

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**15-49 YAŞ KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
VE KONTRASEPSİYON TERCİHLERİNDE ETKİLİ
OLAN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN

Arş. Gör. Dr. Melike Nur ŞAHAN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

2022-AFYONKARAHİSAR

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**15-49 YAŞ KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
VE KONTRASEPSİYON TERCİHLERİNDE ETKİLİ
OLAN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Arş. Gör. Dr. Melike Nur ŞAHAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

AFYONKARAHİSAR-2022



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde ilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim,engin bilgi ve tecrübesinden yararlandığım, bu tezin hazırlanıp takdim edilmesinde bana yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nazlı Şensoy'a,

Bilgi ve tecrübesinden faydalandığım değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Gamze Dur ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşen Mert'e,

Covid nedeniyle hastanede yattığım süreçte özenle ilgi ve bakım veren başta değerli hocam Prof. Dr. Neşe Demirtürk, AFSÜ enfeksiyon bölümü hocalarıma,

Tez araştırma istatistiklerinin analizinde katkılarını esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Nurhan Doğan'a,

Uzmanlık eğitimim sırasında tanıdığım varlığıyla güzellik katan değerli arkadaşlarım Dr. Kübra Aslan'a, Dr. Nur Arslan'a, Dr. Nur Doğanlar'a, Dr. Ece Diker'e,

Sevgisi ve samimiyetini her zaman hissettiğim Dr. Şüheda Nur Ulutaş'a,

Eğitim hayatımın yönünü değiştiren değerli ilkokul öğretmenim Yusuf Arslan'a,

Hayatım boyunca zor kararlarımda bana güvenen, bugünlere ulaşmamda her türlü özen ve emeği gösteren canım babam Davut Benzin'e ve canım annem Remziye Benzin'e, varlığıyla beni mutlu eden geniş aileme,

Sevgisini, anlayışını ve desteğini her zaman hissettiğim, varlığıyla hayatıma anlam ve mutluluk katan sevgili eşim Fatih Şahan'a ve kızıma sonsuz ve en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Melike Nur ŞAHAN

Afyonkarahisar, Temmuz 2022

15-49 YAŞ KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE KONTRASEPSİYON TERCİHLERİNDE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Arş. Gör. Dr. Melike Nur ŞAHAN

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi
Temmuz 2022

Danışman: Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı aile sağlığı merkezine başvuran 15-49 yaş evli kadınların sağlık okuryazarlık düzeyini, kontrasepsiyon tercihlerini ve kontrasepsiyon tercihlerine etki eden faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma Ocak-Mart 2022 tarihleri arasında toplam 450 kadın ile yürütüldü. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik, obstetrik, aile planlaması özelliklerine ilişkin sorular ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanıldı. İstatistiksel analiz için SPSS 20 paket programı kullanıldı ve $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $36,6\pm 7,2$ olup, %44,9'u ilköğretim mezunu, %80,4'ü ev hanımı, %66,9'u çalışmamaktadır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığının ortalama genel index puanı $24,61\pm 8,03$ olup, bu değer yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine karşılık gelmektedir. Yapılan kategorik değerlendirmede katılımcıların %49,3'ü yetersiz, %37,6'sı sorunlu-sınırlı, %12,4'ü yeterli ve %0,7'si mükemmel seviyede sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edildi. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırıldığında, 45 yaş üzeri, ilköğretim mezunu, ev hanımı, gelir düzeyi 4250 TL (asgari ücret) ve altı olan, çalışmayan, sosyal güvencesi olmayanlarda sağlık okuryazarlığı daha düşük saptandı ($p<0,05$). Katılımcılar %58,7 ile modern yöntem kullanmakta, tüm yöntemler içinde en sık %43,4 ile geri çekmeyi tercih etmektedir. Katılımcıların modern-geleneksel yöntem tercihleri sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırıldığında, sosyal güvencesi olan, üç doğum yapan, yaşayan çocuk sayısı iki ve üç olan, çocuk istemi olmayan, aile planlaması danışmanlığı alan, eşi ilköğretim mezunu olan katılımcıların modern yöntemi daha çok tercih ettiği saptandı ($p<0,05$). Çalışmamızda modern ve geleneksel aile planlaması yöntem tercihi ve aile planlaması yöntemleri ile sağlık okuryazarlığı karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuç: 15-49 yaş kadınların sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu saptandı. Kadınların çocuk istemi olmamasına rağmen tüm yöntemler içinde geri çekme kullananların daha fazla olduğu saptandı. Kadın sağlığında istenen hedeflere ulaşmak için kadınlarda sağlık okuryazarlığının artırılmasına ve modern aile planlaması yöntemlerinin teşvik edilmesine öncelik ve önem verilmelidir. İlk temas ve erişim fırsatları açısından oldukça önemli yere sahip olan birinci basamakta, aile planlaması danışmanlık hizmetlerine ve sağlık eğitimine daha fazla önem verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Aile Planlaması, TSOY-32, Aile Sağlığı Merkezi

DETERMINATION OF FACTORS EFFECTING HEALTH LITERACY AND CONTRACEPTION PREFERENCES IN WOMEN AGED 15-49

Res. Asst. Dr. Melike Nur ŞAHAN

Afyonkarahisar University of Health Sciences
Faculty of Medicine Department of Family Medicine Thesis
July 2022

Supervisor: Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY
ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the health literacy level, contraception preferences, and factors affecting the contraception preferences of married women aged 15-49 who applied to the family health center.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted (in Afyon) between January and March 2022 with a total of 450 women. In the study, a questionnaire including socio-demographic, obstetric, family planning characteristics, and Turkish Health Literacy Scale-32 (TSOY-32) were applied as data collection tools. Data was analyzed statistically on SPSS 20 package program, and it was considered statistically significant ($p<0.05$).

Results: The mean age of the participants was 36.6 ± 7.2 . Among the participants: 44.9% were primary school graduates, 80.4% were housewives, and 66.9% were unemployed. The mean general index score of the participants' health literacy is 24.61 ± 8.03 , which corresponds to an insufficient level of health literacy. It was determined that 49.3% of the participants were inadequate, 37.6% problematic-limited, 12.4% adequate, and 0.7% excellent at health literacy levels in the categorical evaluation. When the health literacy levels of the participants were compared with the sociodemographic variables, it was found that the health literacy was lower in those over 45 years old, primary school graduates, housewives, with an income level of 4250 TL (minimum wage) and below, unemployed and without social security ($p<0.05$). 58.7% of the participants use the modern method, and they prefer withdrawal with 43.4% among all methods. When the modern-traditional method preferences of the participants were compared with the sociodemographic variables, it was determined that the participants who had social security, had three births, had two or three living children, did not want children, had family planning counseling, and whose spouses were primary school graduates preferred the modern method more ($p<0.05$). In the study, when the preference for modern and traditional family planning methods and family planning methods and health literacy were compared there was no statistically significant difference ($p>0.05$).

Conclusion: It was determined that the health literacy of women aged 15-49 was insufficient. Although women did not want to have children, it was determined that among all methods, the withdrawal method was used more commonly. In order to achieve the desired goals in women's health, priority and importance should be given to increasing health literacy in women and promoting modern family planning methods. In primary care, which has a very important place in terms of first contact and access opportunities, more importance should be given to family planning counseling services and health education.

Key words: Health Literacy, Family Planning, TSOY-32, Family Health Center

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK	i
KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık Okuryazarlığı.....	3
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı.....	3
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması.....	4
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	5
2.1.4. Türkiye ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı.....	7
2.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Ölçme Yöntemleri.....	8
2.1.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	10
2.1.7. Birinci Basamakta Sağlık Okuryazarlığının Yeri ve Önemi.....	12
2.1.8. Sağlık Okuryazarlığının Arttırılmasına Yönelik Adımlar.....	13
2.2. Aile Planlaması.....	17
2.2.1. Aile Planlaması Tanımı.....	17
2.2.2. Aile Planlamasının Önemi.....	17
2.2.3. Ülkemizde Aile Planlaması Hizmetlerinin Tarihçesi.....	18
2.2.4. 15-49 Yaş İzlemi.....	19

2.2.5. Ülkemizde Aile Planlaması İstatistikleri.....	20
2.2.6. Aile Planlaması Yöntem Tercihini Etkileyen Faktörler.....	20
2.2.7. Aile Planlaması Yöntemleri.....	21
2.2.7.1. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri.....	21
2.2.7.1.1. Servikal Mukus Yöntemi.....	22
2.2.7.1.2. Bazal Vücut Isısı Yöntemi.....	22
2.2.7.1.3. Servikal Palpasyon Yöntemi.....	23
2.2.7.1.4. Semptotermal Yöntem.....	23
2.2.7.1.5. Takvim Yöntemi.....	23
2.2.7.1.6. Standart Günler Yöntemi.....	23
2.2.7.1.7. Geri Çekme.....	24
2.2.7.1.8. Vajinal Yıkama.....	24
2.2.7.1.9. Laktasyonel Amenore Yöntemi (Lam)	24
2.2.7.2. Modern Aile Planlaması Yöntemleri.....	25
2.2.7.2.1. Bariyer Yöntemler.....	25
2.2.7.2.1.1. Kondom.....	25
2.2.7.2.1.2. Kadın Kondomu.....	25
2.2.7.2.1.3. Diyafram.....	25
2.2.7.2.1.4. Servikal Başlık.....	26
2.2.7.2.1.5. Spermisit.....	26
2.2.7.2.2. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)	26
2.2.7.2.3. Yalnız Progestin İçeren Haplar (Mini Haplar).....	27
2.2.7.2.4. Enjekte edilen Kontraseptifler.....	27
2.2.7.2.4.1. Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler.....	27

2.2.7.2.4.2. Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler.....	28
2.2.7.2.5. Derialtı İmplantları.....	29
2.2.7.2.6. Rahim İçi Araçlar (RİA)	29
2.2.7.2.7. Transdermal Kombine Yama.....	30
2.2.7.2.8. Vajinal Halka.....	30
2.2.7.2.8.1. Kombine Vajinal Halka.....	30
2.2.7.2.8.2. Progesteron Salgılayan Vajinal Halka.....	31
2.2.7.2.9. Cerrahi Sterilizasyon.....	31
2.2.7.2.9.1. Kadında Cerrahi Sterilizasyon/Tüp Ligasyonu.....	31
2.2.7.2.9.2. Erkekde Cerrahi Sterilizasyon/Vazektomi.....	31
2.2.7.2.10. Acil Kontrasepsiyon.....	32
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Modeli.....	33
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	33
3.4. Kullanılacak Ölçme, Test Etme Ya Da Veri Toplama Yöntemi.....	34
3.5. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı.....	36
3.6. Verilerin Analizi.....	36
4.BULGULAR	37
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri.....	37
4.2. Katılımcıların Kronik Hastalıkları.....	40
4.3. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri.....	40
4.4. Katılımcıların Eşlerinin Tanımlayıcı Özellikleri.....	44
4.5. Katılımcıların Aile Planlamasına İlişkin Özellikleri.....	46

4.6. Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezinden Aldığı Hizmete İlişkin Özellikler.....	61
4.7. Katılımcıların Sağlık Algısına İlişkin Özellikler.....	62
4.8. Aile Planlaması Yöntem Seçimiyle Sosyo-Demografik Bulguların Karşılaştırılması.....	63
4.8.1. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Sosyal Güvence....	64
4.8.2. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Eşin Eğitim Durumu.....	64
4.8.3. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Doğum Sayısı.....	65
4.8.4. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Yaşayan Çocuk Sayısı.....	65
4.8.5. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Çocuk İstemi.....	66
4.8.6. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Durumu.....	66
4.9. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Özellikler.....	67
4.10. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut Ölçek Index Puanlarının Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırması.....	73
4.10.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Yaş.....	73
4.10.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Eğitim.....	75
4.10.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Meslek.....	77
4.10.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Çalışma Durumu.....	79
4.10.5. Sağlık Okuryazarlığı ve Gelir Durumu.....	81
4.10.6. Sağlık Okuryazarlığı ve Sosyal Güvence Durumu.....	83
4.10.7. Sağlık Okuryazarlığı ve Aile Tipi.....	84
4.10.8. Sağlık Okuryazarlığı ve Kronik Hastalık Durumu.....	84
4.10.9. Sağlık Okuryazarlığı ve Eşin Yaşı.....	85
4.10.10. Sağlık Okuryazarlığı ve Eşin Eğitim Düzeyi.....	87
4.10.11. Sağlık Okuryazarlığı ve Yöntem Tercih Kararı.....	89
4.10.12. Sağlık Okuryazarlığı ve Aile Planlaması Yöntem Tercihi.....	91
5.TARTIŞMA	92

5.1. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları.....	111
6. SONUÇ.....	113
7.ÖNERİLER.....	116
8. KAYNAKLAR	117
EKLER	
EK 1. ANKET	
EK 2. ETİK KURUL ONAY FORMU	
EK 3. HALK SAĞLIĞI İZİN FORMU	



KISALTMALAR

Dünya sağlık örgütü (WHO)
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYA-AB-Q47)
TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32)
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonları (CYBE)
Hipertansiyon (HT)
Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM)
Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PiH)
Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)
Derin Ven Trombozu (DVT)
Diyabet (DM)
Koroner Arter Hastalığı (KAH)
Noretisteron Enanthate (NET-EN)
Medroksiprogesteron Asetat (DMPA)
Rahim İçi Araçlar (RİA)
Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
İnterquartile Range (IQR)
Ortalama (Ort)
Standart Sapma (SS)
Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)
Oral Kontraseptifler (OKS)

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. TSOY-32 Ölçeğinin alt bileşenleri

Tablo 2. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 3. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

Tablo 4. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

Tablo 5. Katılımcıların Eşlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 6. Katılımcıların Aile Planlamasına İlişkin Özellikleri

Tablo 7. Katılımcıların İstenmeyen Gebelikle İlgili Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 8. Katılımcıların Bildiği Aile Planlaması Yöntemleri

Tablo 9. Mevcut Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi

Tablo 10. Katılımcıların Mevcut Kullandığı Yöntemi Kullanım Süreleri

Tablo 11. Katılımcıların Kullandığı Yöntemle İlgili Sorunları

Tablo 12. Katılımcılara Mevcut Kullandıkları Yöntemi Öneren Kişi ve Eş Katılımı

Tablo 13. Katılımcıların Kullandığı Eski Aile Planlaması Yöntemleri

Tablo 14. Katılımcıların Kullandığı Eski Aile Planlaması Yöntemlerini Bırakma Nedenleri

Tablo 15. Katılımcıların OKS ile İlgili Endişe ve Önyargıları

Tablo 16. Katılımcıların OKS'lerin Faydalarını Bilme Durumları

Tablo 17. Geçmişte OKS Kullanmış Katılımcıların Yaşadığı Yan Etkiler

Tablo 18. Katılımcıların Acil Kontraseptif Yöntem Kullanımı ve Güvenilir Bulduğu Yöntemler

Tablo 19. Katılımcıların Kontraseptif Yönteme Erişme Durumuna Göre Yöntem Değiştirme İsteği ve Gelecekte Kullanmayı Planladığı Yöntem

Tablo 20. Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezinden Aldığı Hizmete İlişkin Özellikler

Tablo 21. Katılımcıların Sağlık Algısına İlişkin Özellikler

Tablo 22. Kontraseptif Yöntem Seçiminin Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 23. Kontraseptif Yöntem Seçiminin Katılımcının Eşin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Tablo 24. Kontraseptif Yöntem Seçiminin Doğum Sayısına Göre Dağılımı

Tablo 25. Kontraseptif Yöntem Seçiminin Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Tablo 26. Kontraseptif Yöntem Seçiminin Çocuk İstemine Göre Dağılımı

Tablo 27. Kontraseptif Yöntem Seçiminin Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 28. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı ve Alt Boyutları İndex Ortalamaları

Tablo 29. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Tablo 30. 15-49 yaş katılımcıların TSOY-32 ölçeğine göre verdiği cevapların yüzdeleri

Tablo 31. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 32. Sağlık Okuryazarlığı Genel Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Tablo 33. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcının Meslek Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 34. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 35. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcının Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 36. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcının Sosyal Güvence Göre Dağılımı

Tablo 37. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Eşin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 38. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcının Eşinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Tablo 39. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcıların Aile Planlaması Yöntem Tercihine Göre Dağılımı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Şekil 2. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Eğitim Düzeylerine Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Şekil 3. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Şekil 4. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Şekil 5. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Şekil 6. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Sosyal Güvence Durumuna Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Şekil 7. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Eşin Yaş Gruplarına Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Şekil 8. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Eşinin Eğitim Düzeyine Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Şekil 9. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Katılımcıların Aile Planlaması Yöntem Tercihine Göre Yüzde Olarak Dağılımı

1. GİRİŞ VE AMAÇ

2020'de dünya çapında 15-49 yaş 1,9 milyar kadın arasında, 1,1 milyar kadının çocuk doğurmayı sınırlamak veya geciktirmek için aile planlamasına ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Bu kadınların 851 milyonu modern doğum kontrol yöntemlerini, 85 milyonu ise geleneksel yöntemleri tercih etmektedir. 172 milyon kadının gebelikten korunma isteğine rağmen herhangi bir yöntem kullanmaması, bu kadınların karşılanmamış bir aile planlaması ihtiyacı olduğunu düşündürmektedir. Küresel olarak, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olan üreme çağındaki kadınların oranı son yirmi yılda %9 civarında kalırken, bu kadınların mutlak sayısı 2000 yılından günümüze 20 milyon artmıştır (1).

Dünya sağlık örgütü (WHO) verilerine göre 15-19 yaş kadınlarda doğum oranı dünya çapında 2000 yılında 1000 adölesanda 56,4 doğum iken, 2020 yılında 1000 adölesanda 41,2'ye düşmüştür (2). Ailelerin istedikleri kadar çocuk sahibi olabilmeleri, kadınların istenmeyen gebeliklerle karşı karşıya kalmamaları ve istenmeyen gebeliğe bağlı komplikasyonları azaltmak için kontrasepsiyon hakkındaki bilinç artırılmalıdır. Kadınlar gebelikten korunmak istemesine rağmen; sıklıkla başarı oranı düşük olan geleneksel yöntemleri tercih etmektedirler. Bundan dolayı gebelikten korumada daha etkili olan modern yöntemler ile ilgili bilginin artırılması gerekmektedir (3).

Aile planlamasına ilişkin hedeflere ancak bireylerin gebelikten korunma yöntemlerini etkili ve devamlı olarak kullanmasıyla ulaşılabilir. Ailelerin birey sayısının azaldığı ve gebelikten korunma yöntemlerin kullanım oranının arttığı Türkiye gibi ülkelerde, yöntemlerin etkin ve sürekli olarak kullanımı, doğurganlığın önemli belirleyicilerinden biri olup ve gün geçtikçe önemi artmaktadır. Ayrıca gebeliği önleyici yöntemleri bırakma nedenleri, aile planlaması hizmetlerinin iyileştirilmesinde siyasetçilere ve sağlık personeline rehberlik eden önemli bir konudur. Yöntem bırakmaya ilişkin bilgi, aile planlaması hedeflerinin düzeltilmesini gerektiren yönlerine ve yöntem kullananların sorunlarına işaret etmektedir (4).

Düşük okuryazarlık seviyesi kontraseptif yöntem bilgisi ve kullanımında bir engel olarak fark edilmiştir Doğum kontrolünün doğru kullanımı, özellikle düzenli kullanıcı eylemi gerektiren yöntemler, belge, düzyazı ve aritmetik becerileri gerektirmektedir (5). Sağlık okuryazarlığının oral kontraseptif hap bilgisi ve ilaca

uyumda en güçlü belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık okuryazarlık düzeylerinin arttırılmasıyla oral kontraseptif haplara uyumun artacağı öngörülmektedir (6). Artan sağlık okuryazarlığı düzeyi modern aile planlaması kullanımının önemli bir yordayıcısıdır (7).

Bakımda sürekliliği sağlayan aile hekimliği; kadınların karşılaşabilecekleri sorunlarla ilgili daha ayrıntılı bilgilendirme ve yöntemlere kadınların psikososyal açıdan uyum sağlamasını kolaylaştıracak şekilde önerilerde bulunabilme açısından fırsatlar sunar. Birinci basamak yönetiminde 15-49 yaş kadınların ilk temas noktası aile hekimliğidir. Gebelik öncesi, sırası ve sonrasında, bebek izlemlerinde kadının hayatının tümünde akut ve kronik sorunlarla ilgili ilk erişeceği ve hekimiyle karşılıklı güven içinde olacağı yer birinci basamaktır. Bu güven sayesinde hastanın herhangi bir nedenle başvurusu kontraseptif yöntem ihtiyacını sorgulamak ve kadının sağlık okuryazarlık düzeyine ve bireysel ihtiyacına uygun gebelikten korunma yöntemini önerme açısından aile hekimlerine mükemmel bir fırsat oluşturur. İstenmeyen gebeliğin neden olacağı anneye verdiği duygusal yük ve annenin psikososyal açıdan hazır olmadığı bu gebeliğin devamında çocuğun ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalması ve aile içi sorunların artması muhtemeldir. İstenmeyen gebelikler ve buna bağlı komplikasyonlar sadece bireyin sorunu değil bu konuda toplumun sorumluluğunu üstlenen aile hekimlerinin de sorumluluğudur. Bu çalışmanın amacı 15-49 yaş evli kadınların sağlık okuryazarlık düzeyini, kontrasepsiyon tercihlerini, sosyodemografik özellikleriyle olan ilişkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını genel okuryazarlık ile ilişkilendirerek, insanların hayatları boyunca, sağlık hizmetleri konusunda fikir geliştirerek karara varabilmeleri, sağlıklarını koruyarak, sürdürmek, geliştirmek ve yaşam kalitesini arttırmak için gerekli kaynaklarına erişebilmeleri, sağlık bilgilerini ve mesajlarını doğru algılayarak anlamaları konusundaki istek ve kapasiteleri olarak tanımlamıştır (8).

Sağlık okuryazarlığı komitesinin raporunda tanımlandığı şekliyle sağlık okuryazarlığı, dinleme, konuşma, kültürel ve kavramsal bilgi, aritmetik, yazma ve okuma becerileri gibi bir dizi sosyal ve bireysel faktörü içerir (9). Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık halinin iyiliğinin devamlılığını sürdüren bilgiye ulaşma, kavrama ve kullanabilme ile ilgili motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen kognitif ve toplumsal becerileri göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı, kişinin yaşam tarzını değiştirerek kendisinin ve toplumun sağlığını daha iyi hale getirmeyi amaçlayarak kişiyi harekete geçirecek olan gerekli bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşmasını hedeflemektedir (10).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili tanımların ortak bir özelliği, doğru sağlık kararları verebilmek için gerekli olan bilgi ve hizmetleri elde etme, işleme ve anlama konusunda bireysel becerilere odaklanmalarıdır. Son tartışmalar sağlık okuryazarlığının rolünün bireysel bir odağın ötesine geçmesi gerektiğini, sağlık sistemlerinin istekleri ile kişilerin yetenekleri arasındaki bir etkileşim olmasının önemini değinmektedir (11).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması, sağlıklı yaşam tarzı seçimlerine neden olarak ve tedavi rejimlerine uyum da dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını destekleyebilir (12). Sağlık okuryazarlığı, bireyler ve sağlık bağamları arasında aktif arabulucu olarak faaliyet gösterir. Okuryazarlık, bireylerin sağlık

bilgilerini aktarmalarını ve endişelerini anlamalarını sağlayan becerileri oluşturur. Sağlık bağlamı ile bireyin becerileri arasındaki köprü sağlık okuryazarlığıdır (9).

Sağlık okuryazarlığının kökleri insanları, vatandaşları, tüketicileri ve hastaları yetkilendirerek daha iyi kararlar alabilmeleri için güçlendirmeyi amaçlayan sağlığı geliştirme hareketine dayanır (8).

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Nutbeam sağlık okuryazarlığını üç kategoride incelemiştir. Bunlardan ilki temel/ fonksiyonel sağlık okuryazarlığı günlük olaylarda etkili bir şekilde kullanabilmek için okuma ve yazmada temel becerileri içerir. Geleneksel sağlık eğitiminin sonucu olan, sağlık riskleri ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı hakkında bilgilerin aktarılmasına dayanır. Genellikle çıktılar, bireysel fayda ile sonuçlanmasına rağmen bazen aşılama ve tarama programlarına katılımı teşvik etmesi halinde nüfus yararına yönelik de olabilir. Bu eylem biçimine bilgi broşürlerinin hazırlanması ve geleneksel hasta eğitimi örnek verilebilir (12).

İkincisi iletişimsel/ interaktif sağlık okuryazarlığı günlük etkinliklere aktif olarak katılmak, farklı iletişim biçimlerini anlamak ve yeni bilgileri değişen koşullara göre uyumlamak için kullanılabilen daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerilerini gerektirir. Etkileşimli sağlık okuryazarlığı, bireyi destekleyerek kişisel becerilerin ilerletilmesine odaklanır. Eğitime yönelik bu yaklaşım, bilgiyi özgür olarak kullanmak için kişisel kapasiteyi, motivasyonu ve özgüveni geliştirmeyi sağlar. Bu aktivite bireysel fayda sağlar. Bu eylem biçimine örnek olarak, birçok çağdaş okul sağlığı eğitim programı örnek olarak verilebilir (12).

Üçüncüsü eleştirel sağlık okuryazarlığı, sosyal beceri kazanımının yanı sıra bilginin eleştirel analizi ve elde edilen bu bilgiyle olaylar ve durumlar üzerinde daha fazla hakimiyet sağlamak için uygulanan daha ileri seviyedeki bilişsel becerilerdir. Bireysel eyleme ilave olarak sosyal ve politik eylemi destekleyerek toplum kapasitesinin gelişmesini sağlar. Böyle bir sınıflandırma, artan okuryazarlık düzeylerinin giderek daha fazla özerklik ve kişisel yetkilendirmeye izin verdiğini gösterir (12).

2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

21. yüzyılda bireyler sağlıklarıyla ilgili karar verme karmaşası ile karşı karşıya kalmaktadır. Bireyler, sağlıklı yaşam tercihleri yaparken, kişisel ve aile ile ilgili kararlarını yönetme konusunda giderek daha fazla zorlanmakta, fakat bu görevlerin yerine getirilmesinde desteklenmemektedir. “Modern” toplumlar aktif olarak sağlıklı yaşam tarzlarını pazarlamaktadır, en iyi eğitilmiş insanlar için bile sağlık bakım sistemlerinde gezinmek giderek daha zor hale gelmektedir. Eğitim sistemleri çoğu zaman insanlara sağlıklarını iyileştirme konusundaki bilgiye erişme, anlama, değerlendirme, bilgiyi kullanma ile ilgili yeterli becerileri sağlamada başarısız olmaktadır (8).

Sağlık hizmetlerinden faydalanan kişiler, sağlık sistemlerinin karmaşıklığı, kronik hastalıkların artan yükü, kişilerin kendi sağlık bakımlarına ortak olarak katılma ihtiyacı, çok sayıda ve çeşitli kaynaklardan elde edilen tüketici bilgilerinin çoğalması dahil olmak üzere sağlık bilgilerini ararken çok sayıda zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Bireylerden bilgi arama, haklarını ve mahremiyetini savunma, sorumlulukları anlama, kendi ve toplum sağlığını ölçme ve izleme ve sigorta ve bakım seçenekleri hakkında karar verme konusunda yeni roller üstlenmeleri istenmektedir (9).

Hastaların tıbbi durumları hakkında sözlü ve yazılı bilgileri anlayabilmeleri, tedavi rejimleri ve tanı testleri ile ilgili yazılı ve sayısal talimatları uygulayabilmeleri, sağlık bakımı veren kişiye tedavisini yönlendirecek doğru soruları sorabilmeleri, önceki durumları ve tedaviyi bildirebilmeleri ve bakımlarının seyri sırasında ortaya çıkan sorunları çözebilmeleri gibi durumlar hasta katılımının başarı için kritik olduğu sağlık hizmeti ortamında özellikle önemlidir. Bireyin sağlık okuryazarlığının yeterli olması; randevu işlemleri, reçeteler, ilaç prospektusları ve sağlık bakımıyla ilgili talimatları okuması anlaması ve uygulayabilmesi anlamına gelmektedir (13).

Sağlık okuryazarlığı sağlık bilgilerinin iletilmesinin ötesinde olup, broşür okuyabilmekten ve randevu alabilmekten çok daha fazlasını kapsamaktadır (10,12). Sağlık hizmeti sunanlar ve eğitimciler, çalışmalarda bireyin sağlık bilgilerini anlama yeteneği hakkında varsayımlarda bulunur. Yapılan araştırmalarda, sağlık bilgilerinin amaçlandığı kişilerin çoğu tarafından anlaşılamadığını göstermiştir (9).

Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması, kronik hastalıklara sahip olan hastaların eğitiminde büyük bir engel teşkil etmektedir (14). Amerikan tabipler birliğinin Ad Hoc Sağlık Komitesi'nin sağlık okuryazarlığı raporuna göre düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalar, sağlık sonuçlarını etkileyen bir dizi karmaşık iletişim zorluğuna sahiptir. Bu hastalar daha kötü sağlık durumları bildirirler ve tıbbi durumları ve tedavileri hakkında daha az bilgiye sahiptirler (15). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin daha sık sağlıksız seçimlere yöneldiği, daha risk alan davranışlar gösterdiği, sağlık durumunu daha kötü olarak bildirdiği, hastalık yönetimi ve sağlığı geliştirici davranışlar hakkında daha az bilgiye sahip olduğu ve bu faaliyetlere daha az katıldığı, koruyucu hizmetleri kullanımlarının daha düşük, daha az öz-yönetim, acil servis kullanım oranlarının daha yüksek hastaneye yatışlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (8,9,16). Sağlık sistemindeki insan ve finansal kaynakları önemli ölçüde tüketirler (8,9). Düşük sağlık okuryazarlığı artan morbidite ve erken ölüm ile ilişkili olup sağlığı önemli ölçüde etkiler (8). Düşük sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerine erişimde, bir doktorun talimatlarını izlemeye ve ilaçları uygun şekilde almada zorluklara neden olabilir (17).

Düşük okuryazarlığa sahip hastalar işaretleri ve kayıt formlarını anlayamadıkları için tıbbi yardım almaktan korkmaktadırlar. Düşük okuryazarlık becerileriyle ilişkili utanç ve damgalanmanın sağlık okuryazarlığını geliştirmenin önündeki büyük engeller olduğu sonucuna varılmıştır (9). Çoğu hasta okuryazarlık sorunları olduğunu kabul etmeye isteksiz olup doktorlar bu soruna karşı dikkatli olmalıdır (17). Hastaların genellikle yazılı materyali okuyarak bilgi edindiği ve bilgi eksikliğinin hastalarda bilinçli kararlar vermeyi ve öz bakım sağlama becerilerini olumsuz etkilediği görülmüştür. Hastalarda bilgi eksikliği aynı zamanda korku, endişe, güçsüzlük ve düşük öz yeterlik gibi duygularını tetiklemektedir. Hastalar sağlık hizmetlerine ilişkin karar alma süreçlerine daha aktif bir şekilde katılmak ve başkalarına bağımlılığı en aza indirmek için bilgiye ihtiyaç duymaktadır (18).

İdeal olarak sağlık okuryazarı bir birey, gerekli sağlık bilgilerini erişerek, değerlendirebilir. Karmaşık günlük tıbbi rejimlerin uygulayabilir ve kendi kendine bakım talimatlarını anlayabilir. Sağlıklarını iyileştirmek için gerekli yaşam tarzı düzenlemelerini gerçekleştirebilir. Sağlıkla ilgili bilinçli olumlu kararlar alabilir.

Gerektiğinde sağlık hizmetlerine nasıl ve ne zaman erişileceğini bilir. Sağlığı geliştirici faaliyetleri başkalarıyla paylaşarak ve toplumdaki sağlık sorunlarını ele alabilir (8).

Son yıllarda, okuryazarlık becerileri ve sağlıkla ilgili endişeler, sağlık alanındaki birçok kişiye bir uyanma çağrısı yapmıştır. Yeni ortaya çıkan bir araştırma ve uygulama alanı olan sağlık okuryazarlığı, sağlık bağlamında okuryazarlık endişelerine odaklanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, sağlığın teşviki ve korunması, hastalıkları engelleme, erken tanı, sağlık bakımı ve politika oluşturma ile ilgilenen bireyler için endişe kaynağıdır (9).

Bireylerin sağlıklı olması ve sağlığını koruması ancak sağlık bilgilerini anlayarak yorumlaması ve uygun davranışı geliştirmesiyle mümkün olabilir. Böylece toplum sağlığı gelişerek, bireylerin sağlık hizmetlerinden daha kolay ve doğru biçimde faydalanması mümkün olabilir (19).

2.1.4. Türkiye ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı

Srensens ve arkadaşlarının 2011 yılında 7795 katılımcı ile HLS-EU leğini kullanarak 8 Avrupa ülkesinde yaptıkları araştırmada katılımcıların %12,4’ yetersiz, %35,2’si sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğunu bildirilmiştir (20).

Okyay ve Abacıgil’in 2014 yılında 400 katılımcı ile TSOY-32 leğini kullanarak yaptıkları çalışmada katılımcıların %27,2’sinin yetersiz ve %42,2’sinin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu bildirilmiştir (21,22).

Ülkemizde Tanrıöver ve arkadaşlarının 2014 yılında 4.924 kişi üzerinde gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı leği (SOYA-AB-Q47) leğini kullanarak yaptıkları çalışmada katılımcıların %24,5’nin yetersiz veya %40,1’inin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğunu bildirilmiştir (23).

2.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Ölçme Yöntemleri

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi zaman içinde önem kazanmış, ölçülmesi için araçlara gereksinim doğmuştur. Literatürde sağlık okuryazarlığının ölçülmesinde pek çok ölçek olup bunlar sağlık okuryazarlığının farklı açılardan değerlendirmeye çalışmıştır. Bu ölçeklerin çıkış noktası, kelime okuma ve telaffuzunun yeterliliğini değerlendirme, sayısal verileri anlama ve kullanabilmeyi içerirken, son zamanlarda, sağlık okuryazarlığının ve bileşenlerinin daha iyi anlaşılması yönünde şekillenmiştir (24).

Sağlık okuryazarlığı, bireysel iletişim kapasitesine, toplumun ve sağlık sisteminin taleplerine bağlı olan komplike bir yapıdır. Çocukları ve yetişkinleri sağlık sorunları hakkında eğitme çabalarına yol göstermesi açısından ve bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri daha fazla anlayabilmesi için bireylerin yetenekleriyle ve beklentileri arasındaki boşluğu anlamak için daha gelişmiş testlere ihtiyaç vardır (25). Mevcut sağlık okuryazarlığı ölçütlerinin hiçbirisi sözlü iletişim becerilerini veya yazma becerilerini içermez ve farklı sağlık bağlamlarındaki bireyler üzerindeki sağlık okuryazarlığı taleplerini ölçmez. Sağlık okuryazarlığı alanının ilerlemesi, temel seviyeleri belirlemek ve zaman içindeki değişimi izlemek için kullanılabilecek yeni yöntemler geliştirilmelidir (9).

Sağlık okuryazarlığı ölçümünde kullanılan testlerden bazıları şunlardır (26).

- REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine))
- REALM-S (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Kısa Formu (Shortened REALM))
- REALM-R (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Düzeltilmiş Formu (REALM-Revised))
- TOFHLA (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults))
- S-TOFHLA (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi-Kısa Formu (The Short TOFHLA))
- NVS (En Yeni Hayati İşaret Testi (New Vital Sign Test))

- HLS-EU-Q47 (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-47 (European Health Literacy Survey-Questionnaire 47))
- SILS (Tek maddelik sağlık okuryazarlığı taraması (Single Item Literacy Screen))
- General health literacy Comprehension of 50 medical terms (Genel sağlık okuryazarlığı 50 tıbbi terimin anlaşılması)
- Lipkus Expanded Health Numeracy Scale (Lipkus Genişletilmiş Sağlık Sayısal Ölçeği)
- Health Literacy Component of the NAAL (NAAL'nin Sağlık Okuryazarlığı Bileşeni)
- Health Activities Literacy Scale of NALS (NALS Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlık Ölçeği)
- Three-item Health Literacy Screening (Üç maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması)
- METER (Tıbbi Terim Tanıma Testi (Medical Term Recognition Test))
- HLSI (Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Ölçeği (Health Literacy Skills Instrument))
- Health LITT (Konuşan Dokunmatik Ekran Teknolojisini Kullanarak Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirmesi (Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology))
- Swiss Health Literacy Survey (İsviçre Sağlık Okuryazarlığı Anketi)
- HLQ (Sağlık Okuryazarlığı Anketi (Health Literacy Questionnaire))
- NUMI (Tıbbi Aletlerde Sayısal Anlama (Numeracy Understanding in Medicine Instrument))
- HeLMS (Sağlık Okuryazarlığı Yönetim Ölçeği (Health Literacy Management Scale))
- AAHLS (Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Tüm Yönleri (All aspects of Health Literacy Scale))
- GHNT (Genel Sağlık Sayısal Testi (General Health Numeracy Test))
- LAD (Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirmesi (Literacy Assessment for Diabetes))
- ANQ (Astım Aritmetik Anketi (Asthma Numeracy Questionnaire))

- SIRACT (Stieglitz Kanser Metninin Resmi Olmayan Okuma Değerlendirmesi (Stieglitz Informal Reading Assessment of Cancer Text))
- TOFHLA-İD (Diş Hekimliğinde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Dentistry))
- NLS (Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (Nutritional Literacy Scale))
- REALD-99 (Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini 99 (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry 99))
- DNT (Diyabet Sayısal Testi (Diabetes Numeracy Test))
- REAL-G (Genetikte Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Genetics))
- TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32)

Birçok sağlık okuryazarlığı ölçeği olup, karmaşık bir yapı olan sağlık okuryazarlığını tüm boyutlarıyla ele alan tek bir ölçülme testine olan ihtiyaç henüz karşılanmamıştır. Mevcut ölçme yöntemleri kapsamlı boyutlarını ölçmekte yetersiz kalmaktadır (26). Çalışmamızda kullandığımız TSOY-32, HLS-EU çalışması baz alınarak geliştirilen 32 sorulu bir sağlık okuryazarlık ölçeğidir. Orijinal ölçek üç boyutlu olup TSOY-32 iki temel boyutlu 2X4'luk bir matris olarak tasarlanmıştır. Bu matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (22).

2.1.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığının kendisi, kişilerin genel okuryazarlık düzeyiyle ilişkilidir. Zayıf okuryazarlık, sağlık okuryazarlığının gelişimini engeller ve insanların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini sınırlandırarak sağlığını doğrudan etkilemektedir (10). Eğitim ve sağlık sonuçları arasındaki bağlantılar güçlü bir şekilde kurulmuştur (9). Sağlık okuryazarlığı, açıkça temel okuryazarlık düzeyleriyle ilişkili olup okuma ve yazma becerileri açısından geride kalan bireyler geleneksel sağlık eğitimine daha az maruz kalacak ve elde edilen bilgilere göre hareket etme becerileri de daha az gelişmiş olacaktır. Aynı zamanda yüksek okuryazarlığa sahip kişilerin de sağlık eğitimine beklenen biçimde karşılık vereceğinin garantisi yoktur (12). Çoğu birey bir

noktada sağlık okuryazarlığı engelleriyle karşılaşacaktır ve yüksek eğitim düzeyi, tıbbi ve teknik dili anlamak için yeterli olmayabilir (9). Birçok bireyin önemli sağlık bilgilerini anlama veya bunlara göre hareket etme veya karmaşık bir sistemde gezinme konusunda yardıma ihtiyaı vardır (8).

Hastaların yaşının ileri olması, okuma ve anlama yetenekleri, görme ve işitme durumları, azınlık ve göçmen olması, eğitim düzeyinin düşük olması, sağlık durumunun kötü olması, sağlık hizmetlerini sık kullanması ya da doktor ziyareti fazla olması, sosyo-ekonomik statüsü düşük olması, ülkenin ulusal dilini konuşmakta yetersiz kalması ve sağlık sigortası olmaması gibi durumlar sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen diğer faktörlerdir (8,17,20,27).

Bireyin kapasitesinin sağlık okuryazarlığına katkısı büyüktür. “Kapasite” terimi, bireyin doğuştan gelen potansiyelini ve becerilerini ifade eder. Bireyin sağlık okuryazarlığı kapasitesine eğitim aracılık eder ve bu kapasite sağlıkla ilgili ortamın özelliklerinden, kültür ve dilden etkilenir. O halde sağlık okuryazarlığı bireysel, sosyal ve kültürel faktörlerin ortak sonucudur. Sınırlı sağlık okuryazarlığının hem nedenleri hem de çareleri kültürel ve sosyal erevemize, ona hizmet eden sağlık, eğitim sistemlerine ve bu faktörler arasındaki etkileşimlere bağlıdır. Sağlık okuryazarlığının sorumluluğunu üstlenmesi gereken ve sağlık okuryazarlığı becerilerini oluşturan  anahtar sektör vardır. Sağlık okuryazarlığının bağlamını oluşturan sektörler sağlık sistemi, kültür ve toplum, eğitim sistemidir. Bu sektörler sağlık okuryazarlığını geliştirmek için fırsatlar içeren müdahale noktaları sağlar (9).

Kişiler, yaşadıkları sosyal ortamlara bağlı olarak kişisel boyutta sağlık okuryazarlığı edinirler. Uygun sosyal kaynaklarla birleştiğinde, sağlık okuryazarlığı, bireylerin engellere rağmen sağlık için aktif olmalarını destekleyecek bir kavram haline gelerek, daha sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemesini ve hasta olarak haklarını talep etmesini sağlar (8).

2.1.7. Birinci Basamakta Sağlık Okuryazarlığının Yeri ve Önemi

Aile hekimleri sorumluluğu altındaki bireyleri, akut, kronik sorunları ve psikososyal çevresiyle bir bütün olarak ele alır (28). Birinci basamak sağlık personeli ile toplumdaki bireyler arasında günlük temas yoluyla hem planlı hem de spontan olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için çok fazla fırsat vardır (10). Aile hekimlerinin, bireylerin her türlü sağlık hizmeti alımı açısından, sıklıkla sağlık sistemine ilk giriş noktası olması nedeniyle ailelerin sağlık hizmetlerini daha etkin kullanabilmesini sağlar. Aile hekimleri, kapsamlı ve tekrarlayan görüşmelerle, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirleyerek, sağlık okuryazarlığı düzeyine uygun etkin müdahaleler ile hem bireysel hem de toplumsal sağlığın gelişmesi için fırsata sahiptir (19).

Aile hekimi yenidoğan bireylerden yaşlı bireylere kadar ailenin sağlık durumlarından ve hastalıklarından sorumludur. Kişinin her türlü sağlık sorununu ele alır ve danışmanlık yaparak koordinatör göreviyle gerektiği zaman uzman hekime hastayı yönlendirir. Bu sayede yanlış yönlendirmeleri ve gereksiz sağlık giderlerini önleyerek ikinci basamakta yığılmaları ve hasta mağduriyetini önler. Ailenin diğer bireylerinin sağlık sorunlarını, yaşam koşullarını bilir ve diğer bireylere de koruyucu sağlık hizmetlerini ve sağlık eğitimi ulaştırmayı amaçlar (28). Birinci basamakta sağlık eğitiminin birincil amacı çocukluktan itibaren tüm yaşlarda toplumun sağlık bilincini ve sağlık okuryazarlık düzeyini artırmaktır. Mobil hizmetler ve sağlık taramaları, sağlık eğitimi için kaçırılmaz bir fırsattır (29).

Düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin, sağlık sisteminin her basamağında, özellikle aile hekimlerinin hizmetinde engeller oluşturabilir (19). Koruyucu sağlık hizmetlerinin hedef kitlede beklenen tepkiyi oluşturması, bireylerin doğru sağlık davranışlarını geliştirebilmesi ve bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişebilmesi için sağlık okuryazarlığının artması gerekmektedir. Aile hekimlerinin sağlık bakımı sürecinin tamamında bireyleri bilgilendirebilmesi için sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalık ve yetkinlik kazanmaları oldukça önemlidir (19,29).

2.1.8. Sağlık Okuryazarlığının Arttırılmasına Yönelik Adımlar

Sağlık okuryazarlığının arttırılması için; sağlık politikasının, programlarının geliştirilmesi ve finansmanının arttırılması, sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin geliştirilmesi, medya tarafından karmaşık konuların alanında uzmanlarca çerçevelenmesi, sağlık bilgilerinin netliği ve doğruluğunun uzmanlarca kontrol edilmesi, sağlık bilgileri ve hizmetlerinin kültürel ve dilsel olarak hedef kitleye uygun hale getirilmesi, sağlıklı olmayı kolaylaştıran davranışları destekleyen toplumsal alt yapı ve çalışma koşulları, sağlık bilgilerine erişimi kolaylaştıran ve destekleyen eğitim fırsatları oluşturulmalıdır (30).

Çoğu yetişkin sekizinci sınıf düzeyinde okumasına ve nüfusun yüzde 20' si beşinci sınıf düzeyinde veya altında okumasına rağmen birçok sağlık hizmeti materyali 10. sınıf düzeyinde yazılmıştır. Hastalar tıbbi bilgileri yavaş konuşulduğunda, basit kelimeler kullanıldığında ve kısıtlı miktarda bilgi sunulduğunda daha iyi anlarlar. Optimum anlama ve uyum için hasta eğitim materyali, tercihen resim ve illüstrasyonlar dahil olmak üzere altıncı sınıf veya daha düşük bir okuma düzeyinde yazılmalıdır. Hastalar, açık ve öz bir dil ile hazırlanmış tıbbi içerikleri okumayı tercih ederler (17).

Sağlık eğitimi, sağlığın teşviki ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde önemli bir kavramdır (12). Sağlık eğitimi, bireylerin ve toplumun sağlığını arttıran yaşam becerilerini kazandırmak üzere sağlık okuryazarlığını geliştirmek için bilinçli olarak oluşturulmuş öğrenme fırsatlarını içerir. Sağlık eğitimi sadece bilginin iletilmesiyle değil, sağlığı iyileştirmek için harekete geçmeyi sağlayan motivasyonu, becerileri ve güveni teşvik etmekle de ilişkilidir. Sağlık eğitimi, sağlığı etkileyen altta yatan sosyal, ekonomik ve çevresel koşulların yanı sıra bireysel risk faktörleri, davranışları ve sağlık sisteminin kullanımına ilişkin bilgilerin tümünü içermelidir (10).

Tipik bir sağlığı geliştirme programı 3 müdahaleden oluşmalıdır;

1. Sağlıkla ilgili bilgi, tutum, motivasyon, davranışsal niyetler, kişisel beceriler, öz yeterliliği içeren “Sağlık okuryazarlığını”
2. Topluluk katılımı, topluluk güçlendirme, sosyal normlar, kamuoyunu içeren “Sosyal eylem ve etkiyi”

3. Politika beyanları, mevzuat, düzenleme, kaynak tahsisi, organizasyonel uygulamalar içeren “Sağlıklı kamu politikası ve kurumsal uygulamaları”

Sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitiminin önemli bir sonucudur. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığını nasıl tanımladığımız ve ölçtüğümüz, sağlık eğitiminin içerik ve yöntemlerini direk olarak etkilemektedir. Eğitim, sağlığı geliştirmek ve hastalıkları önlemek için gerekli bir eylem bileşeni olmuştur. Anne ve çocuk sağlığını geliştirmek, bulaşıcı hastalıkları önlemek ve bağışıklama ve diğer koruyucu sağlık hizmetlerini teşvik etmek isteyen ülkelerde, bu hedeflere yönelik sağlık eğitimi, sağlığın teşviki ve hastalıkların önlenmesinde temel bir araç olmaya devam etmektedir. Zamanla, yalnızca bilgi aktarımına odaklanan ve bireylerin sosyal ve ekonomik koşullarını dikkate almayan sağlığın teşvik edici kampanyaların ya da eğitimlerin , sağlık davranışları üzerinde önemli ve sürdürülebilir sonuçlar elde etmekte başarısız olduğu görülmüştür (12).

Tüm bireyler, özellikle düşük okuryazarlık becerisine sahip hastalar, eğitimi güçlendirmek için açık, sade dilde basılı kaynakların, görsel ve işitsel sunumların geliştirilmesinden yararlanabilir. Hastalara çeşitli öğrenme seçenekleri sunmak ve öğrenme stillerine en uygun olanı seçmelerine izin vermek, okuryazarlık taramasına gerek kalmadan öğretme çabalarının etkinliğini artırabilir (18). İnsanların sağlık bilgilerine ulaşımı ve bilgileri etkin bir biçimde kullanabilme yeteneklerini geliştirmek, sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi için oldukça önemlidir (10). Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik stratejiler ile okuryazarlığı teşvik etmeye yönelik hedefler birbirini desteklemektedir (12).

Yaşlı hastaların okuma ve anlama yetenekleri bilişlerinden, görme ve işitme durumlarından etkilendiği için daha hassas gruplardır (17). Azınlık gruplar, eğitim düzeyi düşük olan kişiler, göçmenler, ülkenin ulusal dilini konuşmakta yetersiz olanlar ve sağlık sigortası olmayanlar savunmasız gruplara diğer örneklerdir (8).

Eğitim düzeyi yüksek kişiler dahi sağlıkla ilgili problemleri yaşadığında, daha savunmasız hale gelerek sağlık sistemini anlamakta zorlanabilirler. Hedefe yönelik girişimler, hassas gruplar arasında sağlık okuryazarlığını güçlendirebilir ve sağlık eşitsizliğindeki boşlukların giderilmesine yardımcı olabilir. Çocuklar arasında sağlık okuryazarlığını güçlendirecek önlemler kilit önemdedir (8).

Sağlık okuryazarlığı ilişkisel bir kavram olup bireysel becerileri geliştirmekten ziyade, insanlar ve çevreleri arasındaki etkileşimi, bireysel ve başkalarıyla birlikte olan gücü ve sesi artırmak anlamına da gelir. Sağlık okuryazarlığı programları, iletişimi geliştirerek ve hizmet kullanıcıları ile sağlayıcılar veya sıradan kişiler ve uzmanlar arasındaki güç dengesini ele alarak sağlığın ortak üretimine katkıda bulunur (8). Bu nedenle sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik eylemler, disiplinler arası gerçekleşmeli; hükümet, kamu, özel kuruluşlar, sağlık hizmeti sağlayıcıları, eğitimciler ve topluluk grupları müdahil olmalıdır (30).

Yapılan çalışmalarda, insanların sağlık okuryazarlığını içinde yaşadıkları sosyal ve kültürel bağlamlarda öğrendiklerini açıklamaktadır. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı çok çeşitli öğrenme fırsatları gerektirir. Bu fırsatlardan bazıları, okul sistemi veya sağlık sistemi gibi büyük toplumsal kurumların içinde olmasına rağmen çoğu temel yaşam becerisine benzer şekilde, insanlar tüm ortamlarında ve etkinliklerinde öğrenirler. Bu nedenle sağlık okuryazarlığını geliştirmek bu tür kurumlarla sınırlı değildir. Aile, arkadaşlar, akran grupları ve kitle iletişim araçları gibi diğer bağlamlar önemlidir. Bu, sağlık okuryazarlığında geniş kapsamlı öğrenme fırsatlarının çeşitli kişisel ve sosyal öğrenme bağlamlarında sunulması gerektiği anlamına gelir. Sosyal öğrenme ve katılım olumlu geribildirim gerektirdiğinden, sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik her türlü girişim, sağlık durumunda ve belirleyicilerinde değişiklik elde edebilmek için memnuniyet verici deneyimleri teşvik eden olumlu geribildirim sağlamalıdır (8).

Yaşam boyu öğrenme, sağlık okuryazarlığını güçlü bir şekilde yordamaktadır. Yaşlı yetişkinler arasında sağlık okuryazarlığının belirleyicileri üzerine yakın zamanda yapılan araştırmalar hem örgün hem de gayri resmi yaşam boyu öğrenmeye katılımın bu nüfus grubu arasında sağlık okuryazarlığının en güçlü öngörücülerinden biri olduğunu bulmuştur. Bu nedenle, insanları yaşam boyu öğrenenler olmaya teşvik eden müdahalelerin sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesini ve sürdürülmesini kolaylaştıracağı düşünülmektedir (8).

Okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığını bir hak olarak kabul eden politikalar oluşturulmalıdır. Modern toplumda işlev görmek için gerekli yetkinliklerden biri olan sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerine erişimin evrensel bir hak olduğu gibi, sağlık

okuryazarlığına erişim evrensel hakkı tanınmalı ve sağlık sistemlerini güçlendirmenin temel bir boyutu olarak sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik programlar buna göre tanıtılmalıdır (8).

Hastaların okuryazarlık becerileri ile sağlık sonuçları arasındaki bağlantılara odaklanan araştırmalar, birçok sağlık sonucunun hastaların yetersiz okuryazarlık becerileri ile ilişkili olduğunu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte, okur ve kitap, dinleyici ve konuşmacı, aracı kullanan kişinin becerileri ve aracın kalitesi gibi denklemin her iki tarafını da incelemeyen okuryazarlık hakkında bir yargıya ulaşılmamalıdır. Sağlık profesyonelleri hastalarla ne kadar iyi iletişim kurduğu; sağlık kuruluşları, marketler, işyerlerinin ne kadar sağlık okuryazarlığı dostu olduğu da ele alınmalıdır. Sağlık okuryazarlığını ele alan politika ve programların geliştirilmesinde ve bunların değerlendirilmesinde ortamların, insanların ve profesyonellerin etkileşimi çok önemlidir. Sağlık okuryazarlığı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde anahtar bir kavramdır ve sağlıklı ortamların anahtar bir boyutudur. Sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesini temel hedeflerden biri olmalıdır. Sağlık okuryazarlığını geliştirmede, araştırmaların odaklanması gereken nokta etkili eylemi kısıtlayan engelleri belirlemek ve kaldırmak olmalıdır (8).

Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik eylemler stratejik olarak planlanmalı, kanıtlara dayalı olmalı ve sonuçları değerlendirilmelidir. Mümkün olduğunda geliştirme çabalarının kısa ve uzun vadeli etkileri belgelenmelidir. Elde edilen bulgular, başarılar ve alınan dersler geniş çapta paylaşılmalıdır. Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik eylemler, öncelikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan grupları içermeli ve tüm bireylerde eğitiminin sürekliliğini sağlamalıdır (30).

2.2. Aile Planlaması

2.2.1. Aile Planlaması Tanımı

Eylül 1994 Kahire'de Nüfus ve Kalkınma toplantısında tüm bireylerin özgürce ve sorumluluk alarak çocuklarının sayısına, iki çocuk arasındaki zamana ve istedikleri zaman çocuk yapmalarına karar vermesini sağlayacak bilgi ve imkanlara sahip olmasının insanın en temel üreme haklarından olduğu kabul edilerek, aile planlamasının tanımı yapılmıştır. Bu konferansla birlikte demografik hedeflere ulaşmaya yönelik nüfus politikalarını benimseyen ülkelerin odak noktası insani gelişmeye ve bireylerin ihtiyaçlarını ele almaya kaymıştır (31).

2.2.2. Aile Planlamasının Önemi

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre 15-49 yaş kadınların %15'i istenmeyen gebelik yaşamış; %11'i ise daha sonra gebe kalmayı tercih etmiştir. Aile planlaması, doğurganlık çağındaki kadınları istenmeyen ve zamansız gebeliklerden koruyarak doğumların arasını açar ve kürtaj riskini azaltır (32). İstenmeyen gebelikler kadın sağlığı için ciddi bir tehdittir ve kürtajın yasal olduğu durumlarda bile, kürtajın potansiyel yan etkileri, annenin gebeliğe bağlı mortalite ve morbiditesinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Güvenli ve etkili doğum kontrol yöntemine kolay erişenlerde istemli kürtaj insidansı daha azdır (31). Türkiye'de 1985 yılından 15 Kasım 2021 tarihleri arasında doğrulama testi pozitif olan 29.284 HIV (+) kişi ve 2052 AIDS vakası vardır (33). Sağlık bakanlığı 2020 istatistiklerine göre 2020 yılında 530 klamidy, 73 gonore, 2.177 sifiliz vakası bildirilmiştir (34). Modern aile planlaması yöntemlerinin birçoğu cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları (CYBE), anemiyi ve maligniteleri önleyebilmektedir (31).

İdeal olarak, doğum sonrası için aile planlaması danışmanlığı doğum öncesi bakım sırasında başlamalıdır. Bir kadının tekrar gebe kalmaya çalışmadan önce bebeğini en az 2 yaşına ulaşana kadar beklemesi bebek ve anne için en iyisidir. Tam veya tama yakın emzirmeyen bir kadın, doğumdan 4-6 hafta sonra hamile kalabilir. Tam veya tama yakın emziren bir kadın, doğumdan 6 ay sonra hamile kalabilir. Maksimum koruma için, bir kadın doğum kontrol yöntemine başlamak için aylık kanamanın geri gelmesini beklememelidir. Doğuma hazırlık sırasında gelişen komplikasyonlar gebeliklerin yaklaşık %15'inde yaşamı tehdit etme potansiyeline

sahiptir ve bu kadınların hepsinin acil bakıma ihtiyacı vardır. Anne ölümlerinin %70'inden fazlası kanama, hipertansiyon (HT), enfeksiyon ve kürtaj gibi gebelik ve doğum komplikasyonlarından kaynaklanır ve çoğu komplikasyon tahmin edilemez (35). Aile planlaması taleplerinin modern kontraseptif yöntemlerle karşılanması, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesine yardımcı olarak, anne ölüm riski ve 5 yaş altı çocuk ölüm risklerini de azaltacaktır (1). Aile planlaması hizmeti sayesinde doğurganlık azalırken, anne ve çocuk sağlığı iyileştirilerek ekonomik ve topluma ilişkin alanlarda gelişmeler sağlanır (36). Sağlıklı annelerin sağlıklı yeni doğanlara ve sağlıklı çocuklara sahip olma şansı artarken, bir kadının sağlığının bozulması veya ölümü, hem kadının fırsatlarını ve potansiyelini kaybetmesine hem de çocuklarının bakım ihtiyaçları karşılanan, psikososyal açıdan sağlıklı çocuklar olarak büyüme ihtimalini kaybetmesine neden olur. Kadın sağlığı sınırları, siyasi sistemleri ve kültürel farklılıkları aşarak gelecek neslin sağlığını iyileştirmeyi garanti eden mükemmel bir yatırımdır (31).

Adölesan annelerin bebekleri daha sık hastalık ve ölüm riskine maruz kalmaları nedeniyle adölesan gebelikler, anne ve bebek sağlığının geliştirilmesi açısından önemlidir (37). Genç yaşta gebe kalan kadınlar eğitim ve iş olanakları açısından yaşlılarına göre geride kalmaktadır. 15-19 yaş arasında ilk çocuğuna gebe olan ya da anne olan kadınların oranı 2013 TNSA'da %5 iken 2018 TNSA'da %4 e gerilemiştir (32). Modern kontraseptif yöntemlerin kullanımının artması erken yaşta gebelik veya doğum riskini ve yoksulluk içinde yaşayacak olan kadın ve çocukların yüzdesini azaltarak, kadınların eğitime erişimini kolaylaştırır ve sosyoekonomik imkanlarını iyileştirmelerini sağlar. Eğitimdeki cinsiyet eşitsizliklerini ortadan kaldırarak eğitimin her kademesine eşit erişim imkanı sunar (1). Perimenopozal dönemdeki kadınlar fertil olup bu yaş grubundaki gebelikler risklidir. Bu kadınların gebeliklerinde anne ölümlerinde, düşüklerde, fetal anomalilerde ve perinatal ölümlerde artış görülmektedir (38).

2.2.3. Ülkemizde Aile Planlaması Hizmetlerinin Tarihçesi

Devletlerin nüfusa olan azaltma ya da artırma gibi yaklaşımları, bireylerin kendi üreme hakları ile ilgili söz sahibi olmaktan uzaklaştırmıştır (39). 1965'te çıkarılan kanun ile gebeliği önleyici yöntemlerinin tanıtılması, yöntemler konusunda

halkın bilgilendirilmesi ve hizmet sunulması sağlanmıştır. Tıbbi endikasyon varlığında gebeliğin sonlandırılması ve cerrahi sterilizasyon kişinin tercihinin bırakılmıştır (40). Bu kanun ile nüfus artış hızını azaltıcı politika uygulanarak; aile planlaması yöntemlerinin kullanımı serbest bırakılmıştır (41). 1982 Anayasası ile aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri devletin görevleri arasına alınmıştır (41). 1983'te çıkarılan kanun ile aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması için sağlık personelinin yetkileri genişletilmiş ve cerrahi sterilizasyon serbest bırakılmıştır. Ayrıca gebeliklerin 10. haftasına kadar kürtaj hakkı tanınmıştır (42).

2.2.4. 15-49 Yaş İzlemi

Kadınlarda üreme sağlığı ile ilgili problemler adölesan dönemde artarak 15-49 yaşta en üst düzeye erişmektedir. Doğurgan dönemdeki kadınların sağlık gereksinimlerini sadece “anne sağlığı” olarak değil, kapsamlı biçimde “kadın sağlığı” olarak ele alınmalıdır. 15-49 yaş izlemleri; kadının diğer izlemlerine alt yapı oluşturması nedeniyle ayrıca önemlidir. Aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık personelleri 15-49 yaş kadın izlem formu ile kadının sosyo-demografik özellikleri, hastalıkları, obstetrik öyküsü, alışkanlıkları, göç ve ölüm hali, tetanoz aşı tarihleri, verilen danışmanlıkları, muayene bulgularını, kullandığı aile planlaması yöntemini, yöntem kullanmama nedeni gibi bilgilerini takip etmektedir. Bu izlemler yılın ilk altı ayında bir kez, son altı ayında bir kez olmak üzere yılda toplam iki kez takip edilir. İzlemler sayesinde kadınların doğurganlık davranışlarıyla ilgili bilgi edinmek, gebeliği erken saptamak, aile planlaması hizmeti sunmak, cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi vermek, kronik veya jinekolojik hastalıkların tanı ve tedavisini sağlamak, menopoz ile ilgili danışmanlık vermek amaçlanmaktadır. Ülkemizde yapılan araştırmalarda; 15-49 yaş izlemleriyle aile planlaması yöntem kullanımının arttığı, plansız gebeliklerin azaldığı, prenatal bakım almayan gebe oranının azaldığı, kanserlerin erken dönemde tespit edildiği, tetanoz bağışıklamasının arttığı belirlenmiştir (36). 15-49 yaş kadınların takibi ile bebeklerin gelişimini yakından izleme imkanı oluşmuş, aile hekimleri tarafından sağlıklı bir toplum yetişmesi için fırsat doğmuştur (43).

2.2.5. Ülkemizde Aile Planlaması İstatistikleri

2008 TNSA verilerine göre halihazırda aile planlaması yöntemi kullanan 15-49 yaş evli kadınların %73 olup bunların %46'sı modern yöntem, %27'si geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Evli kadınların %26,2'si geri çekme yöntemi kullanmaktadır. Evli kadınların en çok tercih ettiği modern yöntem %17 ile RİA, %14 ile kondom, %5 ile hap, %8 ile tüp ligasyonudur (44).

2013 TNSA verilerine göre 15-49 yaş evli kadınlar halen yöntem kullananlar %74 olup bunların %47'si modern bir yöntem kullanırken %26'sı geleneksel bir yöntem tercih etmektedir. Evli kadınların %26'sı geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Evli kadınların en çok tercih ettiği modern yöntem %17 ile RİA, %16 ile erkek kondomu, %9 ile tüp ligasyonudur (4).

TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaş evli kadınların %70'i aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Kadınların %49'u modern, %21'i ise geleneksel yöntemleri tercih etmektedir. En sık kullanılan yöntem %20 ile geri çekme olup sonrasında sırasıyla %19 ile prezervatif, %14 ile RİA takip etmektedir (32). 2008 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında aile hekimliği sistemine geçiş yapılmasıyla halkın birinci basamak hizmetlerinden yararlanma oranları artmış olup aile planlamasıyla ilgili istatistiklerdeki değişimler bu durumla açıklanabilir (28). 2008 yılında 6.367 aile sağlığı merkezi ve 20.185 aile hekimliği birimi mevcut iken, 2016 yılı itibariyle Türkiye’de 7.636 aile sağlığı merkezi, 24.428 aile hekimi birimi bulunmaktadır. Aile hekimi sayısındaki artışa bağlı olarak aile hekimine düşen nüfus azalmıştır. Türkiye’de 2016 yılında bir aile hekimi başına ortalama 3267 kişi düşmektedir. Türkiye’de bir aile hekimine düşen nüfusun halen yüksek olmasına rağmen Sağlık Bakanlığı’nın hedefi zamanla bu sayıyı azaltarak 2023 yılında bir aile hekimine düşen kişi sayısının 2.000 olmasını hedeflemektedir (45).

2.2.6. Aile Planlaması Yöntem Tercihini Etkileyen Faktörler

Doğurganlık niyeti, bireyler veya çiftler arasında kontraseptif kullanımı ve doğurganlık davranışını tahmin etmede yardımcı olur. Aile planlaması kullanımını etkileyen önemli faktörlerden biri çiftlerin başka çocuk sahibi olup olmama konusundaki niyetleri ve birbiriyle bu konuda olan iletişimlidir (46). Doğurganlığa

eğilimi olan kadınlar sıklıkla ilkokul mezunu olup herhangi bir işte çalışmayan, ailesinin gelir düzeyi düşük olan ve geniş aileye sahip olan kadınlardır (47). Daha fazla çocuk istemeyen çiftlerin ortak noktası eğitimidir. Yüksek eğitilmiş çiftlerin çocuklarına yönelik beklentileri daha yüksek olup ve daha fazla imkan, ilgi ve sevgi sunmak istemektedirler (46,48). Kadınların eğitim durumu arttıkça istedikleri çocuk sayısı azalmakta ve ilk gebelik yaşı artmaktadır (48). Kadının ve eşinin eğitim durumu, kadının çalışma durumu, kadınların aile planlaması yöntemi tercih etme nedenleri, kadının ilk doğum ve gebelik yaşı, son iki doğum arasındaki süre ve kardeş sayısı aile planlaması yöntem seçimine etki eden diğer faktörlerdir (48,49). Ayrıca kendileri düşüncelerine göre yeterli çocuk sayısına ulaşmış olan ileri yaştaki çiftler aile planlamasına daha çok önem vermektedir (46,48). Çiftlerin evlilik süresi de aile planlaması yöntem seçimini etkileyebilmektedir (48). Kadınların yaşı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve kronik hastalık varlığının aile planlaması yöntemini kullanma ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (48-50).

Erkeklerin eğitim durumu, eşleriyle aile planlaması konusunda açık tartışabilmesi, bilgisi, tutumu ve aile planlaması yöntemini onaylaması, aile planlaması hizmetlerinin kullanımına erkek partner katılımının önemli yordayıcıları arasındadır (51). Erkeklerin yaşı da kadınların kontraseptif yöntem seçimini etkilemektedir (48). Hem hükümet ve hizmet sağlayıcıları, aile planlaması hizmetlerinin kullanımına erkeklerin katılımını savunmalı ve erkeklere erişilebilir olması için gerekli koşulları sağlamalıdır (51).

2.2.7. Aile Planlaması Yöntemleri

2.2.7.1. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

WHO tanımına göre; doğal belirtilerin gözlemlenmesi ve gebelik istenmiyorsa fertil dönem boyunca çiftlerin cinsel ilişkiden kaçınması olarak tanımlanır. Doğal aile planlaması yöntemleri servikal palpasyon yöntemi servikal mukus yöntemi, semptotermal yöntem, bazal vücut ısısı yöntemi, takvim yöntemi, standart günler yöntemi, laktasyonel amenore, vajinal duşu kapsar (38). Doğurganlık farkındalığı ile ilgili yöntemler çiftlerin iş birliğini gerektirir. Çift, doğurgan günlerde cinsel ilişkiden kaçınmalıdır. Yan etkisi veya sağlık riski yoktur (35). Doğal aile planlaması yöntemlerinde en ufak bir ihmalle gebe kalmak olasıdır. Anormal vajinal

kanaması olan, adetleri düzensiz olan genç kadınlara, yakın zamanda düşük ve doğum yapmış olan, menopoza yaklaşan kadınlara önerilmemelidir (38). Hiçbir tıbbi durum bu yöntemlerin kullanılmasını engellemez, ancak bazı koşullar etkili bir şekilde kullanılmasını zorlaştırabilir (35).

2.2.7.1.1. Servikal Mukus Yöntemi

Semptomlara dayalı yöntemler, doğurganlık belirtilerinin gözlemlenmesine dayanır (35). Servikal mukusu gözlemleyerek fertil günlerin saptandığı bir yöntem olup temeli mukus salgısındaki niteliğin değişiminin farkında olmaktır. Tipik bir siklusta görülen servikal mukus değişiklikleri; menstrüel kanama bittiğinde kadınlarda birkaç gün mukus görülmez ve bu dönem kuru olup ilk infertil dönemdir (38). Ovülasyona doğru mukus miktarı artarak, rengi berrak hale gelir ve bu süreç ıslak günler olarak adlandırılır. Bu ıslaklık ve kayganlığın hissedildiği en son gün ovülasyon gerçekleşir ve bu güne zirve günü denir. Zirve günden sonraki 4. gün sabahından menstrüel kanamaya kadar geçen süreç infertil dönem olarak adlandırılır (35). Yöntemin etkili olması mukusun iyi gözlemlenerek doğru yorumlamasına bağlıdır (38).

2.2.7.1.2. Bazal Vücut Isısı Yöntemi

Ovülasyon sonrası salgılanan progesteron vücut ısısını bir miktar ($0,2^{\circ}\text{C}$ - $0,5^{\circ}\text{C}$) arttırarak sonraki menstrüasyon gerçekleşinceye kadar yüksek ısıda tutar. Vücut ısısı her gün sabah aynı saatlerde ölçülerek bir çizelgeye kaydedilir, hastalık nedeniyle artmış olanları dikkate almadan, siklusun ilk 10 gününde ölçülen ısıların en yükseği olanı saptanır vücut ısısı bu sınırın $0,1^{\circ}\text{C}$ üzerine çıkmasından bir gün önce ve ovülasyon gerçekleştiği kabul edilir. Bireyler menstrüel kanamanın başlangıcından, bazal vücut ısı artışının tespit edildiği üçüncü günün sonuna kadar cinsellikten kaçınmalıdır (38). Çift, 4. günden bir sonraki aylık kanaması başlayana kadar korunmasız cinsel ilişkiye girebilir (35). Bazal vücut ısısı birçok çevresel faktörden ve ölçüm hatasından etkilenerek gebeliği önlemede yeterli olmayabilir (38).

2.2.7.1.3. Servikal Palpasyon Yöntemi

Kadının kendini muayene ederek serviks kıvamındaki farklılıkları gözlemleyip yorumlamasıdır. İnfertil olan dönemde serviks sert olup, servikse kolay ulaşılır, eksternal servikal os kapalı durumdadır. Ovülasyon yaklaştıkça östrojenin yükselmesiyle serviks pelvis içinde yükselir ve yumuşar, servikal os açılır. Ovülasyonu sonrası servikal os kapanır serviks sertleşerek aşağı iner ve fertil dönem sona erer. Yöntemin etkililiği bireysel farklılıklar gösterebilir (38).

2.2.7.1.4. Semptotermal Yöntem

Semptotermal yöntem, bazal vücut ısısı, servikal mukus ve servikal palpasyon yöntemlerinin birleşimi olduğundan daha etkilidir (38). Çift, hangisi daha sonra olursa, aylık kanamanın ilk günü ile en yüksek servikal sekresyonlardan sonraki dördüncü gün veya bazal vücut ısısı artışından sonraki üçüncü tam gün arasında korunmasız cinsel ilişkiden kaçınır (35).

2.2.7.1.5. Takvim Yöntemi

Takvim yöntemine güvenmeden önce, bir kadın en az 6 ay boyunca her adet döngüsündeki gün sayısını kaydetmelidir. Kaydedilen en kısa adet döngüsünün uzunluğundan 18 çıkarılır. Sonuç doğurgan zamanının tahmini ilk günü olarak kabul edilir. Ardından, kaydedilen en uzun adet döngüsünün uzunluğundan 11 gün çıkarılır. Kadın bu hesaplamaları her ay güncellemelidir. Takvim yönteminde son 6 adet döngüsünün en kısısı 27 gün, en uzun 31 gün olan bir kadında $27 - 18 = 9$ ve $31 - 11 = 20$ sonuçlarıyla, doğurganlık döneminin adet döngüsünün 9. gününden 20. gününe kadar olduğu kabul edilir ve kadın bu dönemde korunmasız cinsel ilişkiden kaçınarak 21. günde tekrar korunmasız cinsel ilişkiye girebilir (35). Takvim yöntemi yeterince güvenilir olmayıp fertil dönemin normalden uzun kabul edilmesi cinsel perhiz açısından çifti zorlayabilir (38).

2.2.7.1.6. Standart Günler Yöntemi

Bir kadın, adet döngülerinin çoğu 26 ila 32 gün arasındaysa, standart günler yöntemini kullanabilir. Bir yıl içinde 2'den fazla, 32 günden daha uzun veya 26 günden

daha kısa siklusu varsa, standart günler yöntemi daha az etkili olacaktır ve başka bir yöntem seçmek isteyebilir. Bir kadın, adet döngüsünün günlerini takip eder ve aylık kanamanın ilk gününü 1. gün olarak sayar. 8-19 günlerde korunmasız cinsel ilişkiden kaçınır veya ek yöntem kullanır. Çift, döngünün başlangıcındaki 1 ila 7. günler ve 20. günden sonraki aylık kanaması başlayıncaya kadar cinsel ilişkiye girebilir (35).

2.2.7.1.7. Geri Çekme

Cinsel birliktelik anında erkeğin, penisini vajinadan çıkararak, ejakülatın vajinaya ulaşmasını engellemesidir. Bu yöntemin etkili olması kişisel etmenlere bağlıdır (38). En az etkili doğum kontrol yöntemlerinden biridir. Hormonal yan etkisi yoktur. Eşleri ilk yıl boyunca geri çekme kullanan her 100 kadında yaklaşık 20, her cinsel ilişkide doğru kullanıldığında 100 kadında yaklaşık 4 gebelik görülür (35).

2.2.7.1.8. Vajinal Yıkama

Kadınların cinsel birliktelikten sonra vajinayı suyla yıkamasıdır. Spermeler saniyeler içinde servikal mukusa geçebilir (38). Vajinal yıkamanın kontraseptif etkisi yoktur (35).

2.2.7.1.9. Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM)

Kadının ovülasyonun ve adet görmesinin baskılanmasıyla etki eden emzirmenin doğurganlık üzerindeki doğal etkisine dayanan geçici bir aile planlaması yöntemidir. Bebek altı aydan küçükse, anne adet görmüyorsa, annenin bebeğini doğumdan sonraki ilk birkaç hafta içinde günde 8 ila 10 kez emziriyorsa tam emzirmenin koşulları gerçekleşmiştir (35). Tam emzirme koşullarında %98 oranında etkili bir kontraseptif yöntemdir (38). Doğumdan sonraki ilk 6 ayda LAM kullanan her 100 kadında yaklaşık 2, doğru kullanıldığında 100 kadında 1' den az gebelik görülür (35).

2.2.7.2. Modern Yöntemler

2.2.7.2.1. Bariyer Yöntemler

2.2.7.2.1.1. Prezervatif (Kondom)

Cinsel ilişki sırasında penise takılarak spermin vajinaya ulaşmasına engel olan bir kılıftır. Aile planlamasında erkeğin sorumluluk almasını sağlar. Kondom CYBH'ların yayılmasını ve buna bağlı olan serviks kanserlerinden, kronik pelvik ağrılardan, pelvik inflamatuvar hastalıktan (PİH) ve infertiliteden korur (35). Yalnız yaşayan, beklenmedik bir zamanda ya da seyrek cinsel ilişkisi olan, hormonal yan etkilerinden kaygı duyan, cinsel yol ile bulaşan hastalıklar açısından riskli olan bireylerde prezervatif tercih edilebilir. Partnerleri prezervatif kullanan kadınların ilk yılında her 100 kadında yaklaşık 13, her cinsel ilişkide doğru kullanıldığında 100 kadında yaklaşık 2 gebelik görülür (38).

2.2.7.2.1.2. Kadın Kondomu

Kadın kondomu 2 farklı boyutta halkaya sahip kılıftır. Küçük halkanın ucu kapalı olup, ejakülatın vajinaya ulaşmasını engeller (38). Cinsel ilişkiden 8 saat önce takılabildiği için cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz, cinsel ilişki sonrası hemen çıkarılması gerekmez. İlk yılında kadın prezervatifi kullanan her 100 kadında yaklaşık 21, her cinsel ilişkide doğru kullanıldığında 100 kadında 5 gebelik görülür (35).

2.2.7.2.1.3. Diyafram

Diyafram serviksi kaplayarak, spermelerin vajinaya ulaşmasını engelleyen bir bariyer yöntemidir (38). Yan etki olarak toksik şok sendromuna, üriner sistem enfeksiyonlarına, latex ve spermisit alerjisi, ağrı görülebilir (38). Yaklaşık 2 yılda bir diyafram yenilenmelidir. Lateks alerjisi, HIV enfeksiyonu ve toksik şok sendromu öyküsü olanlarda diyafram kullanılmamalıdır. Cinsel birliktelik sonrası 6 saat çıkarılmamalıdır ancak 24 saatten uzun süre kalamaz (35). Diyaframı spermisit ile kullanan kadınların ilk yılında 100 kadında yaklaşık 17 gebelik görülür (38).

2.2.7.2.1.4. Servikal Başlık

Servikal başlık, serviksin üzerini kapatır. Vajinal kas tonusu azalmış olan ya da serviks yapısındaki farklılıklar nedeniyle diyafram kullanamayan kadınlarda tercih edilebilir. Servikal başlık, küçük ve kenarları belirgin olmadığı için cinsel partneri rahatsız etmez, 48 saate kadar çıkarılmadan kalabilir (38). Servikal prekanser veya kanser nedeni tedavi görmüş ise servikal başlık kullanılmaz. Servikal başlığın spermisit ile beraber kullanıldığı ilk yılda 100 kadında yaklaşık 32, her cinsel ilişkide doğru kullanıldığında 100 kadında yaklaşık 26 gebelik görülür (35).

2.2.7.2.1.5. Spermisit

Spermisitler, spermeleri öldürerek veya hareketlerini yavaşlatarak spermin yumurtaya ulaşmasını önler. Sperm öldürücü madde olarak nonoxynol-9 yaygın olarak kullanılır. Tek başına kullanıldığında etkisi az olmasına rağmen, kondom ya da diyaframa ek kullanımında kontraseptif etkilerini artırır (35). Yöntem olarak pahalı ve erişimi zor olabilir. Spermisitler gonore, genital herpes, trikomoniasis, HIV ve sifilize enfeksiyonlarından korur (38). Genital organlarda iritasyon yapabilir. İlişkiden sonra 6 saat kadar vajina içinde kalması gerekir. HIV enfeksiyonu olan veya HIV için risk altında olan kadınlar hariç tüm kadınlar spermisit kullanabilir. Spermisit kullanımının ilk yılında kullanan her 100 kadında yaklaşık 21, her cinsel ilişkide doğru kullanıldığında 100 kadında yaklaşık 16 gebelik görülür (35).

2.2.7.2.2. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

KOK'lar, sentetik progesteron ve östrojen içerir, ovülasyonu baskılar, servikal mukusu kalınlaştırır ve spermelerin vajinaya ulaşmasını önler. KOK'lar kullanıcı uyumsuzluğu nedeniyle gebeliği önlemede başarısız olabilmektedir. Adet kanamasını miktar olarak azaltır, kanamaların süresinin azalarak ve düzenli olması sayesinde demir eksikliği anemisi azalmasını sağlar. Oral kontraseptifler endometriyum ve over kanseri kanserini, overlerde kist oluşumunu, memenin iyi huylu hastalıklarını, endometriyozise bağlı yakınmaları, ektopik gebeliği, riskli gebelikleri, PİH'den, adet öncesi gerginliği, adet ağrılarını ve akneyi azaltır. Kilo artışına, depresyona, kan basıncının yükselmesine, baş ağrısına, bulantıya, baş dönmesine, tromboemboliye,

göğüs ağrısına, amenoreye, memelerde hassasiyete, akneye, sarılığa, kloazmaya neden olabilir (38). Miyokard enfarktüsü, derin ven trombozu (DVT) geçirenlerde, akciğer de emboli öyküsü bulunanlarda, auralı migreni olanlarda, aurasız migrenli hastalar 35 yaş üzerindeyse, ileri yaş, sigara, HT veya diyabet (DM) gibi koroner arter hastalığı (KAH) veya inme riskini artırabilecek hastalığı olanlara KOK önerilmez. Kan basıncı 160/100 mm Hg veya daha yüksekse KOK verilmez. Kan basıncı 140–159/90–99 mm Hg ise, kontrol ölçüm yapılır; tansiyon aynı aralıkta ve yüksek gelirse KOK başlanmaz, tansiyon 140/90 mm Hg'nin altındaysa KOK başlayabilir. KOK kullanımının ilk yılında her 100 kadında yaklaşık 7 gebelik, hap alma hatası yapılmadığında 100 kadında 1 görülür (35).

2.2.7.2.3. Yalnız Progestin İçeren Haplar (Mini Haplar)

Mini haplar KOK'lara göre daha düşük dozda ve yalnızca progestin içermektedir. Servikal mukusu kalınlaştırır, spermin vajinaya geçişini önler, tubal motiliteyi yavaşlatır, endometriyumu inceltir ve implantasyon olasılığını azaltır. Östrojen içermediği için pıhtılaşmaya neden olmaz (38). Haplar süt üretimini etkilemez ve emziren kadınlar ve bebekleri için güvenlidir (35). Yan etki olarak amenore, sarılık, ara kanamaları, lekelenme, baş dönmesi, mastalji, bulantı, göğüs ağrısı, baş ağrısı, pelvik ağrısı, hirsutizm görülebilir (38). Barbitüratlar, karbamazepin, fenitoin, primidon, topiramat, rifampisin veya rifabutin kullanıyorsa, karaciğerde tümör ya da sirozu olan, meme kanseri olan veya öyküsü olan, pulmoner emboli ya da DVT olan hastalarda mini haplar tercih edilmez. Emziren kadınlarda kullanımının ilk yılında her 100 kadın için yaklaşık 1 gebelik, emzirmeyen kadınlarda 100 kadın için yaklaşık 7 gebelik görülür (35).

2.2.7.2.4. Enjekte Edilen Kontraseptifler

2.2.7.2.4.1. Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler

Aylık enjekte edilen kontraseptifler progestin ve östrojen içerir ve ovülasyonu baskılayarak çalışır (35). Medroksiprogesteron asetat (MPA)+ estradiol cypionate ve noretisteron enanthate (NET-EN)+ estradiol valerate içeren iki preparatı bulunmaktadır (35,36). Kanama düzeni, miktarında ve sıklığında değişiklikler,

kanamanın geçici olarak kesilmesi gibi durumlar görülebilir. Kilo alımı, baş ağrısı, baş dönmesi, göğüslerde hassasiyet gibi yan etkiler görülebilir. En sık yöntem bırakma nedeni kanama düzensizlikleridir. Pelvik enfeksiyon ve over kanserinden koruyabilir. Kombine enjekte edilen kontraseptiflerin etkisi 24 saatte başlar. Kombine enjekte kontraseptiflerin, yalnız progestin içeren enjeksiyonlara üstün olduğu yönler; adet sikluslarını daha iyi düzenlemesi, endometrial süpresyon süresinin daha kısa olması, yan etkilerin daha hafif olması ve progestin dozunun daha düşük olmasıdır (38). Enjeksiyonda 7 günlük gecikme kabul edilebilir. Enjeksiyonlar durdurulduktan sonra doğurganlığın geri dönüşü ortalama 5 aydır. 35 yaşında veya daha büyükse ve günde 15'ten fazla sigara içiyorsa, aktif hepatit, şiddetli siroz veya karaciğer tümörü varsa, meme kanseri, auralı migren, aurasız migreni olup 35 yaşından büyükse, ileri yaş, sigara, HT veya DM gibi KAH veya inme riskini artırabilecek ek durumu varsa bu kadınlar aylık enjekte edilebilir ilaçları kullanmamalıdır. Enjeksiyon kullanımının ilk yılında her 100 kadın için yaklaşık 3 gebelik, zamanında enjeksiyon yapıldığında 10.000 kadında 5 gebelik görülür (35).

2.2.7.2.4.2. Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler

Enjekte edilebilir kontraseptifler sadece progestin içerir, ovülasyonu ve spermin penetrasyonunu önleyerek etki eder (35,38). Noristerat ise 200mg Norethisteron enantate (NET-EN) ve Depo Provera 150 mg medroksiprogesteron asetat (DMPA) içeren 2 formu vardır (36). Enjeksiyonlar, riskli gebeliklerden, endometriyum kanserinden korur. Demir eksikliği anemisi ve PİH'i azaltır, düzensiz kanamadan koruyabilir (35). Yan etkileri adet düzensizliği, kilo artışı, amenore, mizaç değişikliği sinirlilik gibi yan etkiler görülebilir. Baş ağrısı, memelerde hassasiyet OKS'lere oranla daha az görülür. İlk DMPA enjeksiyonundan sonra adet kanamaları normalden uzun sürer, daha sonra giderek azalır. 12 ay DMPA kullanan kadınların yarısından fazlasında, kullanım süresi 2 yılı geçtiğinde her 4 kadından 3'ünde amenore görülür (38). Enjeksiyon, DMPA için 4 haftaya kadar veya NET-EN için 2 haftaya kadar gecikebilir. Enjeksiyonlar durdurulduktan sonra doğurganlığın geri dönüşü DMPA için ortalama 4 ay ve NET-EN için 1 ay gecikme olur (35). Ancak infertiliteye neden olmaz (38). Kadının 20 yıldan uzun süredir DM varsa veya DM'nin neden olduğu komplikasyonlar varsa, sistolik kan basıncı 160 mmHg veya daha yüksekse

veya diyastolik kan basıncı 100 mmHg veya daha yüksekse, şiddetli siroz veya karaciğer kanseri, kalp krizi, inme, pulmoner emboli, DVT , anormal vajinal kanama, meme kanseri, HT, DM, KAH veya inme geçirme ihtimalini artırabilecek ek rahatsızlığı varsa enjeksiyon önerilmez. Progestin içeren enjekte edilen kontraseptif kullanan kadınların ilk yılında her 100 kadında yaklaşık 4, zamanında enjeksiyon yapıldığında her 1000 kadında 2 gebelik görülür (35).

2.2.7.2.5. Derialtı İmplantları

Bir kadının vücudunda progestin salgılayan, her biri bir kibrit çöpü büyüklüğünde küçük plastik çubuklar olup eğitilmiş bir kişi tarafından, üst kola yerleştirilir. Ovülasyonu önler, servikal mukusun kalınlaştırarak spermin bir yumurtaya ulaşmasını engeller. İmplantlar çıkarıldıktan sonra doğurganlığın geri dönüşünde gecikme olmaz (35). Ülkemizde tek çubuklu ve 3 yıl kullanılabilen İmplanon mevcuttur. Ayrıca Nesteron, Jadelle, Norplant (Uygulanması 2008'de durdurulmuştur.) farklı ülkelerde kullanıma sunulmuş implantlardır (36). Tipik olarak, ilk yıl boyunca kanama miktarı süre ve düzeninde değişiklikler ve amenore yaygındır (35). Bilinen yan etkisi yoktur. Riskli gebeliklerden, demir eksikliği anemisi ve pelvik inflamatuvar hastalıktan korur, ektopik gebelik riskini azaltır. Karaciğerde tümör ya da sirozu olan, meme kanseri olan veya öyküsü olan, pulmoner emboli ya da DVT'si olan, anormal vajinal kanaması olan kadınlarda implant tercih edilmez. Oldukça etkili ve uzun ömürlü bir yöntem olup kullanımının ilk yılında kullanan her 1000 kadında 1'den az gebelik görülür (35).

2.2.7.2.6. Rahim İçi Araçlar (RİA)

RİA, rahime yerleştirilen, bakırlı olan veya hormon salgılayan plastik cisim olup; etkili ve uzun süreli gebelikten koruma sağlar. Bakırlı olanlar spermi kimyasal olarak etkisiz hale getirir. Progestin içerenler servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin rahime ulaşmasını önler (35,38). RİA riskli gebeliklerden, endometriyum ve serviks kanserinden korur, ektopik gebelik riskini azaltır. RİA uygulamasının ilk 3-6 ayında adet kanamalarının süresini ve miktarını arttırabilir, adet sırasında ağrı ve kramplar olabilir. RİA öncesi anemisi olan kadınlarda anemi derinleşebilir (35). Daha çok menstrüasyon sırasında görülmekle birlikte RİA yerinden kayarak vajinaya

atılabilir. RİA yerindeyken uterusun gövdesine gömülebilir, uterus ve servikal duvarda perforasyon, gebelik, ektopik gebelik, PİH görülebilir. CYBH öyküsü olan veya birden fazla cinsel partnere sahip olanlarda RİA, pelvik enfeksiyon ihtimalini artırır (38). Bilinen mevcut servikal, endometriyal veya over kanseri, gestasyonel trofoblast hastalığı, pelvik tüberküloz, anormal vajinal kanaması olan kadında RİA takılmaz. Anatomik bir anormallik uterin kaviteyi bozuyorsa, uygun RİA yerleştirilmesi mümkün olmayabilir. RİA kullanımının ilk yılında her 100 kadında 1'den az gebelik görülür (35).

2.2.7.2.7. Transdermal Kombine Yama

Vücuda yapıştırılan, ince, kare esnek bir plastik olup transdermal yoldan progesterin ve östrojen salgılar. Kadın gece gündüz çıkarmaksızın, her hafta yenileyerek 3 hafta boyunca yamayı uygular fakat dördüncü hafta yama uygulamaz. Bu dördüncü haftada kadının adet kanaması olması beklenir. Etki mekanizması olarak ovülasyonu engeller. Yan etki olarak kanama düzenini, miktarı ve süresinde değişiklikler görülebilir. Yamanın uygulandığı cilt tahrişi veya kızarıklık, baş ağrısı, mide bulantısı, kusma, göğüslerde hassasiyet ve ağrı, karın ağrısı, üst solunum yolu enfeksiyonu, vajinada kızarıklık, vajinit görülebilir. 48 saatten az süren gecikmelerde yedekleme yöntemine gerek yoktur. Transdermal kombine yama kullanımının ilk yılında her 100 kadın için yaklaşık 7, kullanımda bir hata yapılmadığında 1000 kadın başına 3'ten az gebelik görülür (35).

2.2.7.2.8. Vajinal Halka

2.2.7.2.8.1. Kombine Vajinal Halka

Bir kadının vajinasına yerleştirilen, sürekli olarak progesterin ve östrojen salgılayan esnek bir halkadır. NuvaRing olarak da bilinir. Ovülasyonu önleyerek çalışır. Vajinal halka 3 hafta yerinde bırakılır, ardından dördüncü hafta çıkarıldığında adet kanaması olur ve bu bir haftanın sonunda yeni bir vajinal halka takılır. Yan etki olarak adet düzensizlikleri, kanama gün sayısı ve miktarında değişiklikler, adet kanamasının olmaması, baş ağrısı, tahriş, kızarıklık veya vajinit, vajinal akıntı

görülebılır. Kombine vajinal halkayı kullanımının ilk yılında 100 kadında yaklaşık 7 gebelik, herhangi bir hata yapılmadığında, her 1000 kadında 3 gebelik görülür (35).

2.2.7.2.8.2. Progesteron Salgılayan Vajinal Halka

Vajinaya yerleştirilen pürüzsüz, yumuşak, esnek silikon bir halka olup, sürekli progesteron salgılayarak ovülasyonu baskılar. Doğumdan dört ile dokuz hafta sonra kullanılmaya başlanan halka, doksan gün boyunca yerinde kalarak, emziren kadının doğum sonrası amenoresini uzatır. Doksan günün sonunda hemen yeni bir halka değiştirilir peş peşe en fazla dört halka kullanılabilir. Lekelenme, düzensiz kanama, karnın alt kısmında ağrı, göğüs ağrısı, vajinal akıntı gibi yan etkiler görülebilir. Progesteron salgılayan vajinal halka kullanan kadınların ilk yılında her 100 kadında 1 ya da 2 gebelik görülür (35).

2.2.7.2.9. Cerrahi Sterilizasyon

Gönüllü cerrahi sterilizasyon daha fazla çocuk istemi olmayan ve doğurganlıklarını son vermek isteyen bireyler için bilinçli olarak ortak karar vermeleriyle tercih edilebilecek bir aile planlaması yöntemidir (38).

2.2.7.2.9.1. Kadında Cerrahi Sterilizasyon/ Tüp Ligasyonu

Tüp ligasyonunda her iki tüp mekanik olarak kapatılarak fertilizasyon önlenir. Cinsel hazda bir değişikliğe neden olmaz (38). Kadınların adet döngüsünü, kilo, ve iştahını, cinsel davranışlarını veya dürtülerini değiştirmez. Dış gebelik yapmadığı gibi dış gebelik riskini önemli ölçüde azaltır. Tüp ligasyonunun ilk yılında her 1000 kadında 5 gebelik görülür (35).

2.2.7.2.9.2. Erkekde Cerrahi Sterilizasyon/ Vazektomi

Sperm, testislerde üretilerek vaz deferens aracılığıyla penise taşınır. Vaz deferenslerin bağlanıp kesilmesiyle spermler ejakülata geçemez Cerrahi işlem sonrası erkekler ejakulat üretmeye devam eder ve bu ejakülatta miktar, koku, görünüş ve kıvam açısından gözle görünür farklılık olmaz. Tek fark, ejakülatta mikroskopta incelendiğinde içinde spermin görülmemesidir. Cinsel ilişki ve tatminde bir değişiklik yapmaz (38). Vazektomi erkeğin cinsel performansını etkilemez. Hiçbir tıbbi durum,

bir erkeğin vazektomi olmasına engel değildir Yöntemin kullanıldığı ilk yılda her 1000 kadından 2'sinden azında gebelik görülür. Vazektomi sonrası 3 ay boyunca çift veya başka bir doğum kontrol yöntemi kullanmalıdır (35).

2.2.7.2.10. Acil Kontrasepsiyon

Her cinsel ilişki planlı olmayabilir ve kontraseptif önlem alınmamış olabilir. Korunmasız cinsel ilişki, kontraseptif yöntemde kullanım hataları, unutmalar, kazalar, gecikmeler ve tecavüz gibi istenmeyen durumlarda olası gebeliği önlemek için acil kontrasepsiyon kullanılır. Kesinlikle bir aile planlaması yöntemi değildir (38). Korunmasız cinsel ilişkiden sonra, beş gün içinde alındığında gebeliği önler (35). Yöntem başarısız kaldığında düşüğe neden olmaz ve oluşan gebelikte konjenital anomali riskinde herhangi bir artış saptanmamıştır (38). Acil kontrasepsiyonda hormonal acil kontrasepsiyon ve postkoital RİA uygulaması gibi seçenekler mevcuttur (38). Kullanımlarının kısa süreli olması nedeniyle, acil kontraseptif yöntemlerin herhangi bir kadın için güvenli olmaması gibi bir tıbbi durumu yoktur (35).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel nitelikte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Afyonkarahisar il merkezinde bulunan 1 No'lu, 5 No'lu ve 9 No'lu Aile Sağlığı Merkezlerinde, 1 Ocak-15 Mart 2022 tarihleri arasında başvuran 15-49 yaş evli kadınlar ile gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Çalışmanın evrenini, Afyonkarahisar il merkezinde sosyokültürel düzeylerine göre iyi, orta ve kötü olarak belirlenen bölgelerdeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 15-49 yaş evli kadınlar oluşturmaktadır. Bu evreni temsil eden örneklem büyüklüğü; belirlenen aile sağlığı merkezlerindeki toplam 15-49 yaş kadın sayısı 11.766 olup; etki büyüklüğü %5, hata payı %10 alınarak, G power paket programla 420 kişi olarak hesaplanmıştır. Fakat toplamda 450 hasta ile çalışma sonlandırılmıştır.

Araştırmada yer alan gönüllü/dosya/kayıt/materyalin dahil edilme kriterleri:

1. Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan 15-49 yaş arasında olan evli kadınlar

Araştırmada yer alan gönüllü/dosya/kayıt/materyalin dışlama kriterleri:

1. 15 yaş altı kadınlar
2. Kognitif bozukluğu bulunan kadınlar
3. İletişim kurmayı engelleyecek derecede işitme kaybı olan kadınlar
4. Gebelik istemi olan kadınlar
5. İnfertil olan kadınlar
6. Menapoza girmiş olan kadınlar
7. Bekar kadınlar (hiç evlenmemiş, dul ve boşanmış) kadınlar

3.4. Kullanılan Ölçme, Test Etme ya da Veri Toplama Yöntemi

Katılımcılara çalışmanın amacı anlatılarak sözlü onamları alındı. Anket formu belirtilen tarihlerde herhangi bir nedenle aile sağlığı merkezine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllüler ile yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak dolduruldu. Anket dört kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda kadının yaş, eğitim düzeyi, ailenin gelir durumu, kadının çalışma durumu, yaşadığı yer, sosyal güvence durumu, aile tipi, kronik hastalığı, sigara kullanımı, kadının kardeş sayısı, eşin yaşı, eşin eğitim düzeyi, eşin kronik hastalığı, eşin kardeş sayısı gibi sosyo-demografik verileri içeren toplamda 16 soru yer almaktadır. İkinci kısımda 6 sorudan oluşan obstetrik öykü, üçüncü kısımda aile planlamasına yönelik 43 soru, dördüncü kısımda 2012 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumunun (HLS-EU CONSORTIUM) geliştirdiği HLS-EU ölçeğinin, geçerlilik ve güvenilirliği Okyay ve Abacıgil tarafından yapılmış olan, 32 sorudan oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı anketi (TSOY-32) yer almaktadır. Bizim çalışmamızda kullanmayı tercih ettiğimiz TSOY-32; HLS-EU çalışması temel alınarak geliştirilen 32 sorulu yeni bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4'luk bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır (22).

$$\text{İndeks} = (\text{Ortalama}-1) \times (50/3)$$

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

1= Ortalamanın en düşük olası değeri (İndeksin en düşük 0 olmasına neden olur)

3= Ortalamanın aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 puan ise en yüksek sağlık okuryazarlık düzeyini göstermektedir. Her madde 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor olacak şekilde 4 derecelidir. “Fikrim yok” ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Puan hesaplarına geçilmeden önce, kodlar 1-4, 4-1 olacak şekilde yeniden kodlanmalıdır. Ölçekten alınacak en düşük puan 32, en yüksek puan 128’dir. Yine, HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır. Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) Puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) Puan: Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) Puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) Puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

Tablo 1. TSOY-32 Ölçeğinin alt bileşenleri

Alt Boyutlar	Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/uygulama
Tedavi ve Hizmet	1,4,5,7	2,8,11,13	3,9,12,15	6,10,14,16
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi	18,20,22,27	19,21,23,25	24,26,28,32	17,29,30,31

Matris bileşenleri için indeks puanı hesaplaması ilgili soruların en az %80’inin cevaplandığı durumlar için yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach α güvenilirlik kat sayısı 0.927 olarak saptanmıştır. Birinci boyut olan “Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu” nun Cronbach Alfa katsayısı 0,880’dir. İkinci boyut olan “Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu” nun Cronbach Alfa katsayısı 0,863’dur (22). Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,948’dır. Tedavi ve hizmet alt

boyutunda Cronbach alfa katsayısı 0,912, hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda Cronbach alfa katsayısı 0,906'dır.

3.5. Araştırmanın Etik Yönu ve Onamı

Bu alışma için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır (Tarih: 03.12.2021, Karar No: 2021/ 451 sayı, etik kod: 2011-KAEK-2) (Ek-1). Ayrıca Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü'nden aile sağlığı merkezlerinde çalışma yapmak için izin alınmıştır (Tarih: 15.12.2021, Karar No: 2021/13) (Ek-2).

Çalışmaya dahil edilen bireylere Helsinki Bildirgesi'ne göre araştırmanın amacı, içeriği ve yararları hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Tanımlayıcı istatistikler, kategorik veriler için sayı ve yüzde gösterimi yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk testinden yararlanıldı. Değişkenler ortalama±standart sapma ya da interquartile range (IQR) değerleriyle ifade edilmiştir. Normal dağılmayan veriler için 2 grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, 3 ve daha çok grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Normal dağılan verilerde 2 grubun karşılaştırılmasında Student T testi, 3 ve daha çok grubun karşılaştırılmasında ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi sonrasında farklı olan grupları belirlemek için, grupların ikili karşılaştırılmasında Tukey testi kullanıldı. Tüm analizler için yanılma düzeyi olarak $\alpha=0.05$ seçildi. Tüm analizlerin değerlendirilmesinde SPSS 20 paket programı kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya 15-49 yaş arası evli 450 kadın katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $36,6 \pm 7,2$ (min:20, max:49) olarak saptandı.

Demografik özellikler yaş, eğitim, meslek, yaşadığı yer, çalışma durumu, gelir durumu, gelir düzeyi algısı, sosyal güvencesi, sigara kullanımı, aile tipi, kardeş sayısı olarak ele alınmıştır.

Yaş: Katılımcılar yaşa göre 6 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %22,7'si (n=102) 40-44 yaş grubundadır.

Eğitim: Katılımcılar eğitim düzeyine göre 4 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %44,9'u (n=202) ilkokul mezunudur.

Meslek: Katılımcılar mesleğine göre 3 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %80,4'ü (n=362) ev hanımıdır.

Yaşadığı Yer: Katılımcıların %100'ü (n=450) il merkezinde yaşamaktadır.

Çalışma Durumu: Katılımcılar çalışma durumuna göre 2 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %66,9'u (n=301) herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Gelir Durumu: Katılımcılar gelir durumuna göre 2 grupta incelenmiştir. Katılımcıların gelir düzeyi ortalaması 5.557 ± 3.504 TL (min:0 TL, max:20.000 TL) olarak saptandı. Katılımcıların %56,9'unun (n=256) ailesinin geliri 4250 TL (asgari ücret) ve altındadır.

Gelir Düzeyi Algısı: Katılımcılar gelir düzeyi algısına göre 3 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %41,8'i (n=188) gelir düzeyini kötü olarak belirtmiştir.

Sosyal Güvence Durumu: Katılımcılar sosyal güvence durumuna göre 2 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %88'i (n=396) sosyal güvenceye sahiptir.

Aile Tipi: Katılımcılar aile tipine göre 2 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %82,7'si (n=372) çekirdek ailesiyle beraber yaşamaktadır.

Sigara Kullanımı: Katılımcılar sigara kullanımına göre 2 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %85,6'sı (n=385) hiç sigara kullanmamıştır. Sigara içen katılımcılar günde ortalama $10,93 \pm 7,16$ (min: 2, max: 40) adet sigara içmektedir. Sigara içenler ortalama $13,0 \pm 7,83$ (min: 1, max: 30) yıldır sigara içmektedir. Sigara içenlerin %30,8'i (n=20) günde 10 adet sigara içmektedir. Sigara içenlerin %23,1'i (n=15) 20 yıldır sigara içmektedir.

Kardeş Sayısı: Katılımcılar kardeş sayısına göre 4 grupta incelenmiştir. Katılımcıların kardeş sayısı $4,30 \pm 1,88$ (min: 1, max: 12) olarak saptandı. Katılımcıların %37,4'ü (n=168) 5 ve üzeri kardeşe sahiptir. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir.



Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
15-24	22	4,9
25-29	65	14,4
30-34	89	19,8
35-39	99	22
40-44	102	22,7
≥45	73	16,2
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	202	44,9
Ortaokul	103	22,9
Lise	77	17,1
Üniversite	68	15,1
Meslek		
Ev Hanımı	362	80,4
Memur	45	10
İşçi	43	9,6
Çalışma Durumu		
Evet	149	33,1
Hayır	301	66,9
Ailenin Gelir düzeyi*		
4250 Tl ve altı	256	56,9
4251 Tl ve üzeri	194	43,1
Gelir Düzeyi Algısı		
Kötü	188	41,8
Orta	187	41,6
İyi	75	16,6
Sosyal Güvence Durumu		
Var	396	88
Yok	54	12
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	372	82,7
Geniş Aile	78	17,3
Sigara Kullanımı		
Var	65	14,4
Yok	385	85,6
Kardeş Sayısı		
2 ve altında	56	12,4
3	122	27,1
4	104	23,1
≥5	168	37,4

*4250 Tl=Asgari Ücret

4.2. Katılımcıların Kronik Hastalıkları

Katılımcıların %67,3'ü (n=303) herhangi bir kronik hastalığa sahip değildir. Katılımcıların %32,7'si (n=147) en az bir kronik hastalığa sahiptir. Kronik hastalıklar içerisinde %8,6 (n=39) ile diyabet (DM), %5,6 (n=25) ile hipotiroidi, %5,3 (n=24) nörolojik hastalıklar, %4,7 (n=21) hipertansiyon (HT), %3,4 (n=20) kas, iskelet ve romatolojik hastalıklar, %3,3 (n=15) hematolojik hastalıklar en sık görülen kronik hastalıklardır. Katılımcıların bazıları birden fazla kronik hastalığa sahiptir.

4.3. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

Katılımcıların obstetrik özellikleri; gebelik sayısı, doğum sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, istemli ve istemsiz düşük sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik sayısı, ilk gebelik yaşı, ilk doğum yaşı, ideal gebelik yaşı, son iki doğum arasındaki süre olarak ele alınmıştır.

Gebelik Sayısı: Katılımcıların gebelik sayısı ortalaması $3,11 \pm 1,55$ (min:1, max:10)'tir. Katılımcıların %28'i (n=126) 2 kez gebe kalmıştır.

Doğum Sayısı: Katılımcıların doğum sayısı ortalaması $2,54 \pm 1,03$ (min:1, max:6)'tür. Katılımcıların %39,1'i (n=176) 2 kez doğum yapmıştır.

Ölü Doğum Sayısı: Ölüm doğum gerçekleştiren katılımcıların (n=11) ortalama ölü doğum sayısı $1,3 \pm 0,67$ (min:1, max:3) olup, %72,7'si (n=8) 1 kez ölüm doğum yapmıştır.

Düşük Sayısı: Düşük yapan katılımcıların (n=154) ortalama düşük sayısı $1,61 \pm 0,99$ (min:1, max:6) olup, %59,1'i (n=91) 1 kez düşük yapmıştır. Bazı katılımcıların hem istemli hem de istemsiz düşüğü vardır.

İstemli Düşük Sayısı: İstemli düşük yapan katılımcıların ortalama istemli düşük sayısı $1,38 \pm 0,49$ (min:1, max:2) olup, %61,9'u (n=13) 1 kez istemli düşük yapmıştır.

İstemsiz Düşük Sayısı: İstemsiz düşük yapan katılımcılardan istemsiz düşük ortalaması $1,61 \pm 1,0$ (min:1, max:6) olup, %61,3'ü (n=84) 1 kez istemsiz düşük yapmıştır.

Yaşayan Çocuk Sayısı: Katılımcılar yaşayan çocuk sayısına göre 4 grupta incelenmiştir. Katılımcıların yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2,48 \pm 0,98$ (min:1, max:6) olup, %40,5'inin (n=182) yaşayan 2 çocuğu vardır. Katılımcıların obstetrik özellikleri Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

Gebelik Sayısı (n=450)	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
1	53	11,8
2	126	28
3	117	26
4	86	19,1
≥ 5	68	15,1
Doğum Sayısı (n=450)		
1	62	13,8
2	176	39,1
3	135	30
4	61	13,6
≥ 5	16	3,6
Ölü Doğum (n=11)		
1	8	72,7
2	2	18,2
3	1	9,1
Düşük Sayısı* (n=154)		
1	91	59,1
2	45	29,2
≥ 3	18	11,7
İstemli Düşük Sayısı (n=21)		
1	13	61,9
2	8	38,1
İstemsiz Düşük Sayısı (n=137)		
1	84	61,3
2	35	25,5
3	12	8,8
4	1	0,7
5	3	2,2
6	2	1,5
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=450)		
1	64	14,2
2	182	40,5
3	140	31,1
≥ 4	64	14,2

*3 kişinin 1 istemli ve 1 istemsiz düşüğü olup 2 düşüğü olan kadınların grubuna dahil olmuştur.

İlk Evlilik Yaşı: Katılımcılar ilk evlilik yaşına göre 4 grupta incelenmiştir. Katılımcıların ilk evlilik yaşı ortalaması $20,10 \pm 3,43$ (min:13, max:38) olup, %41,7'si (n=188) 18-20 yaş grubunda ilk evliliklerini yapmıştır.

Evlilik Süresi: Katılımcılar evlilik süresine göre 3 grupta incelenmiştir. Katılımcıların evlilik süresi ortalaması $16,03 \pm 8,1$ (min:1, max:35) yıl olup, %40,9'u (n=184) 11-20 yıldır evlidir.

Evlilik Sayısı: Katılımcılar evlilik sayısına göre 2 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %94,2'sinin (n=424) ilk evliliğidir.

İlk Gebelik Yaşı: Katılımcılar ilk gebelik yaşına göre 4 grupta incelenmiştir. Katılımcıların ilk gebelik yaşı ortalaması $21,30 \pm 4,0$ (min:13, max:41) olup, %40'ı (n=180) 18-20 yaş grubunda ilk kez gebe kalmıştır.

İlk Doğum Yaşı: Katılımcılar ilk doğum yaşına göre 4 grupta incelenmiştir. Katılımcıların ilk doğum yaşı ortalaması $22,27 \pm 4,13$ (min:14, max:42) olup, %35,3'ü (n=159) 18-20 yaş grubunda ilk kez doğum yapmıştır.

İdeal Gebelik Yaşı: Katılımcılara göre ideal gebelik yaşı ortalaması $23,62 \pm 2,57$ (min:14, max:30)'dir. Katılımcıların %50,7'si (n=228) ideal gebelik yaşı olarak 25 yaş ve üzeri olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Son İki Doğum Arasındaki Süre: Katılımcılar son iki doğum arasındaki süreye göre 2 grupta incelenmiştir. İki ve üzerinde doğum yapan katılımcıların son iki doğumu arasındaki süre ortalaması $57,53 \pm 35,90$ (min:10, max:180) ay olup, %44,1'nin (n=171) son iki doğumu arasında 48 ay-95 ay süre vardır. Katılımcıların obstetrik özellikleri Tablo 4'te özetlenmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

İlk Evlilik Yaşı	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
17 ve altı	97	21,6
18-20	188	41,7
21-23	95	21,1
≥24	70	15,6
Evlilik Süresi		
10 yıl ve altı	129	28,7
11-20 yıl	184	40,9
≥21 yıl	137	30,4
Evlilik Sayısı		
1	424	94,2
2	26	5,8
İlk Gebelik Yaşı		
17 ve altı	55	12,2
18-20	180	40
21-23	107	23,8
≥24	108	24
İlk Doğum Yaşı		
17 ve altı	20	4,4
18-20	159	35,3
21-23	142	31,6
≥24	129	28,7
İdeal Gebelik Yaşı		
20 ve altı	84	18,7
21-24	138	30,7
≥25	228	50,7
Son İki Doğum Arasındaki Süre		
24 ay altı	47	%12,1
24 ay -47 ay	111	%28,6
48 ay-95 ay	171	%44,1
≥96 ay	59	%15,2

4.4. Katılımcıların Eşlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Eşin Yaşı: Katılımcılar eşinin yaşına göre 4 grupta incelenmiştir. Katılımcıların eşinin yaş ortalaması $40,35 \pm 8,06$ (min:21, max:65)'dir. Eşlerin %40,4'ü (n=182) 40-49 yaş grubundadır.

Eşin Eğitim Durumu: Katılımcılar eşinin eğitim düzeyine göre 4 grupta incelenmiştir. Eşlerin %31,3'ü (n=141) ilkokul mezunudur.

Eşin Mesleği: Katılımcılar eşinin mesleğine göre 6 grupta incelenmiştir. Eşlerin %53,6'sı (n=241) işçidir.

Eşin Çalışma Durumu: Katılımcılar eşinin çalışma durumuna göre 2 grupta incelenmiştir. Eşlerin %94,7'si (n=426) aktif olarak bir işte çalışmaktadır.

Eşin Kardeş Sayısı: Katılımcılar eşinin kardeş sayısına göre 4 grupta incelenmiştir. Eşlerin kardeş sayısı ortalaması $4,03 \pm 1,73$ (min:1, max:15)'tür. Eşlerinin %32,7'sinin (n=147) 5 ve üzerinde kardeşi vardır.

Eşin Evlenme Yaşı: Katılımcılar eşinin evlenme yaşına göre 4 grupta incelenmiştir. Eşin evlenme yaş ortalaması $24,04 \pm 4,18$ (min:16, max:55) olup, %48,2'si (n=217) 24 yaş ve üzerinde evlenmişlerdir. Katılımcıların eşlerinin tanımlayıcı özellikleri Tablo 5'te özetlenmiştir.

Eşin Kronik Hastalık Durumu: Eşlerin %79,6'sının (n=358) herhangi bir kronik hastalığı yoktur. Katılımcıların %20,4'ü (n=92) en az bir kronik hastalığa sahiptir. Kronik hastalıklar içerisinde %7 (n=32) ile diyabet (DM), %4,2 (n=19) ile hipertansiyon (HT), %1,9 (n=9) solunum sistemi hastalıkları en sık görülen kronik hastalıklardır. Katılımcıların bazıları birden fazla kronik hastalığa sahiptir.

Tablo 5. Katılımcıların Eşlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Eşin Yaşı	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
21-29	37	8,2
30-39	166	36,9
40-49	182	40,4
≥50	65	14,4
Eşin Eğitim Düzeyi		
İlkokul	141	31,3
Ortaokul	109	24,2
Lise	107	23,8
Üniversite	93	20,7
Eşin Mesleği		
İşçi	241	53,6
Serbest Meslek	97	21,6
Memur	56	12,4
Emekli	29	6,4
Çiftçi	3	0,7
İşsiz	24	5,3
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışan	426	94,7
Çalışmayan	24	5,3
Eşin Kronik Hastalık Durumu		
Var	92	20,4
Yok	358	79,6
Eşin Kardeş Sayısı		
2 ve altında	72	16
3	136	30,2
4	95	21,1
≥5	147	32,7
Eşin Evlenme Yaşı		
17 ve altı	5	1,1
18-20	68	15,1
21-23	160	35,6
≥24	217	48,2

4.5. Katılımcıların Aile Planlamasına İlişkin Özellikleri

Katılımcıların Aile Planlamasının Tanımını Bilme Durumu: Katılımcıların %54,2'si (n=244) aile planlamasının tanımını bilmiyordu.

Katılımcıların Gebelikten Korunma Nedeni: Katılımcıların %92,7'si (n=417) halen çocuk istemediği için gebelikten korunmak istediklerini belirtti.

Çocuk İstemi: Katılımcıların %88,4'ü (n=398) yeterli çocuğa sahip olduğunu düşündüklerinden, başka çocuk istememektedir.

Katılımcıların Ne Kadar Süre Sonra Çocuk İsteddiği: Çocuk istemi olan katılımcılar ortalama $737,01 \pm 387,97$ (min:365, max:1825) gün sonra çocuk sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. Çocuk istemi olan katılımcılar %78,8'i (n=41) 730 gün ve öncesinde çocuk sahibi olmak istemektedir.

Katılımcıların Planladığı/ İsteddiği Çocuk Sayısı: Katılımcıların planladığı çocuk sayısı ortalaması $2,52 \pm 0,86$ (min:1, max:6) olup, katılımcıların %50,9'u (n=228) 2 çocuk planlamaktadır.

Katılımcıların Cinsiyet Tercihi: Katılımcıların %58,9'unun (n=265) herhangi bir cinsiyet tercihi bulunmamaktadır. Cinsiyet tercihi bulunan katılımcıların %70,8'i (n=131) kız çocuk tercih etmektedir. Katılımcıların aile planlamasına ilişkin özellikleri Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Aile Planlamasına İlişkin Özellikleri

Çocuk İstemi	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	52	11,6
Yok	398	88,4
Çocuk İstemi Zamanı (Gün)		
730 gün ve altı	41	78,8
731 gün ve üzeri	11	21,2
Planlanan/ İstenen Çocuk Sayısı		
1	28	6,2
2	229	50,9
3	138	30,7
4	55	12,2
Cinsiyet Tercihi (n=450)		
Var	185	41,1
Yok	265	58,9
Cinsiyet Tercihi (n=185)		
Kız	131	70,8
Erkek	54	29,2

Son Gebeliğin Planlı Olma Durumu: Katılımcıların %69,1'i (n=311) son gebeliğinin planlı olduğunu belirtmiştir.

Tüm Gebeliklerinde Planlı Olmayan Gebelik Durumu: Katılımcıların %63,3'ü (n=285) tüm gebeliklerinin planlı olduğunu belirtmiştir.

İstenmeyen/ Planlanmayan Gebelik Sayısı: İstenmeyen gebeliğe sahip olan katılımcıların %72,1'i (n=119) 1 kez istenmeyen gebelik geçirdiğini belirtmiştir.

İstenmeyen Gebelik Sırasında Kontraseptif Yöntem Kullanımı: İstenmeyen gebeliğe sahip olan katılımcıların %75,8'i (n=125) istenmeyen gebeliği sırasında kontraseptif yöntem kullandığını belirtmiştir.

İstenmeyen Gebelik Sırasında Kullanılan Yöntem: İstenmeyen gebeliğe sahip olan katılımcıların %16,9'u (n=76) geri çekme yöntemini kullanırken gebe kalmıştır. Katılımcıların bazıları istenmeyen gebelik sırasında birden fazla kontraseptif yöntem kullanmaktadır.

İstenmeyen Gebelik Sonuçlanma Durumu: İstenmeyen gebeliklerin %28'i (n=126) doğumla sonuçlanmıştır. Katılımcıların bazıları hem istemli hem istemsiz düşüğe sahiptir. Katılımcıların istenmeyen gebelik ile ilgili tanımlayıcı özellikleri Tablo 7'de özetlenmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların İstenmeyen Gebelikle İlgili Tanımlayıcı Özellikleri (n=165)

Son Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	311	69,1
Hayır	139	30,9
İstemediği Halde Gebe Kalma Durumu		
Evet	165	36,7
Hayır	285	63,3
İstenmeyen Gebelik Sayısı		
1	119	72,1
2	31	18,8
≥3	15	9,1
İstenmeyen Gebelik Sırasında Yöntem Kullanımı (n=165)		
Var	125	75,8
Yok	40	24,2
İstenmeyen Gebelik Sırasında Yöntem Kullanımı* (n=137)		
Geri Çekme	76	16,9
Prezervatif	21	4,6
Emzirme	14	3,2
RİA	12	2,7
Oral Kontraseptif	8	1,8
Enjeksiyon	5	1
Takvim	1	0,2
İstenmeyen Gebelik Sırasında Yöntem Kullanımı* (n=137)		
Modern Yöntem	46	10,2
Geleneksel Yöntem	91	20,3
İstenmeyen Gebelik Sonuçlanma Durumu** (n=169)		
Doğum	126	28
İstemsiz Düşük	13	2,8
İstemli Düşük	30	6,6

* Katılımcıların bazıları istenmeyen gebelik sırasında birden fazla kontraseptif yöntem kullanmıştır.

** Katılımcıların bazıları hem istemli hem istemsiz düşüğe sahiptir.

Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme Durumu: Katılımcıların bildiği ortalama kontraseptif yöntem sayısı $6,99 \pm 1,60$ 'dır. Katılımcıların bildiği ortalama modern yöntem sayısı $4,77 \pm 1,02$ 'dir. Katılımcıların bildiği ortalama geleneksel yöntem sayısı $2,22 \pm 0,82$ 'dir. Katılımcıların bildiği en sık yöntem RİA ve tüp ligasyonudur. Katılımcıların bildiği aile planlaması yöntemleri Tablo 8'de özetlenmiştir

Tablo 8. Katılımcıların Bildiği Aile Planlaması Yöntemleri (n=450)

*	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Geri çekme	422	93,7
Takvim Yöntemi	171	38
Bazal Isı Yöntemi	7	1,6
Emzirme	391	86,9
Servikal Mukus Yöntemi	7	1,5
Servikal Palpasyon Yöntemi	1	0,2
RİA	436	96,8
OKS	435	96,7
Enjeksiyon	329	73,2
Deri İmplantı	40	8,9
Diyafram	7	1,4
Prezervatif	427	94,8
Kadın Kondomu	13	2,7
Spermisit	8	1,6
Tüp Ligasyonu	436	96,8
Vazektomi	17	3,5

*Katılımcıların bazıları birden fazla yöntem bilmektedir.

Katılımcıların Mevcut Kullandığı Aile Planlaması Yöntemi: Katılımcılar %58,7 (n=264) ile modern yöntem tercih etmektedir. Tüm yöntemler içinde katılımcıların mevcut tercih ettiği en sık yöntem %43,4 (n=195) ile geri çekmedir. Katılımcıların bazıları aynı anda birden fazla kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Katılımcıların mevcut kullandığı aile planlaması yöntemi Tablo 9’da özetlenmiştir.

Tablo 9. Mevcut Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi

Mevcut Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi *	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Geri çekme	195	43,4
Prezervatif	115	25,6
RİA	72	16
Tüp Ligasyonu	58	12,9
OKS	12	2,6
Takvim Yöntemi	4	0,9
Emzirme	9	2
Enjeksiyon	7	1,5
Katılımcıların Mevcut Kullandığı Aile Planlaması Yöntemi *		
Modern Yöntemler	264	58,7
Geleneksel Yöntemler	208	46,2

* Katılımcıların bazıları birden fazla kontraseptif yöntem kullanmaktadır.

Katılımcıların Mevcut Kullandığı Aile Planlaması Yönteminin Süresi:

Katılımcılardan geri çekme yöntemini kullananların kullanım süresi ortalama 2.823,87±2.354,05 gündür. Prezervatif kullananların kullanım süresi ortalama 2.834,45±2.178,19 gündür. RİA kullananların kullanım süresi ortalama 2.605,43±2.227,76 gündür. Tüp ligasyonu tercih edenlerin tüplerinin bağlı olduğu süre ortalama 2.795,5±1.949,86 gündür. Katılımcıların mevcut kullandığı aile planlaması yöntemini kullanım süreleri Tablo 10’da özetlenmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Mevcut Kullandığı Yöntemi Kullanım Süreleri

		Kullanım Süresi (Gün)
Geri Çekme (n=195)	Median (Min:Max)	2190 (30:10950)
	Ortalama±SS	2.823,87±2.354,05
Prezervatif (n=115)	Median (Min:Max)	2555 (60:8760)
	Ortalama±SS	2834,45±2178,19
RİA (n=72)	Median (Min:Max)	2190 (7:10950)
	Ortalama±SS	2605,43±2227,76
Tüp Ligasyonu (n=58)	Median (Min:Max)	2555 (180:7300)
	Ortalama±SS	2.795,5±1949,86

Katılımcıların Mevcut Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemini Tercih Etme

Nedeni: Katılımcılardan tüp ligasyonunu kullananların %84,5'i (n=49) güvenilir olduğu için tercih etmektedir. Katılımcılardan prezervatif kullananların %43,8'i (n=50) kullanımı ve ulaşımı kolay olduğu için tercih etmektedir. Katılımcılardan RİA kullananların %50'si (n=36) güvenilir olduğu için tercih etmektedir. Katılımcılardan geri çekme kullananların %36,4'ü (n=71) kullanımı kolay olduğu için tercih etmektedir.

Mevcut kullandığı yöntem ile ilgili sorun yaşayanların oranı %14,4 (n=65)'tür. Ancak mevcut kullandıkları yöntemle ilgili sorun yaşamalarına rağmen %69,2'si (n=45) mevcut kullandığı yöntemi değiştirmeyi düşünmemektedir. Katılımcıların en sık bildirdikleri problem %5,8 (n=26) ile güvenilir olmamasıdır. Katılımcıların mevcut kullandığı yöntemle ilgili sorunları Tablo 11'de özetlenmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Kullandığı Yöntemle İlgili Sorunları

	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Güvenilir Olmaması	26	5,8
Adet Düzensizliği	21	4,7
Enfeksiyon	15	3,3
Ağrı	6	1,3
Eşin Rahatsız olması	5	1,1
Kilo Artışı	3	0,6
Diğer	7	1,5

Katılımcıların Mevcut Kullandığı Yöntemi Öneren Kişi: Katılımcıların mevcut kullandığı yöntemi öneren kişi %52,5 (n=236) ile katılımcının eşidir. Katılımcılardan bazılarına birden fazla yöntem önerisi yapan kişi bulunmaktadır.

Mevcut Kullanılan Yönteme Eş Katılımı: Katılımcılar mevcut kullandığı yöntemin seçimine %86,2 (n=388) ile eşiyile ortak karar verdiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların mevcut kullandığı yöntemi katılımcılara öneren kişi ve eş katılımı Tablo 12’de özetlenmiştir.

Tablo 12. Katılımcılara Mevcut Kullandıkları Yöntemi Öneren Kişi ve Eş Katılımı

Yöntemi Öneren Kişi*	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Doktor /hemşire	116	25,8
Eş	236	52,5
Kendisi	127	28,2
Akraba ve arkadaş	28	6,3
Mevcut Kullanılan Yönteme Eş Katılımı		
Ortak karar	388	86,2
Eşinin kararı	37	8,2
Kendisinin Kararı	25	5,6

* Katılımcılardan bazılarına birden fazla yöntem önerisi yapan kişi bulunmaktadır.

Katılımcıların %97,6’sı (n=439) kullandığı aile planlaması yönteminin eşiyile cinsel ilişkisini etkilemediğini ifade etmiştir.

Kullanılan Eski Yöntem Varlığı: Katılımcıların %59,6'sı (n=268) daha önce bir aile planlaması yöntemi kullanmıştır. Daha önce kontraseptif yöntem kullanan katılımcıların %68,3'ü (n=307) modern yöntem kullanmıştır. Daha önce kontraseptif yöntem kullanan katılımcıların %28,2'si (n=127) OKS kullanmıştır. Modern yöntemlerden en uzun süre kullanılmış olanı RİA'dır. Geleneksel yöntemlerden en uzun süre kullanılmış olanı geri çekme yöntemidir. Katılımcıların bazıları geçmişte birden fazla kontraseptif yöntem kullanmıştır. Katılımcıların kullandığı eski aile planlaması yöntemleri Tablo 13'te özetlenmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların Kullandığı Eski Aile Planlaması Yöntemleri

Kullanılan Eski Yöntem Varlığı	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	268	59,6
Hayır	182	40,4
Kullanılan Eski Yöntem*		
Geri çekme	59	13,1
RİA	94	20,8
Prezervatif	41	9,2
OKS	127	28,2
Takvim Yöntemi	3	0,6
Emzirme	9	2
Enjeksiyon	45	10
Vajinal Duş	1	0,2
Kullanılan Eski Yöntem*		
Modern Yöntemler	307	68,3
Geleneksel Yöntemler	72	16

* Katılımcıların bazıları birden fazla kontraseptif yöntem kullanmaktadır.

Kullanılan Eski Yöntemin Bırakma Nedeni:

Katılımcılardan geçmişte OKS kullananların en sık bırakma nedeni %41,7 (n=53) ile yan etkidir. Katılımcılar OKS yan etkisi olarak kilo artışı, kıllanma artışı, adet düzensizlikleri, sinirlilik, depresyon, baş ağrısı, varislerde artış gibi yan etkiler bildirmiştir (Tablo 17). Katılımcılardan geçmişte RİA kullananların en sık bırakma nedeni %47,8 (n=45) yan etki; geçmişte geri çekme yöntemini kullananların en sık bırakma nedeni %86,5 (n=51) güvenilir olmaması; geçmişte enjeksiyon kullananların en sık bırakma nedeni %64,4 (n=29) yan etki; geçmişte prezervatif kullananların en sık bırakma nedeni %58,5 (n=24) eşin istememesidir. Katılımcıların eskiden kullandıkları aile planlaması yöntemlerini bırakma nedenleri Tablo 14'te özetlenmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların Kullandığı Eski Aile Planlaması Yöntemlerini Bırakma Nedenleri

OKS Bırakma Nedenleri	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Yan Etki	53	41,7
Tedavi Amaçlı	26	20,4
Gebelik İstemi	15	11,8
Unutkanlık	8	6,2
Nedensiz	6	4,7
Her Gün İlaç İçmek Zor Olması	5	3,9
Bilgi Eksikliği	5	3,9
Hastalık	3	2,3
Daha Etkili Bir Yöntem İhtiyacı	2	1,5
Ekonomik Nedenler	2	1,5
Yöntem Başarısızlığı	2	1,5
RİA Bırakma Nedenleri		
Yan Etki	45	47,8
Rahimden Kayması	15	15,9
Gebelik İstemi	11	11,7
Nedeni Yok	11	11,7
Yöntem Başarısızlığı	9	9,6
Eşi İstememiş	3	3,2
Geri Çekme Bırakma Nedenleri		
Güvenilir Olmaması	51	86,5
Yöntem Başarısızlığı	8	13,5
Enjeksiyon Bırakma Nedenleri		
Yan Etki	29	64,4
Nedeni Yok	5	11,1
Gebelik İstemi	5	11,1
Bilgi Eksikliği	3	6,6
Yöntem Başarısızlığı	2	4,4
Güvenilir Olmaması	1	2,2
Prezervatif Bırakma Nedenleri		
Eşin İstememesi	24	58,5
Yan Etki	7	17
Güvenilir Olmaması	5	12,2
Nedeni Yok	4	9,7
Gebelik İstemi	1	2,4

Katılımcıların OKS ile İlgili Endişe ve Önyargıları: Katılımcıların %57,5'i (n=259) OKS'lerin kilo artırması yönüyle kullanma konusunda endişe ve ön yargıya sahiptir. Katılımcıların OKS ile ilgili endişe ve önyargıları Tablo 15'te özetlenmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların OKS ile İlgili Endişe ve Önyargıları

	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Kilo Artışı	259	57,5
OKS Kullanımıyla İlgili Fikri Yok	111	24,7
Kullanma Artışı	205	45,5
Hormon Düzensizliği	63	14
Kısırlık	24	5,4
Adet Düzensizliği	23	5
Sinirlilik	17	3,8
Güvenilir Olmaması	9	2
Damar Tıkanıklığı	8	1,7
Unutkanlık	7	1,5
Baş Ağrısı	6	1,6
Depresyon	5	1,2
Varisleri Arttırması	5	1
Mide Bulantısı	5	1
Pıhtılaşma Bozukluğu	3	0,6
Kalp Krizi Riski	3	0,6
Cinsel İsteği Azaltması	2	0,4
Migreni Arttırması	2	0,4
Kansere Neden Olması	2	0,4
Reflüyü Arttırması	2	0,4
Alerji	2	0,4
Diğer	8	1,6

* Bazı katılımcılar birden fazla endişe ve önyargı bildirdi.

Katılımcıların OKS'lerin Faydalarını Bilme Durumları: Katılımcıların %59,6'sı (n=268) OKS'lerin faydasını bilmemektedir. Katılımcıların %32,7'si (n=147) OKS'lerin faydası olarak adetleri düzenlediğini bilmektedir. Katılımcıların OKS'lerin Faydalarını Bilme Durumları Tablo 16'da özetlenmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların OKS'lerin Faydalarını Bilme Durumları

	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Bilmiyor	268	59,6
Adet Düzenleme	147	32,7
Rahim Kansерinden Koruması	29	6,4
Gebeliği Önlemesi	16	3,5
Adet Ağrılarını Azaltması	11	2,4
Polikistik Over Sendromu Tedavisinde Kullanılması	8	1,8
Akneleri Azaltması	5	1,1
Kıllanmayı Azaltması	3	0,6
Diğer	3	0,6

* Bazı katılımcılar birden fazla OKS'lere ait fayda bilmektedir.

Geçmişte OKS Kullanmış Katılımcıların Yaşadığı Yan Etkiler: Geçmişte OKS kullanmış katılımcıların (n=127) %12,4'ü (n=56) OKS kullanımı sırasında herhangi bir yan etki görmemiştir. Katılımcıların en sık gördüğü yan etki %6,9 (n=31) kilo artışıdır. OKS kullanmış katılımcıların yaşadığı yan etkiler Tablo 17'de özetlenmiştir.

Tablo 17. Geçmişte OKS Kullanmış Katılımcıların Yaşadığı Yan Etkiler

	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Yan Etki Yok	56	12,4
Kilo Artışı	31	6,9
Kıllanma Artışı	21	4,7
Baş Ağrısı	10	2,2
Sinirlilik	10	2,3
Adet Düzensizliği	5	1,1
Depresyon	4	0,8
Mide Bulantısı	5	1,1
Varisleri Arttırması	3	0,6
Halsizlik	2	0,4
Tansiyon Yüksekliği	2	0,4
Baş Dönmesi	2	0,4
Diğer	9	0,8

* Bazı katılımcılar birden fazla yan etki yaşamıştır.

Acil Kontraseptif Yöntem Kullanımı: Katılımcıların %92'si (n=414) acil kontraseptif yönteme ihtiyaç duymamıştır.

Katılımcıların En Güvendiği Yöntem: Katılımcıların %91'i (n=410) modern yöntemlere güvenmektedir. Katılımcıların en güvendiği yöntem %35,1 (n=158) tüp ligasyonudur. Katılımcıların bazıları birden fazla kontraseptif yönteme güvenmektedir. Katılımcıların acil kontraseptif yöntem kullanımı ve en güvenilir bulduğu yöntemler Tablo 18'de özetlenmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların Acil Kontraseptif Yöntem Kullanımı ve Güvenilir Bulduğu Yöntemler

Acil Kontraseptif Yöntem Kullanımı	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	36	8
Hayır	414	92
En Güvenilir Buldukları Aile Planlaması Yöntemleri*		
Tüp Ligasyonu	158	35,1
RİA	148	32,9
Prezervatif	70	15,5
OKS	21	4,6
Enjeksiyon	12	2,7
Geri Çekme	57	12,7
Vazektomi	1	0,2
En Güvenilir Buldukları Aile Planlaması Yöntemi*		
Modern Yöntemler	410	91
Geleneksel Yöntemler	57	12,7

* Katılımcıların bazıları birden fazla kontraseptif yönteme güvenmektedir.

Kontraseptif Yönteme Erişme Durumuna Göre Yöntem Değişirme İsteği: Katılımcıların %71,8'i (n=323) gebelikten korunma yöntemlerine daha kolay ulaşsa bile başka bir yönteme geçmeyi düşünmemektedir.

Erişme Durumuna Göre Geçiş Yapmayı Planladığı Yöntem: Gebelikten korunma yöntemlerine daha kolay ulaşması halinde başka bir yönteme geçiş yapmayı düşünen katılımcıların %28,5'i (n=128) modern yönteme geçiş yapmayı planlamaktadır. Yöntem değiştirmeyi planlayan katılımcıların %13,3'ü (n=60) tüp ligasyonu kullanmak istemektedir. Katılımcıların bazıları birden fazla kontraseptif yönteme geçiş yapmayı planlamaktadır. Katılımcıların kontraseptif yönteme erişme durumuna göre yöntem değiştirme isteği ve erişme durumuna göre geçiş yapmayı planladığı yöntem Tablo 19'da özetlenmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların Kontraseptif Yönteme Erişme Durumuna Göre Yöntem Değişirme İsteği ve Gelecekte Kullanmayı Planladığı Yöntem (n=127)

Kontraseptif Yönteme Erişme Durumuna Göre Yöntem Değişirme İsteği	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	127	28,2
Hayır	323	71,8
Gelecekte Kullanmayı Planladığı Yöntem*		
Tüp Ligasyonu	60	13,3
RİA	46	10,2
Prezervatif	3	0,7
OKS	6	1,3
Enjeksiyon	11	2,4
Vazektomi	1	0,2
Deri implantı	1	0,2
Geri çekme	2	0,4
Gelecekte Kullanmayı Planladığı Yöntem*		
Modern Yöntemler	128	28,5
Geleneksel Yöntemler	2	0,4

*Katılımcıların bazıları gelecekte birden fazla yöntemi kullanmayı planlamaktadır

4.6.Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezinden Aldığı Hizmete İlişkin Özellikler

15-49 Yaş İzlemi Yaptırma Durumu: Katılımcıların %63,3'ü (n=285) son bir yılda 15-49 yaş izlemi yaptırmamıştır. 15-49 yaş izlemi yaptıran katılımcıların %86,7'si (n=143) 1 kez izlem yaptırmıştır.

Katılımcıların Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Durumu: Katılımcıların %53,6'sı (n=241) aile planlaması danışmanlığı aldığını belirtmiştir. Aile planlaması almış olan katılımcıların %78'i (n=188) danışmanlığı eşiyle beraber almamıştır.

Katılımcıların Aile Planlaması Danışmanlığı Almak İsteme Durumu: Aile planlaması danışmanlığı almayan katılımcılardan, aile planlaması danışmanlığı almak isteyenlerin oranı %66 (n=138)'dir. Katılımcıların aile sağlığı merkezinden aldığı hizmete ilişkin özellikler Tablo 20'de özetlenmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezinden Aldığı Hizmete İlişkin Özellikler

15-49 Yaş izlemi	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	165	36,7
Yok	285	63,3
15-49 Yaş Yıllık İzlemi Sayısı (n=165)		
1	143	86,7
2	22	13,3
Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Durumu		
Evet	241	53,6
Hayır	209	46,4
Aile Planlaması Danışmanlığı Almak İsteme Durumu (n=209)		
Evet	138	66
Hayır	71	34
Aile Planlaması Danışmanlığını Eşiyle Alma Durumu		
Evet	53	22
Hayır	188	78

4.7. Katılımcıların Sağlık Algısına ilişkin Özellikler

Katılımcıların %64,7'si (n=291) sağlık durumunu iyi olarak algılamaktadır. Katılımcıların sağlık algısına ilişkin özellikler Tablo 21'de özetlenmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların Sağlık Algısına İlişkin Özellikler

Sağlık Algısı	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Kötü	21	4,7
Orta	138	30,7
İyi	291	64,7

4.8. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ile Sosyo-Demografik Bulguların Karşılaştırılması

Modern ve geleneksel yöntem seçimi katılımcının yaş grupları, eğitim düzeyi, mesleği karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (Sırasıyla $p=0,425$; $p=0,259$; $p=0,968$).

Modern ve geleneksel yöntem seçimi katılımcının çalışma durumu, gelir düzeyi, gelir düzeyi algısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,753$; $p=0,279$; $p=0,293$).

Modern ve geleneksel yöntem seçimi katılımcının aile tipi, kronik hastalık durumu, kardeş sayısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,356$; $p=0,587$; $p=0,650$).

Modern ve geleneksel yöntem seçimi katılımcının eşinin yaşı, eşin çalışma durumu, eşin kronik hastalık durumu, eşin kardeş sayısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,217$; $p=0,054$; $p=0,127$; $p=0,199$).

Modern ve geleneksel yöntem seçimi katılımcının düşük sayısı, istemli düşük sayısı, planlanan çocuk sayısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,833$; $p=0,121$; $p=0,752$).

Modern ve geleneksel yöntem seçimi katılımcının ilk gebelik yaşı, ilk evlenme yaşı, evlendiğinde eşin yaşı, evlilik süresi ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,145$; $p=0,062$; $p=0,173$, $p=0,083$).

Modern ve geleneksel yöntem seçimi katılımcının çocuk tercihi, cinsiyet tercihi, sağlık algısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,253$; $p=0,203$, $p=0,92$).

Modern ve geleneksel yöntem seçimi katılımcının 15-49 yaş izlemi yaptırma durumu, aile planlaması danışmanlığını eşiyle alma durumu ve acil kontraseptif yöntem kullanımı ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,906$; $p=0,334$; $p=0,179$).

4.8.1. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Sosyal Güvence

Aile Planlaması yöntem seçimi, katılımcıların sosyal güvence durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p=0,048$). Sosyal güvencesi olanların modern yöntem kullanımı daha yüksek saptandı. Aile Planlaması yöntem seçiminin katılımcının sosyal güvence durumuna göre dağılımı Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Aile Planlaması Yöntem Seçiminin Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

Sosyal Güvence Durumu	Modern Yöntem		Geleneksel Yöntem		p
	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	
Var	215	85,3	181	91,4	0,048
Yok	37	14,7	17	8,6	
Toplam	252	100	198	100	

* Ki-kare testi

4.8.2. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Eşin Eğitim Durumu

Aile Planlaması yöntem seçimi, eşin eğitim durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p=0,022$). Eşi ilkökul mezunu olan katılımcıların modern yöntemi daha çok tercih ettiği saptandı. Literatüre göre eğitim arttıkça modern yöntem seçiminin artması beklenirken, çalışmamızda eşi ilkökul mezunu olan kadınların doğurganlık çağının sonuna yaklaşan ve yaş nedeniyle kalıcı yöntem ihtiyacı artmış olan kadınlar olmasına bağlandı. Aile Planlaması yöntem seçiminin katılımcının eşin eğitim düzeyi göre dağılımı Tablo 23’te gösterilmiştir.

Tablo 23. Aile Planlaması Yöntem Seçiminin Katılımcının Eşin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Eşin Eğitim durumu	Modern Yöntem		Geleneksel Yöntem		p
	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	
İlkokul	93	37	48	24,2	0,022
Ortaokul	52	20,6	57	28,8	
Lise	55	21,8	52	26,3	
Üniversite	52	20,6	41	20,7	
Toplam	252	100	198	100	

* Ki-kare testi

4.8.3. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Doğum Sayısı

Aile Planlaması yöntem seçimi, katılımcının doğum sayısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (0,001). Üç doğum yapan katılımcıların modern yöntemi daha çok tercih ettiği saptandı. Aile Planlaması yöntem seçiminin katılımcının doğum sayısına göre dağılımı Tablo 24’te gösterilmiştir.

Tablo 24. Aile Planlaması Yöntem Seçiminin Doğum Sayısına Göre Dağılımı

Doğum Sayısı	Modern Yöntem		Geleneksel Yöntem		p
	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	
1	24	9,5	38	19,2	0,001
2	84	33,3	92	46,5	
3	92	36,5	43	21,7	
4	39	15,5	22	11,1	
≥5	13	5,2	3	1,5	
Toplam	252	100	198	100	

* Ki-kare testi

4.8.4. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Yaşayan Çocuk Sayısı

Aile Planlaması yöntem seçimi, katılımcının yaşayan çocuk sayısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (0,001). Yaşayan çocuk sayısı 2 ve 3 olan katılımcıların modern yöntemi daha çok tercih ettiği saptandı. Aile Planlaması yöntem seçiminin katılımcının yaşayan çocuk sayısına göre dağılımı Tablo 25’te gösterilmiştir.

Tablo 25. Aile Planlaması Yöntem Seçiminin Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Yaşayan Çocuk Sayısı	Modern Yöntem		Geleneksel Yöntem		p
	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	
1	25	9,9	39	19,7	0,001
2	91	36,1	91	46,0	
3	91	36,1	49	24,7	
≥4	45	17,9	19	9,6	
Toplam	252	100	198	100	

* Ki-kare testi

4.8.5. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Çocuk İstemi

Aile Planlaması yöntem seçimi, katılımcının çocuk istemi ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (0,001). Çocuk istemi olmayan katılımcıların modern yöntemi daha çok tercih ettiği saptandı. Aile Planlaması yöntem seçiminin katılımcının çocuk istemine göre dağılımı Tablo 26’da gösterilmiştir.

Tablo 26. Aile Planlaması Yöntem Seçiminin Çocuk İstemine Göre Dağılımı

Çocuk İstemi	Modern Yöntem		Geleneksel Yöntem		p
	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	
Var	16	6,3	36	18,2	0,001
Yok	236	93,7	162	81,8	
Toplam	252	100	198	100	

* Ki-kare testi

4.8.6. Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Durumu

Aile Planlaması yöntem seçimi, katılımcının çocuk istemi ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (0,004). Aile planlaması danışmanlığı alan katılımcıların modern yöntemi daha çok tercih ettiği saptandı. Aile Planlaması yöntem seçiminin aile planlaması danışmanlığı alma durumuna göre dağılımı Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27. Aile Planlaması Yöntem Seçiminin Aile Planlaması Danışmanlığı Alma Durumuna Göre Dağılımı

	Modern Yöntem		Geleneksel Yöntem		p
	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	
Evet	150	59,5	91	46	0,004
Hayır	102	40,5	107	54	
Toplam	252	100	198	100	

* Ki-kare testi

4.9. Katılımcıların Sağlık okuryazarlığına ilişkin Özellikler

Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden Aldıkları Genel Ortalama Puanı:

Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden aldıkları genel puanı ortalaması $79,26 \pm 15,42$ 'dir.

Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden Aldıkları Genel İndex Puanları:

Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden aldıkları genel index puanı ortalaması $24,61 \pm 8,03$ 'tür.

Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden Aldıkları Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu İndex Puanları: Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden aldıkları tedavi ve hizmet alt boyutu index puanları $27,42 \pm 8,21$ 'dir.

Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden Aldıkları Hastalıklardan Korunma/ Sağlık Geliştirilmesi Alt Boyutu İndex Puanları:

Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden aldıkları hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi alt boyutu index puanları $21,80 \pm 8,70$ 'dir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ve alt boyut index ortalamaları Tablo 28'de özetlenmiştir.

Tablo 28. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı ve Alt Boyutları İndex Ortalamaları

Sağlık Okuryazarlığı İndexleri	Ort $\pm$ SS	Min	Max
Genel	$24,61 \pm 8,03$	0,0	50,0
Tedavi ve Hizmet	$27,42 \pm 8,21$	0,0	50,0
Hastalıklardan Korunma/ Sağlık Geliştirilmesi	$21,80 \pm 8,70$	0,0	50,0

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma

Sağlık okuryazarlık düzeyi: Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi %49,3'ü (n=222) yetersiz sağlık okuryazarlığı grubundadır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri Tablo 29'da özetlenmiştir.

Tablo 29. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Sağlık Okuryazarlığı İndexleri	Yetersiz		Sorunlu-Sınırlı		Yeterli		Mükemmel	
	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel	222	49,3	169	37,6	56	12,4	3	0,7
Tedavi ve Hizmet	157	34,9	172	38,2	111	24,7	10	2,2
Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi	298	66,2	103	22,9	46	10,2	3	0,7

15-49 yaş katılımcıların TSOY-32 ölçeğine göre değerlendirilmesi

TSOY-32 ölçeğinde yer alan sorulardan 8, 10, 11, 14. katılımcıların en zor bulunduğu sorular olmuştur. Bu sorulara katılımcıların yarısından fazlası çok zor şeklinde yanıt vermiştir. Katılımcıların daha az zorlandığı 9, 12, 17, 27. sorular olmuştur. Bu sorulara katılımcıların %40'tan fazlası kolay cevabını vermiştir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile ilgili cevapları incelendiğinde “zor” olarak ifade edilen cevapların dağılımı aşağıda verilmiştir.

Tedavi ve Hizmet boyutunda “sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” sürecinde 4. madde olan “Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak” (%64,4),

Tedavi ve Hizmet boyutunda “sağlıkla ilgili bilgiyi anlama” sürecinde 11. madde olan “İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak” (%66,7),

Tedavi ve Hizmet boyutunda “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” sürecinde 15. madde olan “Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek” (%64,7),

Tedavi ve Hizmet boyutunda “sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/ uygulama” sürecinde 10. madde olan “Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak” (%69,3),

Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi boyutunda “sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” sürecinde 27. madde olan “Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak” (%44,9),

Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi boyutunda “sağlıkla ilgili bilgiyi anlama” sürecinde 23. madde olan “İnternet, gazete, televizyon, radio gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak” (%58,0),

Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi boyutunda “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” sürecinde 28. madde olan “Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek” (%54,9),

Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi boyutunda “sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/ uygulama” sürecinde 17. madde olan “Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak” (%50,0) sorularında katılımcıların “zor” cevabını verme yüzdeleri yüksek olarak belirlendi. 15-49 yaş katılımcıların TSOY-32 ölçeğine göre verdiği cevapların yüzdeleri Tablo 30’da özetlenmiştir.

Tablo 30. 15-49 yaş katılımcıların TSOY-32 ölçeğine göre verdiği cevapların yüzdeleri

Soru No		1. Çok Kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok Zor	5. Fikrim Yok
	TEDAVİ ve HİZMET					
	Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma					
1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	%16,7	%10,4	%62,2	%10,7	%0
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	%12,0	%18,4	%64,4	%5,1	%0
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	%17,8	%11,1	%63,8	%7,3	%0
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	%20,2	%36,4	%39,6	%3,8	%0
	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	%12,2	%29,1	%53,8	%4,7	%0,2
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	%3,1	%29,6	%65,1	%2,2	%0
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	%8,0	%11,8	%66,7	%13,3	%0,2
13	Tahlil/ tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	%3,8	%26,9	%64,2	%5,1	%0
	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	%8,0	%33,1	%55,1	%3,8	%0
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	%14,9	%46,9	%36,4	%1,8	%0

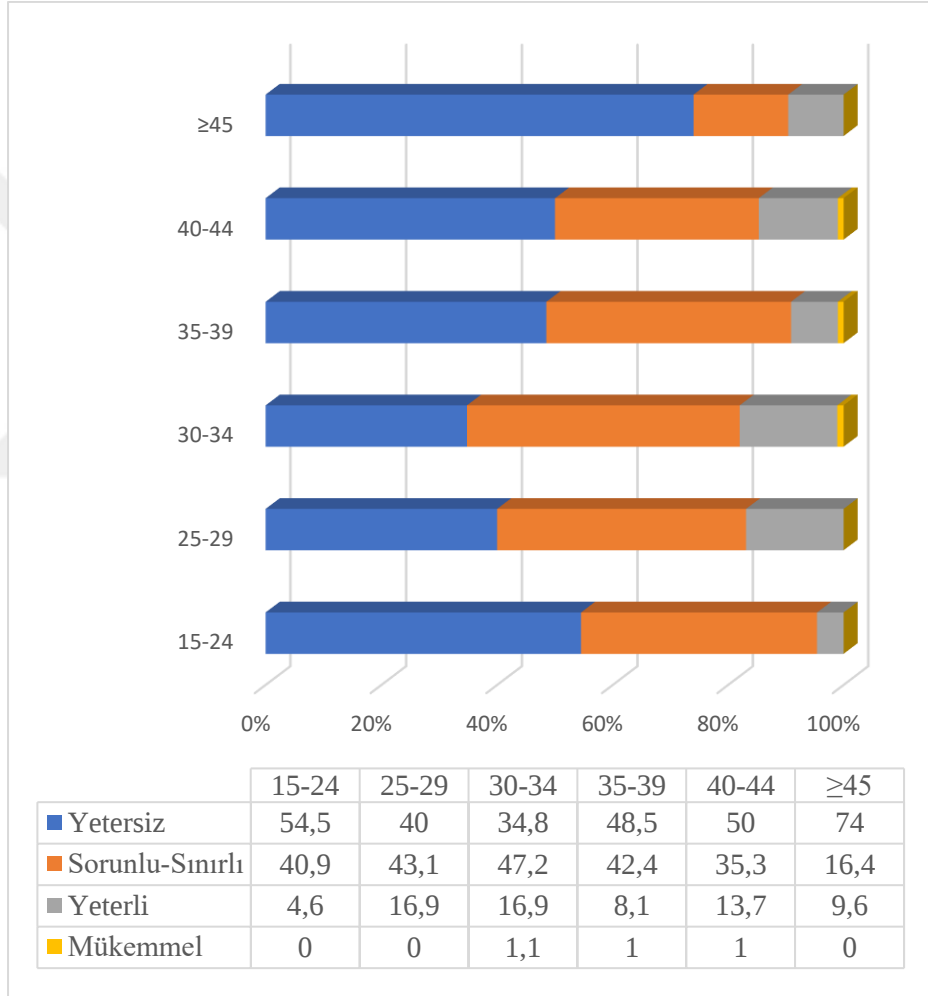
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	%11,3	%42,9	%42,4	%3,1	%0,2
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	%9,1	%17,1	%64,7	%8,7	%0,4
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ uygulama						
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	%17,6	%12,9	%60,7	%8,9	%0
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	%1,6	%11,6	%69,3	%17,6	%0
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	%3,3	%12,7	%68,2	%15,8	%0
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	%8,0	%10,4	%58,9	%22,2	%0,4
HASTALIKLARDAN KORUNMA/ SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ						
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma						
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	%24,9	%34,9	%37,8	%2,4	%0
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	%24,0	%36,7	%37,1	%2,2	%0
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	%31,6	%29,8	%34,4	%4,2	%0
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	%7,3	%46,2	%44,9	%1,6	%0
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama						
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	%13,8	%34,2	%48,7	%3,3	%0
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa	%15,1	%32,0	%50,4	%2,4	%0

	çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radio gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	%4,0	%33,8	%58,0	%4,2	%0
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	%35,3	%16,4	%37,6	%6,7	%4,0
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme						
24	İnternet, gazete, televizyon, radio gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	%13,8	%38,9	%43,8	%3,6	%0
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	%4,4	%40,0	%53,6	%2,0	%0
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek	%8,0	%33,6	%54,9	%3,1	%0,4
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	%24,7	%39,1	%29,3	%0,4	%6,4
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ uygulama						
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	%5,3	%40,4	%50,0	%4,2	%0
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	%25,8	%32,7	%36,9	%4,0	%0,7
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	%28,2	%20,9	%36,9	%5,1	%8,9
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	%6,4	%41,3	%48,9	%2,9	%0,4

4.10. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut Ölçek İndex Puanlarının Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırması

4.10.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Yaş

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 25-29 ve 30-34 yaş guruplarının %16,9 ile yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, 45 yaş üzeri katılımcıların %74'ünün yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu bulundu (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları yaş grupları ile karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,011$). Gruplar arasındaki farklılığa bakıldığında 45 yaş ve üzeri olan grubun, 25-29, 30-34, 40-44 yaş gruplarına göre genel index puanı daha düşük saptandı. 25-29 ve 30-34 yaş grubunun tedavi ve hizmet index puanı, 45 yaş ve üzeri olan gruba göre daha yüksek saptandı. 45 yaş ve üzeri olan grubun tedavi ve hizmet index puanı, 40-44 yaş grubuna göre daha yüksek saptandı. 30-34 yaş grubunun tedavi ve hizmet index puanı, 35-39 yaş grubuna göre daha yüksek saptandı. Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi index puanlarında yalnızca 45 ve üzeri yaş grubu, 30-34 yaş grubuna göre daha düşük saptandı. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut index puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 31’de gösterilmiştir.

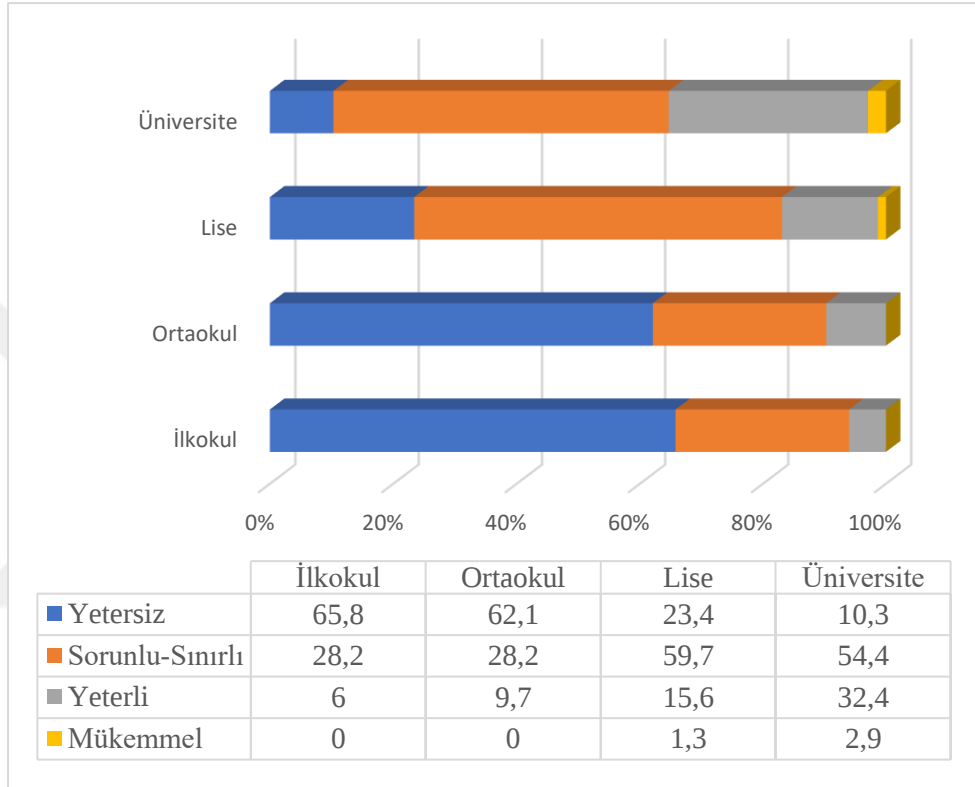
Tablo 31. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları		Genel İndex	Tedavi ve Hizmet İndex	Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi İndex
15-24 (n=22)	Median (IQR)	24,21(14,71)	29,16(8,85)	20,83(19,01)
25-29 (n=65)	Median (IQR)	27,08(7,29)	30,20(6,77)	22,91(9,90)
30-34 (n=89)	Median (IQR)	27,60(7,81)	31,25(7,81)	23,95(10,94)
35-39 (n=99)	Median (IQR)	25,52(9,90)	28,12(10,42)	22,91(10,42)
40-44 (n=102)	Median (IQR)	25,26(13,02)	28,12(11,46)	21,87(14,58)
≥45 (n=73)	Median (IQR)	20,31(11,98)	29,16(13,54)	22,91(12,50)
P		0,001*	0,001*	0,011*

* Kruskal-Wallis Testi IQR: Interquartile Range

4.10.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Eğitim

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı eğitim düzeylerine göre değerlendirildiğinde üniversite mezunu olanların %32,4'ünün yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, ilkokul mezunu katılımcıların %65,8'inin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu bulundu (Şekil 2).



Şekil 2. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Eğitim Düzeylerine Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları eğitim ile karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0,001$). Gruplar arasındaki farklılığa bakıldığında genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanlarında, lise ve üniversite mezunu olanların index puanları, ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre istatistiksel olarak daha yüksek saptandı. Ortaokul mezunlarının tedavi ve hizmet index puanları, ilkokul mezunu olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek saptandı. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut index puanlarının katılımcının eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 32’de gösterilmiştir.

Tablo 32. Sağlık Okuryazarlığı Genel Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

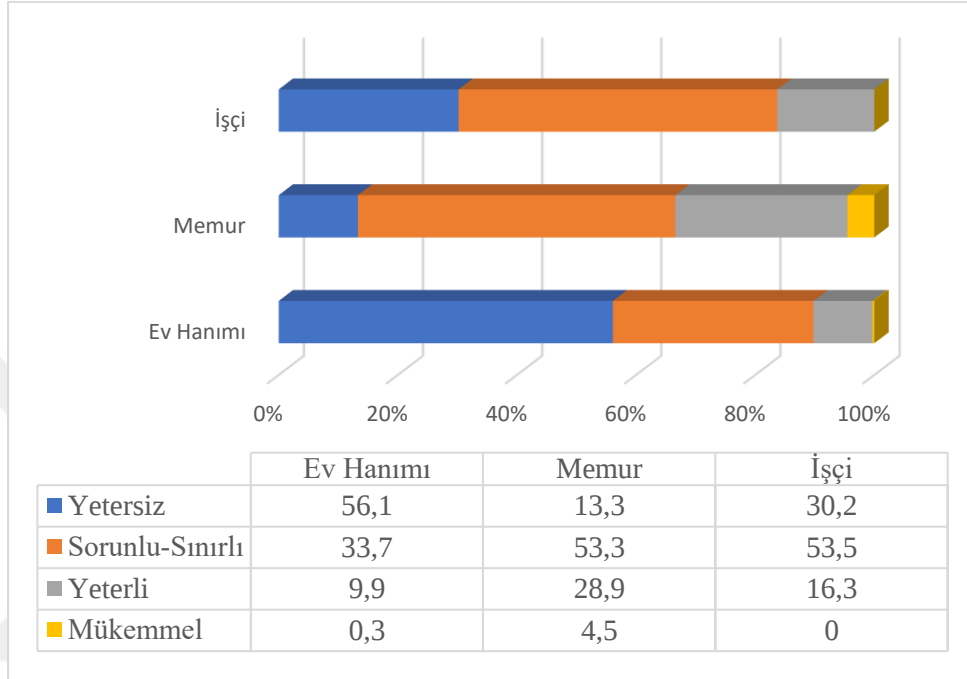
Eğitim Düzeyi		Genel İndex	Tedavi ve Hizmet İndex	Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi İndex
İlkokul (n=202)	Median (IQR)	21,87(11,59)	24,47(11,46)	18,75(11,46)
Ortaokul (n=103)	Median (IQR)	23,95(8,85)	28,12(7,29)	19,79(11,46)
Lise (n=77)	Median (IQR)	28,64(6,25)	31,25(5,21)	26,04(7,29)
Üniversite (n=68)	Median (IQR)	31,77(5,73)	34,37(6,25)	29,16(8,07)
P		0,001*	0,001*	0,001*

* Kruskal-Wallis Testi

IQR: Interquartile Range

4.10.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Meslek

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı meslek durumuna göre değerlendirildiğinde memur olanların %28,9'unun yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, ev hanımı olanların %56,1'inin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirlendi (Şekil 3).



Şekil 3. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Katılımcıların Meslek Durumuna Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları katılımcıların mesleğine göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0,001$). Gruplar arasındaki farklılığa bakıldığında işçi ve memur olan katılımcıların genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları ev hanımı olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek saptandı. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut index puanlarının katılımcının meslek durumuna göre dağılımı Tablo 33’de gösterilmiştir.

Tablo 33. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcının Meslek Durumuna Göre Dağılımı

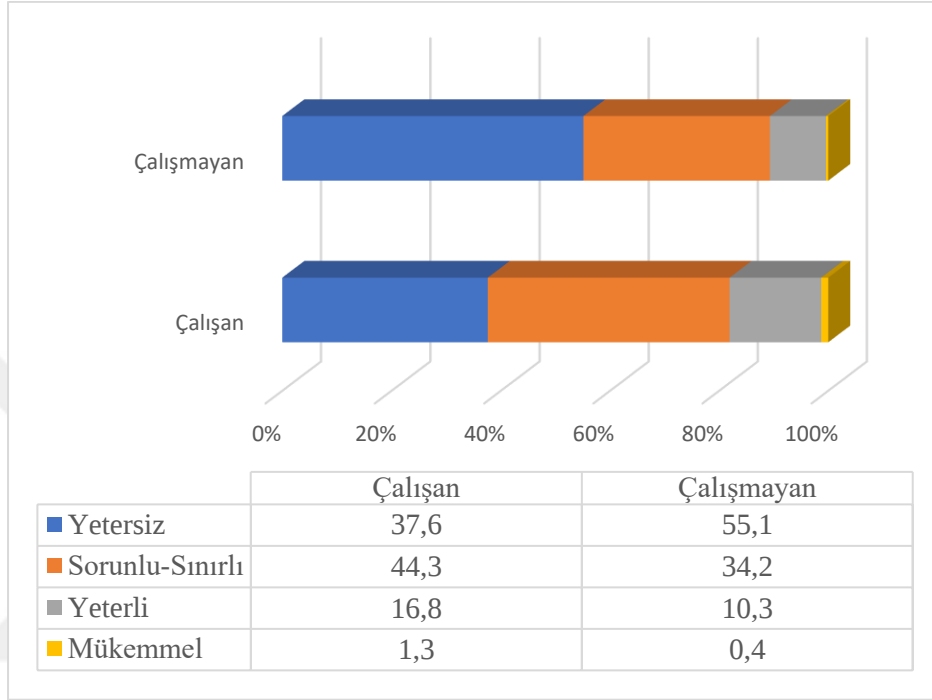
Meslek		Genel İndex	Tedavi ve Hizmet İndex	Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi İndex
Ev Hanımı (n=362)	Median(IQR)	24,47(10,94)	28,12(10,68)	20,83(11,72)
Memur (n=45)	Median(IQR)	31,25(6,25)	33,33(6,25)	29,16(9,90)
İşçi (n=43)	Median(IQR)	27,60(8,33)	31,25(8,33)	26,04(9,38)
P		0,001*	0,001*	0,001*

* Kruskal-Wallis Testi

IQR: Interquartile Range

4.10.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Çalışma Durumu

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi katılımcının çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde çalışan katılımcıların %16,8'inin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, çalışmayan katılımcıların %55,1'inin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirlendi (Şekil 4).



Şekil 4. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları ile katılımcıların çalışma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0,001$). Çalışan katılımcıların çalışmayanlara göre, genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları istatistiksel olarak daha yüksek saptandı. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut index puanlarının katılımcının çalışma durumuna göre dağılımı Tablo 34’te gösterilmiştir.

Tablo 34. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

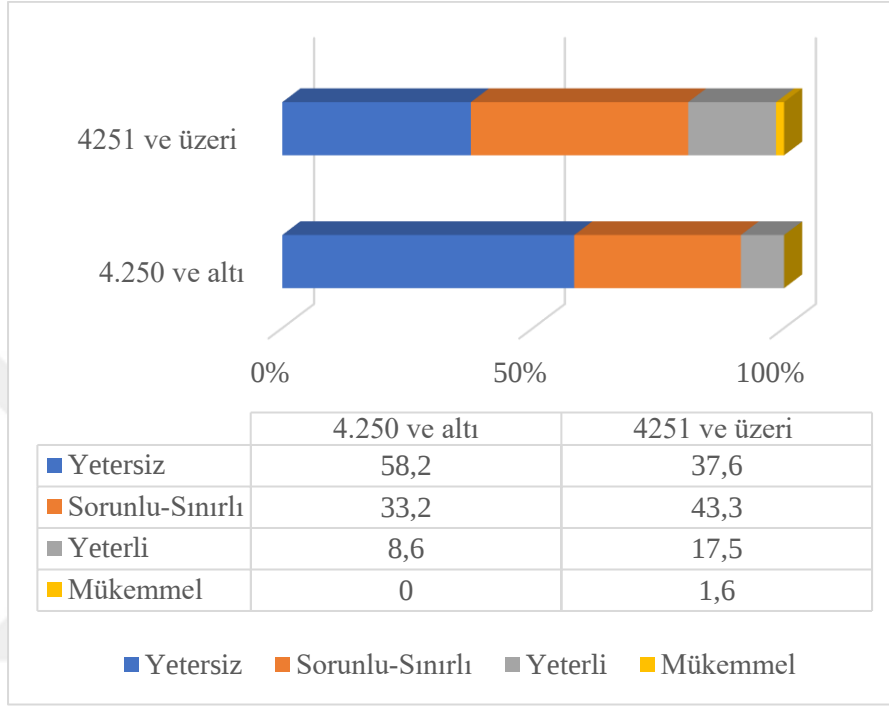
Çalışma durumu		Genel İndex	Tedavi ve Hizmet İndex	Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi İndex
Evet (n=149)	Median (IQR)	27,60(9,38)	31,25(8,85)	25,00(9,90)
Hayır (n=301)	Median (IQR)	24,47(11,20)	28,12(11,46)	20,83(12,50)
P		0,001*	0,001*	0,001*

*Mann-Whitney U

IQR: Interquartile Range

4.10.5. Sağlık Okuryazarlığı ve Gelir Durumu

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi gelir durumuna göre değerlendirildiğinde 4251 Tl ve üzeri kazananların %17,5'inin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, gelir düzeyi 4250 Tl ve altı olanların %58,2'sinin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirlendi (Şekil 5).



Şekil 5. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları, katılımcıların gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0,001$). 4250 TL ve üzeri geliri olanların, olmayanlara göre; genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları daha yüksek saptandı. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut index puanlarının katılımcının gelir düzeyine göre dağılımı Tablo 35'te gösterilmiştir.

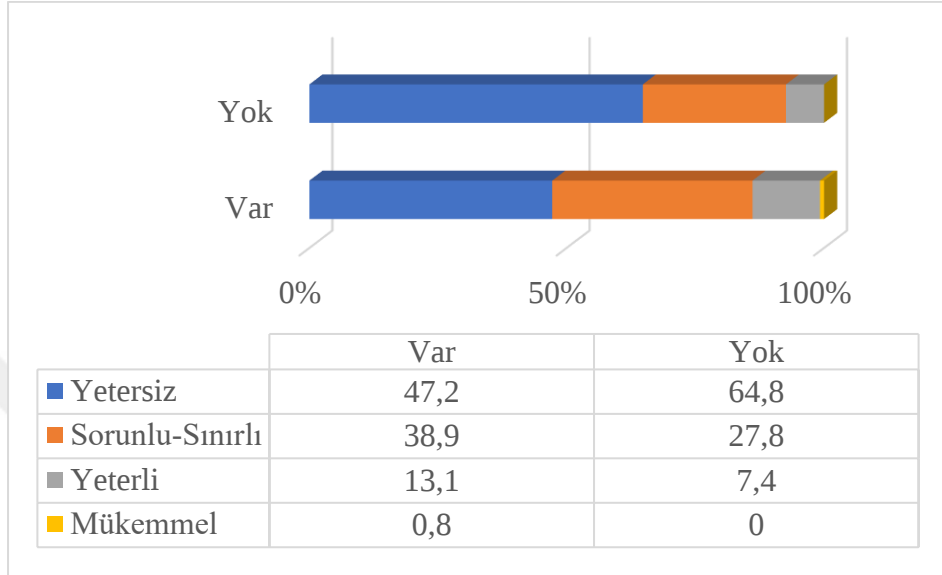
Tablo 35. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcının Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Gelir Durumu		Genel İndex	Tedavi ve Hizmet İndex	Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi İndex
4.250 ve altı (n=256)	Median (IQR)	23,43(11,46)	27,08(10,42)	
	Ortalama $\pm$ SS			20,05 $\pm$ 8,64
4251 ve üzeri (n=194)	Median (IQR)	27,60(8,98)	31,25(8,33)	
	Ortalama $\pm$ SS			24,11 $\pm$ 8,23
P		0.001*	0.001*	0.001**

*Mann-Whitney U ** Student T testi IQR: Interquartile Range

4.10.6. Sağlık Okuryazarlığı ve Sosyal Güvence Durumu

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı sosyal güvence durumuna göre değerlendirildiğinde sosyal güvencesi olanların %13,1'nin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, sosyal güvencesi olmayan katılımcıların %64,8'inin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirlendi (Şekil 6).



Şekil 6. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Sosyal Güvence Durumuna Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları; katılımcıların sosyal güvence durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi (Sırasıyla $p=0,002$; $p=0,009$; $p=0,001$). Sosyal güvencesi olanların genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları, sosyal güvencesi olmayanlara göre istatistiksel açıdan daha yüksek tespit edildi. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut index puanlarının katılımcının sosyal güvence durumuna göre dağılımı Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 36. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcının Sosyal Güvence Göre Dağılımı

Sosyal güvence durumu		Genel İndex	Tedavi ve Hizmet İndex	Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi İndex
Var (n=396)	Median (IQR)	26,04(10,42)	29,16(10,42)	22,91(11,46)
Yok (n=54)	Median (IQR)	23,17(13,02)	26,04(13,54)	18,22(13,54)
P		0,002*	0,009*	0,001*

*Mann-Whitney U

IQR: Interquartile Range

4.10.7. Sağlık Okuryazarlığı ve Aile Tipi

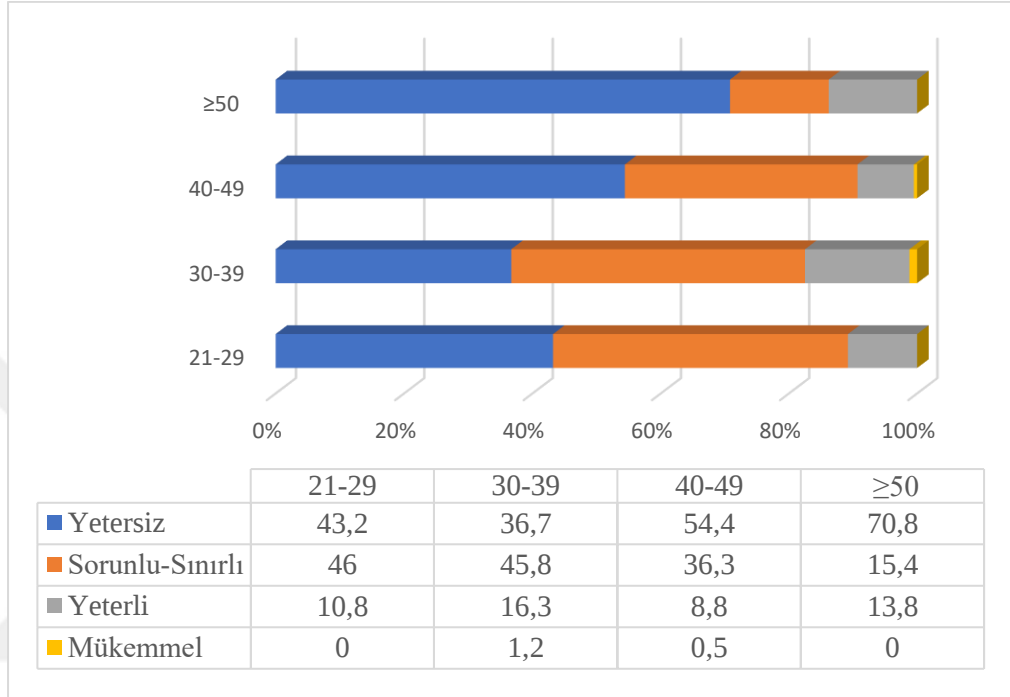
Sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları ile katılımcıların aile tipine göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı. (Sırasıyla $p=0,542$; $p=0,660$; $p=0,676$)

4.10.8. Sağlık Okuryazarlığı ve Kronik Hastalık Durumu

Sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları ile katılımcıların kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı. (Sırasıyla $p=0,731$; $p=0,839$; $p=0,482$)

4.10.9. Sağlık Okuryazarlığı ve Eşin yaşı

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı eşin yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 30-39 yaş grubunda olanların %16,3'ünün yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, eşin yaşı 50 yaş ve üzerinde olanların %70,8'inin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirlendi (Şekil 7).



Şekil 7. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Eşinin Yaş Gruplarına Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları ile katılımcıların eşlerinin yaşına göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0,001$). 21-29 ve 30-39 yaş gruplarında, 50 yaş ve üzeri olan gruba göre genel index puanları daha yüksek saptandı. 30-39 yaş genel index puanları, 40-49 yaş grubuna göre daha yüksek saptandı. 50 yaş ve üzeri grubun diğer tüm gruplara göre, tedavi ve hizmet index puanı daha düşük saptandı. Ayrıca 30-39 yaş grubunun tedavi ve hizmet index puanı, 40-49 yaş grubuna göre daha yüksek saptandı. 30-39 yaş grubunun hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanı; 50 yaş üzeri ve 40-49 yaş gruplarına göre daha yüksek saptandı. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut index puanlarının katılımcının eşin yaşına göre dağılımı Tablo 37’de gösterilmiştir.

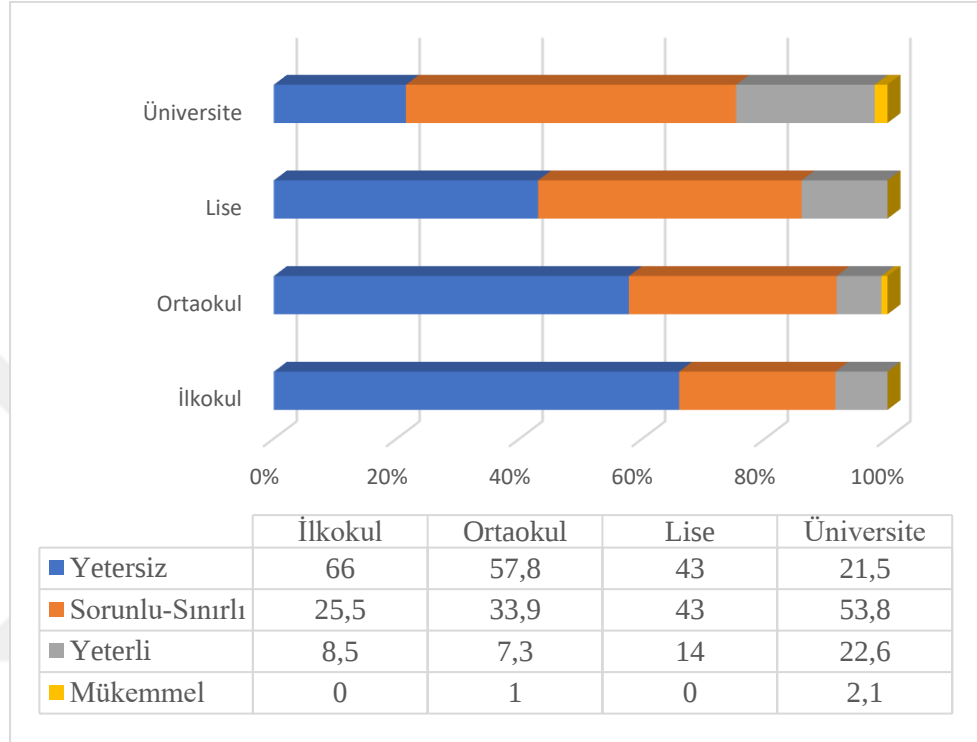
Tablo 37. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Eşin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Katılımcının Eşin yaşı		Genel İndex	Tedavi ve Hizmet İndex	Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi İndex
21-29 (n=37)	Median (IQR)	27,08(8,85)	31,25(6,77)	21,87(10,94)
30-39 (n=166)	Median (IQR)	27,08(7,94)	30,20(7,55)	23,95(10,42)
40-49 (n=182)	Median (IQR)	24,47(11,46)	28,12(10,42)	20,83(11,46)
≥50 (n=65)	Median (IQR)	19,27(11,98)	22,91(14,06)	17,70(13,02)
P		0,001*	0,001*	0,001*

* Kruskal-Wallis Testi IQR: Interquartile Range

4.10.10. Sağlık Okuryazarlığı ve Eşinin Eğitim Düzeyi

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı eşinin eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde üniversite mezunu olanların %22,6'sının yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, eşi ilkokul mezunu olanların %66'sının yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirlendi (Şekil 8).



Şekil 8. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Eşinin Eğitim Düzeyine Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları ile katılımcıların eşlerinin eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0,001$). Eşi üniversite mezunu olanların genel index puanları diğer tüm gruplara göre daha yüksek saptandı. Ayrıca eşi lise mezunu olanların genel index puanları, eşi ilkokul mezunu olanlara göre daha yüksek saptandı.

Eşi ilkokul mezunu olanların tedavi ve hizmet index puanları diğer tüm gruplara göre daha düşük saptandı. Eşi ortaokul mezunu olanların tedavi ve hizmet index puanları, eşi lise ve üniversite mezunu olanlara göre daha düşük saptandı.

Eşi üniversite mezunu olanların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları diğer tüm gruplara göre daha yüksek saptandı. Eşi lise mezunu olanların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları, eşi ilkokul mezunu olanlara göre daha yüksek saptandı. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut index puanlarının katılımcının eşin eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 38’de gösterilmiştir.

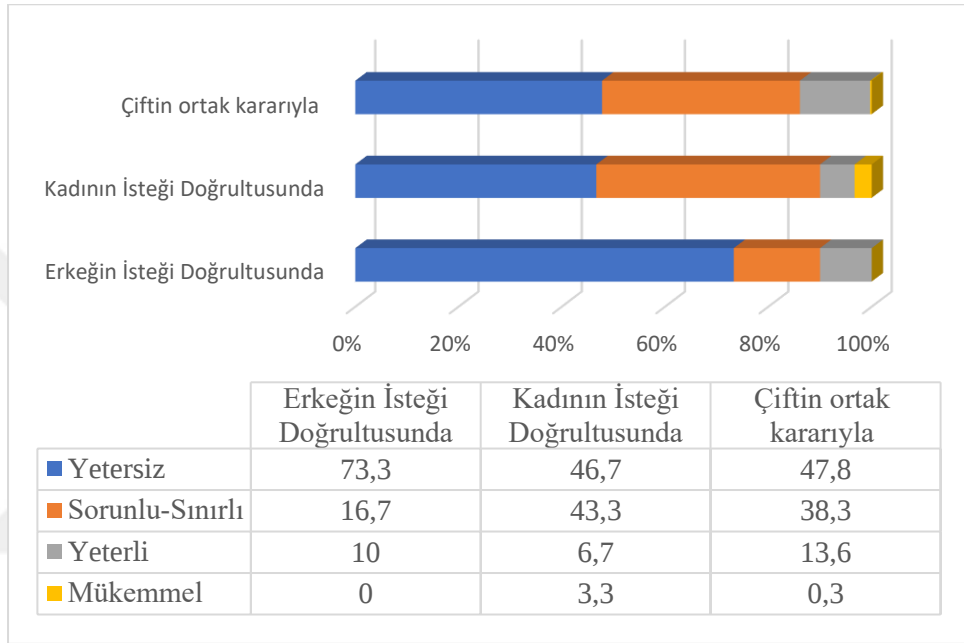
Tablo 38. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcının Eşinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Eşinin Eğitim Düzeyi		Genel İndex	Tedavi ve Hizmet İndex	Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi İndex
İlkokul (n=141)	Median (IQR)	20,83(11,72)	23,95(12,50)	18,75(11,98)
Ortaokul (n=109)	Median (IQR)	24,47(11,20)	28,12(8,33)	19,79(13,02)
Lise (n=107)	Median (IQR)	27,08(7,81)	30,20(8,33)	22,91(10,42)
Üniversite (n=93)	Median (IQR)	29,68(7,29)	32,29(7,81)	26,04(9,38)
P		0,001*	0,001*	0,001*

* Kruskal-Wallis Testi IQR: Interquartile Range

4.10.11. Sağlık Okuryazarlığı ve Yöntem Tercih Kararı

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi aile planlaması yöntem tercihinin göre değerlendirildiğinde, kontraseptif yöntem seçiminin çiftlerin ortak kararıyla olması gerektiğini düşünen katılımcıların %13,6'sının yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, yöntem seçiminin erkeğin isteği doğrultusunda olması gerektiğini düşünen katılımcıların %73,3'ünün yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirlendi (Şekil 9).



Şekil 9. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Katılımcıların Aile Planlaması Yöntem Tercihine Göre Yüzde Olarak Dağılımı

Sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları, aile planlaması yöntem tercihi göre karşılaştırıldığında; genel ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanlarında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (Sırasıyla $p=0,043$; $p=0,077$, $p=0,032$).

Aile planlaması yöntem tercihinin erkeğin isteği doğrultusunda olması gerektiğini düşünenlerin genel ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları, çiftin ortak kararıyla olması gerektiğini düşünenlere göre istatistiksel olarak daha düşük saptandı. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut index puanlarının katılımcıların aile planlaması yöntem tercihinin göre dağılımı Tablo 39’da gösterilmiştir.

Tablo 39. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndex Puanlarının Katılımcıların Aile Planlaması Yöntem Tercihine Göre Dağılımı

Aile Planlaması Yöntem Tercihi		Genel İndex	Tedavi ve Hizmet İndex	Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi İndex
Erkeğin İsteği Doğrultusunda (n=30)	Median (IQR)	21,35(11,33)	24,47(10,16)	17,18(11,98)
Kadının İsteği Doğrultusunda (n=60)	Median (IQR)	26,04(11,07)	30,20(10,42)	22,91(11,98)
Çiftin ortak kararıyla (n=360)	Median (IQR)	25,52(10,94)	29,16(10,42)	22,91(11,46)
P		0,043*	0,077*	0,032*

* Kruskal-Wallis Testi IQR: Interquartile Range

4.10.12. Sağlık Okuryazarlığı ve Aile Planlaması Yöntem Tercihi

Sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanları, modern ve geleneksel aile planlaması yöntem tercihinin göre karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,266$; $p=0,788$; $p=0,127$).

Kullanılan aile planlaması yöntemleri ile sağlık okuryazarlığı genel, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi index puanlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,51$; $p=0,128$; $p=0,058$).

Kullanılan aile planlaması yöntemleri ile sağlık okuryazarlık düzeyi ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,125$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması $36,6 \pm 7,2$ olarak bulundu. Mutlu ve Yiğit'in 2020 yılında 598 kadın üzerinde kontraseptif yöntem seçimlerine etki eden faktörleri incelediği çalışmasında yaş ortalaması $37,52 \pm 6,95$ bulunmuştur (50). Şahlar ve Hisar'ın 2018 yılında aile planlaması merkezine yöntem değişikliği talebiyle başvuran 335 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada yaş ortalaması $31,9 \pm 7,6$ olarak bildirilmiştir (52). Çalıkoğlu ve ark.'nın 15-49 yaş 627 kadın üzerinde aile planlaması yöntemi kullanmalarını etkileyen faktörleri inceleyen çalışmada yaş ortalaması $33,03 \pm 7,1$ 'dir (53). Küçük Gürbüz ve Mevsim'in aile planlamasına yönelik tutumları ve doğurganlık ilişkisini inceledikleri 460 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada ise yaş ortalaması $32,67 \pm 7,69$ 'dur (54). Oltuluoğlu ve Başer'in 2012 yılında evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve seçme nedenlerini inceledikleri 1600 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada yaş ortalaması $34,5 \pm 7,3$ 'tür (55). Kamal'ın Bangladeş'te ulusal anket verilerini kullanarak gecekondü mahallelerinde kontraseptif yöntem seçimi ve sosyoekonomik faktörlerin ilişkisini incelediği çalışmada kadınların yaş ortalaması $28,9 \pm 8,5$ yıl olarak bildirilmiştir (56).

Çalışmamızda kadınların %44,9'u (n=202) ilkokul mezunudur. Çalışmamıza benzer şekilde TNSA 2018'e göre 15-49 yaş kadınların %29,1'i, Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında kadınların %38,81'i, Çalıkoğlu ve ark.'nın çalışmasında kadınların %45,1'i, Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında %37,4'ü, Oltuluoğlu ve Başer'in çalışmasında ise %58,6'sı ilkokul mezunudur (32,52-55). Kamal'ın çalışmasında %46,6'sının örgün eğitimi yok, %29,1'i ilköğretim olarak bildirilmiştir (56). Tsehay'ın Etiyopya'da 2016 Nüfus ve Sağlık Anketini kullanarak 9.126 kadında, üreme çağındaki kadınlar arasında modern doğum kontrol talepleriyle ilgili faktörler üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %62,1'i örgün eğitim almamıştır (57).

Çalışmamızda kadınların %80,4'ü (n=362) ev hanımıdır. Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında kadınların %65,97'si, Çalıkoğlu ve ark.'nın çalışmasında %81,2'si, Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında %79,1'i, Mutlu ve Yiğit'in çalışmasında %79,4'ü, Oltuluoğlu ve Başer'in çalışmasında %87,8'i ev hanımıdır (50,52-55). Sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Çalışmamızda kadınların %66,9'u (n=301) herhangi bir işte çalışmamaktadır. TNSA 2018'e göre 15-49 yaş kadınların %64'ü, Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında %79,1'i, Mutlu ve Yiğit'in çalışmasında %79,4'ü, Ersöz ve Karabulutlu'nun çalışmasında %83,2'si, Tsehay'ın çalışmasında %51,1'i çalışmamaktadır (32,50,54,57,58). Sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Çalışmamızda kadınların %43,1'inin (n=194) ailesinin geliri çalışmanın yapıldığı dönemde asgari ücret olan 4250 TL ve üzerindedir. Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında kadınların %67,16'sı ailenin gelir düzeyinin asgari ücret üzerinde olduğunu bildirmiştir (52). Temürlenk ve Tokuç'un 395 kadın üzerinde üreme sağlığını inceledikleri çalışmada kadınların %49,9'u çalışmanın yapıldığı dönemdeki asgari ücretin 2 katının üzerinde gelire sahiptir (59). Ersöz ve Karabulutlu'nun çalışmasında katılımcıların %65'inin geliri giderine eşittir (58).

Çalışmamızda kadınların %88'i (n=396) sosyal güvenceye sahiptir. TNSA 2018'e göre 15-49 yaş kadınların %90'ı, Temürlenk ve Tokuç'un çalışmasında %96,5'i, Mutlu ve Yiğit'in çalışmasında %97,3'ü, Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında %78,5'i, Ersöz ve Karabulutlu'nun çalışmasında %89,3'ü sosyal güvenceye sahiptir (32,50,54,58,59). Sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Çalışmamızda kadınların %82,7'si (n=372) çekirdek ailesiyle beraber yaşamaktadır. Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında kadınların %88,06'sı, Çalikoğlu ve ark.'nın çalışmasında %77,8'i, Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında %82'si, Mutlu ve Yiğit'in çalışmasında %98,7'si çekirdek aile olarak yaşamaktadır (50,52-54). Sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Çalışmamızda kadınların %85,6'sı (n=385) hiç sigara kullanmamıştır. Çalikoğlu ve ark.'nın çalışmasında %84,4'ü, Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında kadınların %83,58'i sigara kullanmamaktadır (52,53). Sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Çalışmamızda kadınların %37,4'ü (n=168) 5 ve üzeri kardeşe sahiptir. Yazıcı ve Altındağ'ın çalışmasında kadınların %41,9'u 5 ve üzerinde kardeşe sahiptir (48). Sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Çalışmamızda kadınların %67,3'ü (n=303) herhangi bir kronik hastalığa sahip değildir. Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında kadınların %85,97'si, Çalıkoğlu ve ark.'nın çalışmasında %79,4'ünün herhangi bir kronik hastalığı olmadığı bildirilmiştir (52,53). Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması daha yüksek olduğu için kronik hastalık oranı yüksek çıkmış olabilir.

Çalışmamızda kadınların ortalama gebelik sayısı $3,11 \pm 1,55$, doğum sayısı $2,54 \pm 1,03$, düşük sayısı $1,61 \pm 0,99$, yaşayan çocuk sayısı $2,48 \pm 0,98$ 'dir. Katılımcıların %28'i (n=126) 2 kez gebe kalmış, %39,1'i (n=176) 2 kez doğum yapmış, %59,1'i (n=91) 1 kez düşük yapmış, %40,5'inin (n=182) yaşayan 2 çocuğu vardır. Katılımcıların planladığı/istediği ortalama çocuk sayısı $2,52 \pm 0,86$ olup, %50,9'u (n=228) 2 çocuk planlamaktadır. İki ve üzerinde doğum yapan katılımcıların son iki doğumu arasındaki süre ortalaması $57,53 \pm 35,90$ aydır. TNSA 2018'e göre 15-49 yaş evli kadınların ortalama doğum sayısı 2,4; ortalama yaşayan çocuk sayısı 2,3, %35,2 ile yaşayan 2 çocuğu mevcut ve ideal sahip olmayı istediği çocuk sayısı 3, %34,7'sinin son doğumlarının üzerinden 60 ay ve üzeri zaman geçmiştir (32). Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında kadınların ortalama gebelik sayısı $2,88 \pm 1,84$, doğum sayısı $2,2 \pm 1,5$, düşük sayısı $0,42 \pm 0,83$, küretaj sayısı $0,11 \pm 0,43$, yaşayan çocuk sayısı $2,23 \pm 1,46$ olarak bildirilmiştir. Katılımcıların %31,1'i 4 ve üzerinde gebeliği, %37'si 3 ve üzerinde doğum, %18,7'si 1 düşük, %4,8'i 1 küretaj, %37,2'si 3 ve üzerinde yaşayan çocuğa sahiptir (54). Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında ortalama gebelik sayısı $2,7 \pm 1,3$ bulunmuş, %41,49 ile 2 yaşayan çocuğu vardır (52). Çalıkoğlu ve ark.'nın çalışmasında kadınların %26,6'sı 2 kez gebe kalmış, %34,7'si 2 kez doğum yapmış, %24,4'ü 1 kez düşük yapmış ve %34,7'sinin yaşayan 2 çocuğu mevcut, %40'ı ideal çocuk sayısını 3 olarak belirtmiş, %78,5'inin son 2 gebelik arasındaki süre 24 aydan azdır (53). Temürlenk ve Tokuç'un çalışmasında kadınların %34,2'sinin 1 gebeliği, %29,8'inin yaşayan 2 çocuğu vardır (59). Yazıcı ve Altındağ'ın çalışmasında kadınların %55,5'i 2 çocuk istemektedir (48). Mutlu ve Yiğit'in çalışmasında ortalama gebelik sayısı $2,63 \pm 1,23$, doğum sayısı $2,40 \pm 1,08$, istemsiz düşük sayısı $1,43 \pm 0,74$, çocuk sayısı $2,40 \pm 1,07$ olarak bildirilmiştir (50). Oltuluoğlu ve Başer'in çalışmasında kadınların ortalama gebelik sayısı $1,3 \pm 0,5$, yaşayan çocuk sayısı $1,18 \pm 0,4$ ve istenen çocuk sayısı $1,15 \pm 0,4$, %36,6'sının istenmeyen gebelik deneyimi yaşadığı ve istenmeyen bu gebeliklerin %40,3'ünün düşük ya da kürtajla sonuçlandığı

bildirilmiştir (55). Kamal'ın çalışmasında kadınların ortalama doğum sayısı $2,6 \pm 2,0$ ve yaşayan çocuk sayısı sırasıyla ve $2,3 \pm 1,7$ olarak bildirilmiştir (56). Tsehay'ın çalışmasında kadınların %44,2'sinin çocuk sayısı 1-3 grubundadır (57). Sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Katılımcıların evlilik süresi ortalaması $16,03 \pm 8,1$ yıl, ortalama ilk evlilik yaşı $20,10 \pm 3,43$, ilk gebelik yaşı $21,30 \pm 4,0$, ilk doğum yaşı $22,27 \pm 4,13$ 'dir. Katılımcılara göre ideal gebelik yaşı ortalaması $23,62 \pm 2,57$ 'dir. Temürlenk ve Tokuç'un çalışmasında ilk evlilik yaşı ortalaması $21,54 \pm 4,02$, %43,9'u 20-24 yaş grubunda ilk evliliklerini yapmıştır (59). Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında ilk evlilik yaşı ortalaması $20,67 \pm 4,17$ 'dir (54). Yazıcı ve Altındağ'ın çalışmasında kadınların evlilik süresi $9,91 \pm 1,41$, ilk evlilik yaşı ortalaması $21,23 \pm 1,61$ 'dir (48). Mutlu ve Yiğit'in çalışmasında kadınların %53,3'ünün evlilik süresi 5-10 yıl arasında, ilk evlenme yaşı $22,65 \pm 3,99$, ilk gebelik yaşı $23,32 \pm 4,12$ olarak bildirilmiştir (50). Oltuluoğlu ve Başer'in çalışmasında kadınların evlilik süresi ortalaması $14,5 \pm 8,1$, evlilik yaşı ortalaması $20,0 \pm 3,6$, yıl olarak belirlenmiştir (55). Tsehay'ın çalışmasında kadınların %63,4'ü 18 yaşından önce ilk evliliğini yapmış, %74,5'i 20 yaş ve altında ilk doğumunu gerçekleştirmiştir (57). Tseday'ın çalışmasındaki farklılık kadınların büyük oranda örgün eğitim almamasına bağlı erken yaşta evlenmesinden kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların eşlerin yaş ortalaması $40,35 \pm 8,06$, %31,3'ü ($n=141$) ilkokul mezunu, %53,6'sı ($n=241$) işçi, %94,7'si ($n=426$) çalışmakta, kardeş sayısı ortalaması $4,03 \pm 1,73$, evlenme yaş ortalaması $24,04 \pm 4,18$ ve %79,6'sının ($n=358$) herhangi bir kronik hastalığı yoktu. Oltuluoğlu ve Başer'in çalışmasında eşlerin %46,3'ünün ilkokul mezunu, %31,6'sının da işçi olduğu belirtilmiştir (55). Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında kadınların eşlerin yaş ortalaması $35,7 \pm 7,8$, %29,85'i ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir (52). Çalikoğlu ve ark.'nın çalışmasında eşlerin yaş ortalaması $37,6 \pm 7,8$, eşlerin %34,1'i üniversite mezunu, eşlerin %32,1'i memurdu (53). Aktoprak ve Akın'ın çalışmasında eşlerin yaş ortalaması $38,07 \pm 6,43$, %41'i üniversite ve lisans üstü eğitime sahip, %43,4'ü memurdu (60). Mutlu ve Yiğit'in çalışmasında eşlerin %26,3'ü lise mezunu, %66,4'ü işçidir (50). Tsehay'ın çalışmasında kadınların eşlerinin %46,1'i örgün eğitim almamış, %37,5'i ilkokul mezunu, %61,5'i çiftçidir (57).

Çalışmamızda katılımcıların %92,7'si (n=417) halen çocuk istemediği için gebelikten korunmak istediklerini belirtti. TNSA 2018'e göre 15-49 yaş evli kadınların %52'si doğurganlığını sonlandırmak için gebelikten korunmaktadır (32).

Çalışmamızda katılımcıların %88,4'ü (n=398) yeterli çocuğa sahip olduğunu düşündüklerinden, başka çocuk istememektedir. TNSA 2018'e göre 15-49 yaş evli kadınların %63'ü başka çocuk istememektedir (32). Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında katılımcıların %98,21'i yakın zamanda çocuk istemi olmadıklarını belirtmişlerdir (52). Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında %51,3'ü, Aktoprak ve Akın'ın çalışmasında %69,9'u, Tsehay'ın çalışmasında % 39,3'ü başka çocuk sahibi olmayı düşünmemektedir (54,57,60).

Çalışmamızda katılımcıların %30,9'unun (n=139) son gebeliği istenmeyen gebelik ve tüm gebelikleri içinde %36,7'si (n=165) istenmeyen gebeliğe sahiptir. İstenmeyen gebeliği olan katılımcıların (n=165) %72,1'i (n=119) 1 kez istenmeyen gebelik geçirmiş, %75,8' i (n=125) istenmeyen gebeliği sırasında yöntem kullanmış, %16,9'u (n=76) geri çekme yöntemini kullanırken gebe kalmıştır. İstenmeyen gebeliklerin %28'i (n=126) doğumla sonuçlanmıştır. Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında %13,3 ile istenmeyen gebelik sayısı 1 olup, kadınlar istenmeyen gebelik sırasında %58,33 ile geri çekme yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir (52). Arslancan ve ark.'nın aile sağlığı merkezine başvuran 15-49 yaş 407 kadında acil kontraseptif yöntem bilgisi ve kullanımıyla ilgili çalışmasında kadınların %17,3'ü en az bir defa istenmeyen gebelik yaşamıştır (61). Aktoprak ve Akın'ın çalışmasında kadınların %15,3'ünün son gebeliği istenmeyen gebeliktir (60). Kalak ve Aydın'ın çalışmasında kadınların istenmeyen gebelik sırasında %17,7 ile en sık geri çekme yöntemini kullandığı belirtilmiştir (62). Çalışmamızda istenmeyen gebeliğe sahip olan kadınların oranının yüksek olmasının nedeni geçmişte, etkili bir yöntem olmayan geri çekmeyi tercih etmeleri olabilir.

Katılımcıların bildiği ortalama toplam yöntem sayısı $6,99 \pm 1,60$, modern yöntem sayısı $4,77 \pm 1,02$, geleneksel yöntem sayısı $2,22 \pm 0,82$ 'dir. Katılımcıların bildiği en sık yöntem RİA ve tüp ligasyonudur. Katılımcılar %58,7 (n=264) ile modern yöntem kullanmakta, tüm yöntemler içinde katılımcılar en sık %43,4 (n=195) ile geri çekmeyi tercih etmektedir. Kadınlar başka çocuk istememesine rağmen sıklıkla etkili

olmayan geri çekme yöntemini tercih etmesi; yöntem önerisi yapan kişinin eşi olmasından, kadınların aile planlaması danışmanlığını eşiyle beraber almaması nedeniyle erkeklerdeki bilgi eksikliğinin aile planlaması yöntemine eşiyle beraber karar veren kadınları olumsuz etkilemesinden, kadınlar tarafından kullanımı kolay olması nedeniyle tercih edilmesinden, modern yöntemlerin yaygın bırakma nedeni olan yan etkileriyle başa çıkma yöntemleriyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanmış olabilir. TNSA 2018'e göre 15-49 yaş evli kadınlar ortalama 7,6 yöntem duymuş, %49'u modern yöntem kullanmakta, tüm yöntemler içinde %20 geri çekme tercih etmektedirler (32). Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında kadınların %75,22'si modern yöntemle, tüm yöntemler içinde %32,54 prezervatif ile gebelikten korunmaktadır (52). Bizim çalışmamızda kadınların yaş ortalaması Şahlar ve Hisar'ın çalışmasına göre daha yüksek olup, Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında yöntem değişikliği talebi olan kadınların incelenmesinin bu farklılığı oluşturabileceği düşünüldü. Ayrıca çalışmamızda modern yöntemler içinde %25,6 ile en sık kullanılan modern yöntem prezervatiftir. Çalikoğlu ve ark.'nın çalışmasında kadınlar %62,1 ile modern yöntem tercih etmekte, tüm yöntemler içinde %35,5 geri çekme ile gebelikten korunmaktadır (53). Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında tüm yöntemler içinde kadınların %35,3'ü geri çekme yöntemini kullanmaktadır (54). Oltuluoğlu ve Başer'in çalışmasında kadınların %62,3'ünün modern yöntem kullanmakta, tüm yöntemler içinde kadınların %35,5'i geri çekme yöntemini tercih etmektedir (55). Sonuçlar çalışmamızla benzerdir. Wulifan ve ark.'nın Burkina Faso'da, 2014 yılında 8657 kadında yaptıkları çalışmada %12,68'i modern kontraseptif yöntem kullanmakta olduğunu bildirmişlerdir (63). Daniels ve Abma'nın 15-49 yaş grubunda 2017-2019 yılında Amerika'da mevcut kontraseptif durumunu incelediği Ulusal Aile Büyüklüğü araştırması raporunda kadınların %65'inin kontraseptif yöntem kullandığı, %18,1'inin tüp ligasyonu, %14'ünün OKS, %10,4'ünün RİA ve implant, %8,4'ünün prezervatif, %3,1'inin enjeksiyon vajinal halka ya da yama, %5,4'ünün geri çekme, takvim ve servikal mukus yöntemi kullandığını bildirmiştir (64). Zegeye ve ark.'larının Senegal'de, 2017 yılının Sürekli-Demografik ve Sağlık Araştırması verilerini kullanarak değerlendirmeye aldıkları 15-49 yaş evli 11.394 kadınların %26,3'ü modern kontraseptif yöntem kullanmakta olduğunu bildirmiştir (65). Kamal'ın çalışmasında kadınların %53,2'si modern yöntem kullanmakta, %29'u OKS, %14,4'ü

enjeksiyon, %3,4'sı prezervatif kullanmakta olduğunu bildirmiştir (56). Zegeye ve ark'nın 2018–2019 Kamerun Demografi ve Sağlık Araştırmasından elde edilen verilerle 15-49 yaş evli 6080 kadına yaptıkları çalışmada kadınların %18,3'ü modern kontraseptif yöntem kullanmakta olduğunu bildirmiştir (66). Tekelab ve ark'nın reproduktif çağıdaki 1003 evli kadın üzerinde modern kontraseptif yöntem belirleyicilerini araştırdıkları çalışmada kadınların %71,9'u modern yöntem kullanmakta, tüm modern yöntemler içinde %60,3'ü enjeksiyon kullanmakta olduğunu bildirmişlerdir (67). Tsehay'ın çalışmasında modern kontraseptif yöntemlerle karşılanan talep %39,5, en sık kullanılan yöntem enjeksiyon %64,6 olarak bildirilmiştir (57). Tseday'ın çalışmasındaki bu farklılık enjeksiyon yönteminin sık kullanılması kadınların son kullandıkları yöntemi %83,7'si hükümete bağlı sağlık tesisinden elde etmesinden, %40,6'sına yan etkileri anlatıldığından, %78,2'sine yan etkilerle nasıl baş edeceği anlatıldığından ve kadınların %97,5 ile en sık bilinen yöntemin enjeksiyon olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların yöntem tercih nedenleri; tüp ligasyonunda %84,5'i (n=49) güvenilir olması, prezervatif %43,8'i (n=50) kullanımı ve ulaşımının kolay olması, RİA %50'si (n=36) güvenilir olması, geri çekme kullananların %36,4'ü (n=71) kullanımı kolay olduğu için tercih etmektedir. Çalıkoğlu ve ark.'nın çalışmasında kadınların %58,5'i kullandığı yöntemi güvenilir bulduğu, RİA'nın tercih edilme nedeni güvenilir ve ücretsiz olması, kondomun tercih edilme nedeni ise kolay ulaşılır ve yan etkisinin az olması olarak bildirmiştir (53).

Çalışmamızda katılımcıların mevcut kullandığı yöntem ile ilgili sorun yaşayanların oranı %14,4 (n=65), en sık bildirilen sorun %5,8 (n=26) ile güvenilir olmamasıdır. Sorun yaşamalarına rağmen %69,2'si (n=45) mevcut kullandığı yöntemi değiştirmeyi düşünmemektedir. Katılımcıların %97,6'sı (n=439) kullandığı aile planlaması yönteminin eşiyle cinsel ilişkisini etkilemediğini ifade etmiştir. Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde, kadınların %11,6'sı mevcut kullandığı yöntemden memnun olmadıklarını belirtmiştir (54).

Çalışmamızda katılımcıların mevcut kullandığı yöntemi öneren kişi %52,5 (n=236) ile katılımcının eşidir. Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında kullandıkları kontraseptif yöntemle ilgili bilgiyi %74,63'ü ebe ve hemşireden aldıklarını

bildirmişlerdir (52). Bu farklılığın Şahlar ve Hisar'ın çalışmasının ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezinde yapılmasından ve yöntem değişikliği için başvuran kadınların sağlık personelinde bilgi almasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Tekelab ve ark.'nın çalışmasında modern kontraseptif yöntemlerle ilgili en önemli bilgi kaynağı olarak kadınların %82,1'i sağlık çalışanlarından elde ettiklerini bildirmişlerdir (67).

Çalışmamızda katılımcılar mevcut kullandığı yöntemin seçimine %86,2 (n=388) ile eşiyile ortak karar verdiklerini ifade etmişlerdir. TNSA 2018'e göre kadınların %75'i yöntem kullanma kararını eşiyile beraber aldıklarını belirtmişlerdir (32). Çalıkoğlu ve ark.'nın çalışmasında kadınların %97,4'ü aile planlaması yöntemine eşiyile beraber karar vermiştir (53). Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında %95,7'i, Aktoprak ve Akın'ın çalışmasında %99,4 aile planlaması yöntemini eş ile konuşularak karar verilmesi gerektiğini düşünmektedir (54,60). Sonuçlar çalışmamıza benzerdir. Yee ve ark.'larının düşük gelirli, 18 yaş üstü 57 kadında doğum sonrası kontrasepsiyon ve kontraseptif danışmanlığı inceledikleri REALM-7 ölçeğini kullandıkları çalışmada; kadınların %75'i kontraseptif isteklerinin eşlerinden etkilendiklerini bildirmişlerdir (68).

Katılımcıların %59,6'sı (n=268) daha önce bir aile planlaması yöntemi kullanmış, %68,3'ü (n=307) modern yöntem, modern yöntemler içinde de %28,2'si (n=127) OKS kullanmıştır. Modern yöntemlerden en uzun süre kullanılmış olanı RİA'dır. Geleneksel yöntemlerden en uzun süre kullanılmış olanı geri çekme yöntemidir. Katılımcılardan geçmişte kullandıkları yöntemi en sık bırakma nedeni OKS kullananlarda %41,7 (n=53) ile yan etki, RİA kullananlarda %47,8 (n=45) yan etki, geri çekme kullananlarda %86,5 (n=51) güvenilir olmaması, prezervatif kullananlarda %58,5 (n=24) eşin istememesi, enjeksiyon kullananlarda %64,4 ile yan etkidir. TNSA 2018'e göre 15-49 yaş evli kadınlar %89,6'sı daha önce bir aile planlaması yöntemi kullanmış, %77,3'ü modern yöntem kullanmış, modern yöntemler içinde en sık %49,3 ile prezervatif kullanmıştır. Bırakma nedenlerine göre OKS kullananlarda %29,8 yan etki/ sağlık kaygısı nedeniyle, RİA kullananlarda %29 gebelik istemi, geri çekme kullananlarda %42,4 gebelik istemi, prezervatif kullananlarda % 46,6 gebelik istemi nedeniyle bırakmışlardır (32). Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında kadınların %37,91'i eşin istememesi nedeniyle yöntem değiştirme

talebinde bulunmuştur. Eşi kullanılan yöntemi istemeyenlerin %55,9'u prezervatif kullanmaktadır (52). Çalikoğlu ve ark.'nın çalışmasında kadınların %36,8'i RİA yöntemini bırakmış, tüm bırakma nedenleri içinde %38 ile yan etki bildirmişlerdir (53). Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında geçmişte bir yöntemi bırakanların oranı %57,6'dır ve %43,4 ile en sık bırakılan yöntem RİA'dır. Yöntem bırakma nedenleri incelendiğinde RİA için %27,6 fikir belirtmeyen ve %25 fazla kanama nedeniyle; prezervatif için %33 fikir belirtmemiş ve %21,7 ile eşin istememesi; geri çekme için %48,3 fikir belirtmemiş ve %14,6'sı koruyuculuğuna güvenmemekte; OKS için %20,5 ile sinirlilik, baş ağrısı, baş dönmesi; enjeksiyon için %49,1 ile adet düzensizliğidir (54). Aktoprak ve Akın'ın çalışmasında kadınların %49,1'inin geçmişte herhangi bir nedenle yöntem bıraktığı, en sık %36,8 ile RİA yöntemini bıraktığı, yöntem bırakma nedenleri incelendiğinde RİA %60 ile yan etkileri, OKS %43,6 ile yan etkileri, Prezervatif %49,1 ile memnun olunmadığı için, geri çekme %75,7 güvenli olmadığı ve memnun olmadığı için, enjeksiyon %66,7 ile yan etkileri nedeniyle bırakmıştır (60). Karabulutlu ve Ersöz'ün çalışmasında kadınların %45,3'ü daha önce bir yöntem bırakmış, %40,2 ile en sık bırakılan yöntem OKS, tüm bırakma nedenleri içinde en sık %23,7 ile kilo alımı, baş ağrısı gibi hormonal yan etkiler olarak bildirilmiştir (58). Kalak ve Aydın'ın çalışmasında kullanıcıların %59,6'sı daha önce bir yöntem kullanıp bırakmış ve %20,6 ile en sık bırakılan yöntem OKS, en sık OKS bırakma nedeni %55,2 ile yan etki nedeniyledir (62).

Katılımcıların %57,5'i (n=259) OKS'lerin kilo artırması nedeniyle endişelenmekte, %59,6'sı (n=268) OKS'lerin faydasını bilmemekte, %12,4'ü (n=56) OKS kullanımı sırasında herhangi bir yan etki yaşamamıştır. Yan etki görenlerin en sık bildirdiği yan etki %6,9 (n=31) kilo artışıdır. Svahn ark.'nın hormonal kontrasepsiyon ile ilgili endişeleri incelediği çalışmasında %42,5 yan etkiler nedeniyle, %30 hormon yan etkisi nedeniyle hormonal kontrasepsiyon yöntemlerinden endişelendikleri bildirilmiştir (69). Schrumpf ve ark.'nın kadınların hormonal kontraseptiflerle ilgili yan etki ve endişeleri üzerine yaptıkları çalışmada, en yaygın olarak bildirilen yan etki menstrüel düzende değişiklikler, en yaygın bildirilen endişeler ise menstrüel düzende değişiklik, amenore, baş dönmesi ve kilo değişikliğidir (70). Kassim ve Ndumbaro'nun 15-49 yaş 72 kadında odaklanmış grup tartışma oturumları ve açık uçlu sorularla, kırsalda yaşayan doğurganlık çağındaki

kadınlarda aile planlaması okuryazarlığını etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada kadınlar modern aile planlaması yöntemlerinin yan etkileri nedeniyle kullanmak istemediklerini, yan etki olarak sürekli kanama, düzensiz adet kanaması, kanser, cinsel istek kaybı, şişmiş mide, kilo alıp verme, engelli bir çocuğa hamile kalma ve kısır kalmak olarak belirtmişlerdir (71).

Çalışmamızda katılımcıların %8'si (n=36) acil kontraseptif yöntem kullanmıştır. Arslan ve ark.'nın çalışmasında kadınların %11,3'ü, Doğaner ve ark çalışmasında kadınların %23,3'ü en az bir defa acil kontraseptif yöntem kullanmıştır (61,72).

Katılımcıların %91'i (n=410) modern yöntemlere, modern yöntemlerden de %35,1 (n=158) tüp ligasyonuna güvenmektedir. Katılımcıların %71,8'i (n=323) gebelikten korunma yöntemlerine daha kolay ulaşsa bile başka bir yönteme geçmeyi düşünmemektedir. Yöntem değiştirmeyi planlayan katılımcıların %28,5'i (n=128) modern yönteme geçmeyi düşünmekte, %13,3'ü (n=60) tüp ligasyonuna geçişi planlamaktadır. Şahlar ve Hisar'ın çalışmasında yöntem değiştirmek isteyen kadınlar %62,58 ile RİA kullanmayı planladıklarını belirtmişlerdir (52). Yee ve ark.'nın çalışmasında kadınların %29'u en iyi yöntemin enjeksiyon, tekrar kullanmayı seçecekleri yöntem sorulduğunda %22,9'u yine enjeksiyon olduğunu belirtmişler (68). Gavas ve İnal'ın sistematik derlemesinde kadınların modern yöntemlere daha çok güvendiği görülmüştür. Çalışmamızdaki bu farklılık kadınların yaş ortalamasının yüksek olması, 40-44 yaş grubu kadınların oransal olarak fazla olması, kadınların ideal olduklarını düşündükleri çocuk sayısına ulaşmış olmaları ve büyük çoğunluğunun başka çocuk istemi olamaması nedeniyle kadınlar kesin yöntem olarak tüp ligasyonunu görmektedirler.

Katılımcıların %63,3'ü (n=285) son bir yılda 15-49 yaş izlemi yaptırmamıştır. İzlem yaptıranların %86,7'si (n=143) 1 kez izlem yaptırmıştır. Katılımcıların %53,6'sı (n=241) aile planlaması danışmanlığı almış, %78'i (n=188) danışmanlığı eşiyile beraber almamıştır. Danışmanlık almayan katılımcıların %66'sı (n=138) aile planlaması danışmanlığı almak istemektedir. Çalikoğlu ve ark.'nın çalışmasında modern yöntem kullanan kadınların %64'ü danışmanlık hizmeti almıştır (53). Küçük Gürbüz ve Mevsim'in çalışmasında kadınların %65,4'ü, Aktoprak ve Akın'ın

çalışmasında %77,1'i aile planlaması danışmanlığı aldığını belirtmişlerdir (53,54,60). Karaçalı ve Özdemir'in 15-49 yaş evli kadınlarda aile planlamasına erişimini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada 15-49 yaş izlemi yaptıran kadınların oranı %15,3 ve kadınların %59,3'ü aile planlaması hakkında danışmanlık almak istediklerini belirtmişlerdir (74). Katılımcıların 15-49 yaş izlemi yaptırmayanların birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanma ve başvuru oranlarının az olduğu gözlemlenmiştir. Kadınların aile planlaması danışmanlığı alanlarının çoğunun eşiyle beraber almaması, eşlerinin bilgi eksikliği nedeniyle, aile planlaması yöntem seçiminin eşiyle ortak verilmesi gerektiğini düşünen kadınları olumsuz etkileyebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %64,7'si (n=291) sağlık durumunu iyi olarak algılamaktadır. Şen Uğur ve Erbay Dünder'in çalışmasında kadınların %60,4'ü sağlık durumunu iyi olarak bildirmiştir (75).

Çalışmaya katılan bireylerin TSOY-32 ölçeğinden aldıkları ortalama genel index puanı $24,61 \pm 8,03$, tedavi ve hizmet alt boyutunda $27,42 \pm 8,21$, hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda $21,80 \pm 8,70$ 'tir. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi %49,3'ü (n=222) yetersiz, %37,6'sı (n=169) sorunlu sınırlı, %12,4'ü (n=56) yeterli, %0,7 (n=3) mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde bulundu.

Sorensen ve ark.'nın HLS-EU anketi kullanılarak yapılan sekiz Avrupa ülkesini kapsayan 7795 katılımcının yer aldığı araştırmada genel indeks puanı $33,78 \pm 7,95$ olup bireylerin %12,4'ü yetersiz, %35,2'si sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisindedir (20).

Okyay ve Abacıgil'in 2016 yılında TSOY-32 ölçeğini kullanarak 400 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada genel indeks puanı 29,5 (Güven aralığı: 28,8-30,3) olup katılımcıların %27,2'sinin yetersiz ve %42,2'sinin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisindedir (22).

Ülkemizde Tanrıöver ve ark.'nın tarafından 2014 yılında 4.924 kişi üzerinde gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni (HLS-EU-Q47) kullanarak yaptıkları çalışmada genel indeks

puanı $30,4 \pm 0,16$ olup katılımcıların %24,5'nin yetersiz veya %40,1'inin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisindedir (23).

Doğan ve Koçak'ın aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş üzerinde kronik hastalığı olmayan 300 kadın üzerinde TSOY-32 ölçeği uygulayarak yaptıkları çalışmada genel sağlık okuryazarlık index ortalaması $28,48 \pm 11,02$ bulunmuş ve %33'ü yetersiz, %25'i sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi kategorisindedir (76).

Maricic ve ark.'nın Sırbistan'da 18 yaş üzeri 776 kadında HLS-EU-Q47 ölçeği uygulayarak yaptıkları çalışmada %9,6'sı yetersiz, %14,5'i sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisindedir (77).

Çuhadar ve Sağlam'ın 2021 yılında aile sağlığı merkezindeki 15-49 yaş grubu 210 kadında TSOY-32 ölçeğini uygulayarak yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı index ortalaması $33,10 \pm 8,84$ olarak bildirilmiş ve kadınların %18,6'sı yetersiz, %28,6'sı sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisindedir (78).

Beyoğlu ve Koçak'ın 2021 yılında aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş üstü 302 kadında TSOY-32 ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı index ortalaması $36,9 \pm 7,55$ olarak bildirilmiş, kadınların %7,9'u yetersiz, %23,5'i sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisindedir (79).

Şensoy ve Alagöz Ekti'nin 2020'de, 18-65 yaş 300 kişide Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni kullanarak yaptıkları çalışmada kadınların (n=159) sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı $30,57 \pm 8,11$ olup, kadınların %23,9'u yetersiz ve %39,6'si sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisindedir (80).

İşler ve Pamuk'un 2019 yılında 402 bireyde TSOY-32 ölçeği uygulayarak yaptıkları çalışmada kadınların (n=210) sağlık okuryazarlık index ortalaması $29,84 \pm 7,56$ olarak bildirilmiş ve katılımcıların %26,7'si yetersiz, %46,7'si sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık kategorisindedir (81).

Ayaz Alkaya ve Öztürk'ün 18-74 yaş 837 kadında yaptıkları TSOY-32 ölçeğine göre kadınların %45,9'unun yetersiz kategorisinde, %30,6'sının sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisindedir (82). Çalışmamızda sağlık okuryazarlık düzeyinin diğer çalışmalara göre daha düşük olmasına çalışmamızda çocuk istemi olmayan 40-44 yaş grubu kadınların sayısının fazla olması etki etmiş olabilir. Ayrıca literatürde cinsiyetin sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu ve kadınlarda sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğuna dair çalışmalar vardır.

Çalışmamızda 45 yaş ve üzeri olan katılımcıların ve eşin yaşı 50'den büyük olanların sağlık okuryazarlığı daha düşük saptandı. Tanrıöver ve ark.'nın çalışmasında ve Şen Uğur ve Erbay Dünder'in çalışmasında 65 yaş üzeri bireylerde sağlık okuryazarlığı daha düşük bulunmuştur (23,75). Şensoy ve Alagöz Ekti'nin, İşler ve Pamuk'un, Doğan ve Koçak'ın çalışmalarında yaş arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi daha düşük olarak bildirilmiştir (76,80,81). Berens ve ark.'nın 2014 yılında, Almanya'da 1946 kişi üzerinde HLS-E-Q47 ölçeğini uygulayarak yaptıkları çalışmada yaş arttıkça, yetersiz ve sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlığının daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir (27). Coman ve ark.'nın Romanya'nın Kuzey-Batı Bölgesi'nde 2019 yılında, 1.622 katılımcı üzerinde HLS-EU-Q16 anketi uygulanarak yapılan çalışmada yaşlıların daha düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını bildirmişlerdir (83). Kepenek ve Akbıyık'ın 2020'de 18-65 yaş 753 katılımcı üzerinde TSOY-32 ölçeğini uygulayarak yaptıkları çalışmada, Akpınar ve Arıca'nın çalışmasında yaşı ileri olan bireylerde yetersiz-sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığını bildirmişlerdir (84,85). Yaş artışıyla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyindeki azalma, yaşa bağlı bilişsel fonksiyonların azalmasına ve unutkanlığa bağlı olabilir. Ayrıca bu yaş grubunun eğitim düzeyinin düşük olması da etki etmiş olabilir.

Çuhadar ve Sağlam'ın, Akpınar ve Arıca'nın, Yılmazel'in 3. Basamak hastanede 519 kadın üzerinde sağlık okuryazarlığı ve mamografi farkındalığını ve taramasını inceledikleri REALM ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde, ev hanımlarının sağlık okuryazarlık düzeyinin daha düşük olarak bildirilmiştir (78,85,86). Ev hanımlarında sağlık okuryazarlığının düşük olması kadınların eğitim düzeylerinin düşük olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda 4250 TL (asgari ücret) altında geliri olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı daha düşük saptandı. Kepenek ve Akbıyık'ın çalışmasında ve Şen Uğur ve Erbay Dünder'in çalışmasında geliri giderinden az olanlarda sağlık okuryazarlığı düşük bildirilmiştir (75,84). Banfai Csonka ve ark.'nın 2019 yılında Macaristan'da 141 katılımcı üzerinde HLS-EU-Q47 ölçeğini uygulayarak yaptıkları çalışmada, Shayakhmetov ve ark.'nın Kazakistan'ın Almatı bölgesindeki kırsal yerleşim yerlerinde, 18-76 yaşları arasındaki 1665 katılımcı üzerinde uyarlanmış HLS-EU-Q47

ölçeği uygulayarak yaptıkları çalışmada , Şensoy ve Alagöz Ekti çalışmasında gelir düzeyi düşük olanların daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu bildirmiştir (80,87,88). Maricic ve ark.'nın çalışmasında fakir olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini daha düşük olarak bildirmiştir (77). Garcia Codina ve ark.'nın 2433 kişi üzerinde HLS-EU-Q16 ölçeğini kullanarak sağlık okuryazarlığının belirleyicilerini ölçtükleri çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olanların sağlık okuryazarlık düzeylerini daha düşük olarak bildirmiştir (89). Gelir düzeyi düşük olanların sağlık imkanlarına erişimleri ve sağlıkla ilgili bilgi alabilecekleri kaynakları kısıtlıdır.

Akpınar ve Arıca'nın çalışmasında, Şen Uğur ve Erbay Dünder'in çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde lise ve üniversite mezunu olanların sağlık okuryazarlığı daha yüksek bildirilmiştir (75,85). Stafford ve ark.'nın 293 kadın üzerinde, REALM-SF ölçeğini kullanarak doğum sonrası sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmasında ve Maricic ve ark.'nın çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olanların sağlık okuryazarlık düzeyinin de yüksek olduğunu bildirmiştir (77,90). İşler ve Pamuk'un, Beyoğlu ve Koçak'ın, Yılmazel'in, Çuhadar ve Sağlam'ın çalışmasında üniversite ve üzeri eğitime sahip olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek bildirilmiştir (78,79,81,86). Kepenek ve Akbıyık'ın, çalışmasında eğitim düzeyi düşük olanlarda yetersiz-sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığını bildirmişlerdir (84). Shayakhmetov ve ark.'nın çalışmasında ve Coman ve ark.'nın, Garcia Codina ve ark.'nın yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi düşük olanların daha düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını bildirmişlerdir (83,88,89). Doğan ve Koçak'ın çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça TSOY- 32'nin ölçekleri ve TSOY-32 alt ölçek puanlarının arttığı bildirilmiştir (76). Bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmaları ve anlamalarının kolaylaşması beklenmektedir.

Çalışmamıza benzer şekilde Şen Uğur ve Erbay Dünder'in çalışmasında eşinin eğitim durumu ilköğretim ve altında olanların sağlık okuryazarlığı düşük bildirilmiştir (75). Kadınların birçok kararı eşleriyle beraber verdiği göz önüne alındığında kadının kendi eğitim düzeyi kadar etkileşimde bulunduğu eşinin eğitim düzeyi de sağlıkla ilgili bilgi ve kararlarında etkili olması beklenen bir sonuçtur.

Maricic ve ark.'nın, Stafford ve ark.'nın , Beyoğlu ve Koçak'ın, Yılmazel'in, Şen Uğur ve Erbay Dünder'in, Ayaz Alkaya ve Öztürk'ün çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde, çalışan kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerini daha yüksek bildirmiştir (75,77,79,82,86,90). Çalışan kadınların bireylerle ve toplumla etkileşimi daha fazla olduğu için sağlık okuryazarlığının temel yapıtaşlarından olan kültür ve bireyin sosyal bağlamı sağlık okuryazarlığını etkilemektedir.

Çalışmamızda sosyal güvencesi olanların sağlık okuryazarlığı daha yüksek saptandı. Şen Uğur ve Erbay Dünder'in, Ayaz Alkaya ve Öztürk'ün çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde sosyal güvencesi olanların sağlık okuryazarlığı daha yüksek bildirilmiştir (75,82). Doğan ve Koçak'ın çalışmasında sağlık güvencesi olmayanların TSOY-32 toplam ölçek puanları daha yüksek olduğu bildirilmiştir (76). Doğan ve Koçak'ın çalışmasındaki bu farklılık sosyal güvencenin alt gruplarıyla, yeşil kart sahiplerinin ayrı bir grup olarak değerlendirilmesinden ve yeşil kartlıların gelir düzeyinin kötü olmasından kaynaklanmış olabilir. Sosyal güvence kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmakta bu da kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanımını ve sağlık okuryazarlığını arttırmaktadır.

Çalışmamızda katılımcının kronik hastalığı ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Akpınar ve Arıca'nın çalışmasında, Şen Uğur ve Erbay Dünder'in çalışmasında kronik hastalığı olmayanların sağlık okuryazarlığı daha yüksek bildirilmiştir (75,85). Bu durum kronik hastalığı olmayanların yaşlarının daha küçük ve eğitim seviyesinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Beyoğlu ve Koçak'ın, Şen Uğur ve Erbay Dünder'in çalışmasında sonuç çalışmamıza benzer şekilde aile tipi ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel anlamlı farklılık belirtilmemiştir (75,79).

Çalışmamızda sosyal güvencesi olanların modern kontraseptif yöntem kullanımı daha yüksek saptandı. Apanga ve ark.'nın 2013-2018 yılları arasında 20 Afrika ülkesinin UNICEF liderliğinde düzenlenen ulusal anketlerini kullanarak 15-49 yaş 1.177.459 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, Kalak ve Aydın'ın çalışmasında etkili yöntem kullanımı ile sosyal güvence durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bildirilmemiştir (62,91). Nketiah-Amponsah ve ark.'nın 2014 yılında

Gana’da, modern yöntem kullanımının sosyoekonomik belirleyicileri üzerine yaptıkları çalışmada, kırsal kesimde yaşayan ve sağlık sigortası olan kadınların modern yöntemi daha az kullandıkları bildirilmiştir. Nketiah-Amponsah ve ark.’nın çalışmasındaki bu farklılık sigorta sisteminin hamile kadınlar için ücret muafiyetleri sağlaması, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin kapsamı, fakat doğum kontrol yöntemlerini kapsamamasından kaynaklanmış olabileceği bildirilmiştir (92). Sosyal güvencesi olan kadınlar ihtiyacı olduğunda sağlık sistemine daha kolay başvurmakta ve bilgi almaktadır.

Çalışmamızda eşi ilkökul mezunu olan katılımcıların modern yöntemi daha çok tercih ettiği saptandı. Çalıkoğlu ve ark.’nın çalışmasında kadınların eşi üniversite mezunu olanlarda modern yöntem kullanma sıklığı daha yüksek bildirilmiştir (53). Zegeye ve ark.’larının çalışmasında kadınların eşlerinin eğitim düzeyi yüksek olanların daha sık modern yöntem kullandığı bildirilmiştir (65). Geltore ve Lakew’in 2021 yılında, Etiyopya’da, 366 evli erkek arasında modern kontraseptif kullanımının yaygınlığını inceledikleri çalışmada, ilkökul ve ortaöğretim mezunu olan erkekler modern yöntemi daha az sıklıkta kullandıklarını bildirmişlerdir (93). Kassim ve Ndumbaro’nun çalışmasında kadınlar aile planlaması okuryazarlığı hakkındaki yetersizliklerini kendilerinin ve eşlerinin eğitim seviyelerinin düşük olmasına bağladığını bildirmişlerdir (71). Kura ve ark.’nın Papua Gine’de 222 erkek üzerinde erkeklerin cinsel üreme sağlığına katılımı üzerine yaptıkları çalışmada erkeklerin okuryazarlık durumu ile eşlerinin aile planlaması yöntemi kullanması arasında güçlü bir ilişki bildirilmiştir (94). Çalışmamızdaki bu farklılık yaşı ileri olan bireylerin eşlerinin de ilkökul mezunu olmasından ve yaşı ilerlemesiyle garanti yöntem ihtiyacının artmasından kaynaklı olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda üç doğum yapan katılımcıların modern yöntemi daha çok tercih ettiği saptandı. Çalıkoğlu ve ark.’nın çalışmasında yöntem kullanan kadınların canlı doğum sayılarına göre modern ya da geleneksel yöntemi kullanma durumlarına bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark bildirilmemiştir (53). Oltuluoğlu ve Başer’in çalışmasında gebeliği ve doğum sayısı 1-3 olan kadınların daha çok modern yöntem tercih ettiği bildirilmiştir (55). Bu sonuçların kadınların ideal olduğunu düşündükleri çocuk sayısına ulaştıkça daha çok modern yöntemlere yönelmesinden kaynaklı olabileceği düşünüldü.

Kamal'ın çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde yaşayan çocuk sayısı 2 ve 3 olan katılımcıların modern yöntemi daha çok tercih ettiği bildirilmiştir (56). TNSA 2018 verilerine göre yaşayan çocuk sayısının artmasıyla modern yöntem kullanımı artmaktadır (32). Oltuluoğlu ve Başer'in çalışmasında çocuk sayısı 1-3 olan kadınların daha çok modern yöntem tercih ettiği bildirilmiştir (55). Kalak ve Aydın'ın çalışmasında yaşayan çocuk sayısı ile anlamlı farklılık bildirilmemiştir (62). Zegeye ve ark'larının çalışmasında 5 ve üzerinde çocuğu olan kadınların daha sık modern yöntem kullandığını bildirmiştir (65). Geltore ve Lakew'in çalışmasında yaşayan 3-4 çocuğu olanların daha çok modern yöntem tercih ettiği bildirilmiştir (93). Shah ve ark.'nın Pakistanda, reproduktif çağdaki 250 kadın üzerinde, modern doğum kontrol yöntemlerinin kadınlar tarafından benimsenmesini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmasında çocuk sayısının modern aile planlaması yöntemlerinin seçimiyle pozitif ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (95). Yeterli sayıda çocuğa sahip olduğunu düşünen çiftlerin etkili yöntemler seçmesi beklenmektedir.

Aile planlaması danışmanlığı alan katılımcıların modern yöntemi daha çok tercih ettiği saptandı. Puri ve ark.'nın doğum sonrası dönemde aile planlaması danışmanlığı verilmesinin kadınlarda karşılanmamış modern kontraseptif yöntem ihtiyacına etkisinin incelendiği çalışmada aile planlaması danışmanlığı alan kadınların karşılanmamış modern kontraseptif yöntem ihtiyacının azaldığını bildirmiştir (96). Kim ve ark.'nın 2019 yılında 19.671 Senegalli kadında aile planlaması kullanımında sağlık okuryazarlığının rolünü inceledikleri çalışmada sağlık sistemine erişim, aile planlaması kullanımı ile ilişkilendirilmiş ve son bir yıl içinde bir sağlık kuruluşunu ziyaret eden kadınların daha fazla modern aile planlaması yöntemlerini tercih ettiği bildirmişlerdir (7). Harrington ve ark.'nın Pasifik ada ülkeleri ve bölgelerinde aile planlamasını inceledikleri sistematik derlemede aile planlaması eğitiminin kontraseptif kullanımını olumlu etkilediği gösterilmiştir (97). Wulifan ve ark.'nın sağlık personeli tarafından aile planlaması ile ilgili eğitilme durumuyla modern yöntem kullanması arasında anlamlı ilişki bildirilmemiştir (63). Aile planlamasıyla ilgili bilgi alan katılımcıların modern yöntem konusunda bilgisinin artması, seçeneklerinin de artmasıyla daha etkili yöntemlere yönelmesi beklenen bir sonuçtur.

Çocuk istemi olmayan katılımcıların modern yöntemi daha çok tercih ettiği saptandı. Zegeye ve ark'larının, Tekelab ve ark.'nın çalışmasında çocuk istemi

olmayan kadınların daha sık modern yöntem kullandığını bildirmiştir (65,67). Kassim ve Ndumbaro'nun çalışmasında kadınlar çok çocuk sahibi olmanın aile ekonomisini bozabileceği düşündüklerinden, daha az çocuk sahibi olmayı istediklerini ve aile planlaması yöntemlerine yöneldiklerini bildirmişlerdir (71). Çalışmamızda katılımcıların büyük bir kısmı başka çocuk sahibi olmayı istemediğinden garanti olan modern yöntemlere yönelmesi beklenmektedir.

Çalışmamızda modern ve geleneksel aile planlaması yöntem tercihi ile sağlık okuryazarlığı karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Kim ve ark.'nın çalışmasında artan sağlık okuryazarlığının, üreme sağlığı mesajlarına ilişkin bilgiyi ve maruziyeti arttırması nedeniyle, modern yöntemlerin kullanımının önemli bir yordayıcısı olduğu bildirilmiştir (7). Yee ve Simon'un Chicago merkezde yaşayan 30 kadın üzerinde doğum kontrol yöntemlerine karar vermede sağlık okuryazarlığı ve sayısal bilginin rolünü inceledikleri REALM-7 ölçeğini kullandıkları çalışmada, düşük aritmetik ve okuryazarlık puanları sergileyen kadınların, kontrasepsiyon konusunda daha az bilgiye sahip olduklarını ve kontrasepsiyon yöntemlerini kullanma da daha fazla zorluk yaşadıklarını bildirmişlerdir (5). Gazmararian ve ark.'nın düşük gelirli kadınlarda aile planlaması bilgilerini ve sağlık okuryazarlığını inceledikleri 19-49 yaş 406 kadında S-TOFHLA ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada, mevcut kullanılan kontraseptif yöntem ile sağlık okuryazarlığının ilişkisi anlamsız olarak bildirilmiştir (98). Stafford ve ark.'nın çalışmasında, sağlık okuryazarlık düzeyine göre genel kontraseptif kullanımı ve postpartum etkili kontraseptif yöntem kullanma niyetinde bir farklılık bildirilmemiştir (90). Literatürde gebe, emziren ve postpartum kadınlarda sağlık okuryazarlığını ölçen çalışmalar mevcuttur (99). 15-49 yaş kadınlarda sağlık okuryazarlığının kontraseptif yöntem kullanımıyla ilişkisine dair çalışma sayısı oldukça azdır. Çalışmamızdaki bu farklılık sağlık okuryazarlığı yüksek olan grupta yeterli sayıda kadın olmamasından, başka çocuk istememesine rağmen kadınların tüm yöntemler içinde en sık geri çekmeyi tercih etmesinden ve TSOY-32 ölçeği genel okuryazarlığı ölçmeye yönelik olup kontraseptif yöntem bilgi ve kullanımına özgü bir ölçek olmamasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda kadınların eğitim düzeyiyle modern ya da geleneksel yöntem seçimi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalikoğlu ve ark.'nın çalışmasında eğitim düzeyi üniversite olan kadınların modern yöntemi kullanma sıklığı daha

yüksekti (53). Oltuluoğlu ve Başer'in çalışmasında modern aile planlaması yöntemlerini eğitilmiş çiftler daha çok tercih ettiği bildirilmiştir (55). Daniels ve Abma'nın raporunda mevcut kontraseptif kullanımının eğitime göre anlamlı farklılık göstermediği bildirilmiştir (64). Zegeye ve ark'larının çalışmasında kadınların eğitim düzeyi arttıkça modern yöntem kullanımının arttığını bildirmiştir (65). Kamal'ın çalışmasında ilkokul mezunu olan kadınlarda modern yöntem kullanımı daha sık olduğu, kadınların eğitim düzeyi arttıkça geleneksel yöntem kullanımının arttığı bildirilmiştir (56). Tekelab ve ark'nın çalışmasında ortaokul ve üzeri eğitime sahip olanların daha sık modern yöntem kullandığını bildirmişlerdir (67). Kassim ve Ndumbaro'nun çalışmasında en az ilkokul mezunu olan kadınların, okuryazar olmayanlara göre okumanın ve eğitimin aile planlaması yöntemlerini bilmelerini sağladığını bildirmişlerdir (71). Apanga ve ark.'nın çalışmasında örgün eğitim almış kadınların, almayanlara göre daha sık modern yöntem kullandığını bildirmişlerdir (91). Eğitim temel düzeyde kontraseptif bilgiye ulaşmayı kolaylaştırmaktadır.

Kalak ve Aydın'ın çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde kadının yaş grupları, çalışma durumu ile etkili yöntem kullanımı arasında anlamlı farklılık bildirilmemiştir (62). Çalıkoğlu ve ark.'nın çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde, eşin çalışma durumuyla modern ya da geleneksel yöntem seçimi arasında anlamlı farklılık bildirilmemiştir (53). Oltuluoğlu ve Başer'in çalışmasında genç yaş grubunda olan kadınların daha çok modern yöntem tercih ettiği bildirilmiştir (55). Daniels ve Abma'nın raporunda mevcut kontraseptif kullanımı yaşla arttığı bildirilmiştir (64). Zegeye ve ark'larının çalışmasında 45-49 yaş grubundaki kadınların daha sık modern yöntem kullandığını bildirmiştir (65). Kamal'ın Bangladeş'te çalışmasında genç, orta yaşlı ve çalışmayan kadınların modern yöntem daha sık kullandığını bildirmiştir (56). Tekelab ve ark'nın, Apanga ve ark.'nın çalışmasında 25-34 yaş grubu kadınların daha sık modern yöntem kullandığını bildirmişlerdir (67,91). Shah ve ark.'nın çalışmasında kadının yaşının modern aile planlaması yöntemlerinin seçimiyle pozitif ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (95).

Çalışmamızda katılımcının mesleğinin modern ya da geleneksel yöntem seçiminde bir etkisinin olmadığı saptandı. Oltuluoğlu ve Başer'in çalışmasında memur olan kadınların daha çok modern yöntem tercih ettiği bildirilmiştir (55).

Oltuluoğlu ve Başer'in çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde, gelir düzeyi, aile yapısı ve istemsiz gebeliklerin modern ya da geleneksel yöntem seçiminde bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (55). Wulifan ve ark.'nın ailenin sosyoekonomik düzeyi iyi olanların daha sık modern yöntem kullandığı bildirilmiştir (63). Zegeye ve ark'larının, Apanga ve ark.'nın çalışmasında zengin ve sosyoekonomik düzeyi iyi olan kadınların daha sık modern yöntem kullandığını bildirmiştir (65,91). Kamal'ın çalışmasında modern yöntemin kullanım oranı yoksullar arasında en yüksekti (56). Kassim ve Ndumbaro'nun çalışmasında kadınların ailenin gelirin az olmasının, çok çocuklu ailenin ekonomik sıkıntılar nedeniyle çocuklara bakımının zorlaşması, istenmeyen gebelikleri önlemek ve yönetilebilir aile boyutuna sahip olmak için aile planlaması kullanımına ittiğini bildirmişlerdir (71).

Çalışmamızda katılımcının çocuğunun cinsiyet tercihinin ile modern ya da geleneksel yöntem seçiminde bir etkisinin olmadığı saptandı. Wulifan ve ark.'nın çalışmasında kadınların erkek çocuğa sahip olanların daha sık daha sık modern yöntem kullandığı bildirilmiştir (63).

Çalışmamızda katılımcının sahip olmayı planladığı/ ideal çocuk sayısı ile modern ya da geleneksel yöntem seçiminde bir etkisinin olmadığı saptandı. Zegeye ve ark'larının çalışmasında ideal çocuk sayısı 2 olan kadınların daha sık modern yöntem kullandığını bildirmiştir (65).

5.1. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Çalışmanın Güçlü Yanları

Çalışmamız Afyonkarahisar'da sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve 15-49 yaş kadınların kontrasepsiyon tercihleriyle ilgili veriler elde etmeye yönelik saha araştırmasıdır. Tanımlayıcı yönü ile ülkemizdeki sağlık okuryazarlığı seviyesi, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve 15-49 yaş kadınların aile planlamasına yönelik tercihleri ve etkileyen faktörler ile ilgili literatüre katkı sağlayacaktır. Bu araştırmanın sonucu koruyucu hekimliğin ön planda olduğu birinci basamakta aile planlaması danışmanlığı ve eğitim ihtiyacı konusunda sağlık personeline yol gösterici olacaktır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Araştırma il merkezinde yer alan üç aile sağlığı merkezine başvuran 15-49 yaş kadınlara yapıldığı için tüm evrene genellenemez. Çalışmamız anket çalışması olduğu için katılımcıların hatırlama durumu sınırlılık oluşturmaktadır. Çalışmamızda kullanılan TSOY-32 ölçeği genel okuryazarlığı ölçmeye yönelik olup kontraseptif yöntem bilgi ve kullanımına yönelik yeni ölçeklere ihtiyaç vardır.

Aile planlaması danışmanlığı alan kadınlara hangi yöntem önerildiği ve kadınların önerilen yöntemlere uyumla ilgili hangi konularda sorun yaşadığı ile ilgili yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.



6. SONUÇLAR

Afyonkarahisar il merkezinde yer alan aile sağığı merkezlerine başvuran 15-49 yaş kadın hastaların sağığı okuryazarlık düzeyi ve aile planlamasına ilişkin tercihlerinin belirlenmesi için yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- 1) Katılımcıların yaş ortalaması $36,6 \pm 7,2$ olarak bulundu.
- 2) Katılımcıların %44,9'u (n=202) ilkokul mezunu, %80,4'ü (n=362) ev hanımı, %66,9'u (n=301) çalışmamakta, %56,9'unun (n=256) ailesinin geliri 4250 TL ve altında, %41,8'i (n=188) gelir düzeyini kötü olarak tanımlamış, %88'inin (n=396) sosyal güvencesi var, %82,7'si (n=372) çekirdek ailesiyle yaşamakta, %37,4'ü (n=168) 5 ve üzeri kardeşe sahip %85,6'sı (n=385) hiç sigara kullanmamış, %67,3'ünün (n=303) herhangi bir kronik hastalığı yoktur.
- 3) Katılımcıların evlilik süresi ortalaması $16,03 \pm 8,1$ yıl, ortalama ilk evlilik yaşı $20,10 \pm 3,43$, ilk gebelik yaşı $21,30 \pm 4,0$, ilk doğum yaşı $22,27 \pm 4,13$ 'dir. Katılımcılara göre ideal gebelik yaşı ortalaması $23,62 \pm 2,57$ 'dir.
- 4) Katılımcıların ortalama gebelik sayısı $3,11 \pm 1,55$, doğum sayısı $2,54 \pm 1,03$, düşük sayısı $1,61 \pm 0,99$, yaşayan çocuk sayısı $2,48 \pm 0,98$ 'dir. Katılımcıların %28'i (n=126) 2 kez gebe kalmış, %39,1'i (n=176) 2 kez doğum yapmış, %59,1'i (n=91) 1 kez düşük yapmış, %40,5'inin (n=182) yaşayan 2 çocuğı vardır. Katılımcıların planladığı/istediğı ortalama çocuk sayısı $2,52 \pm 0,86$ olup, %50,9'u (n=228) 2 çocuk planlamaktadır. İki ve üzerinde doğum yapan katılımcıların son iki doğumu arasındaki süre ortalaması $57,53 \pm 35,90$ aydır.
- 5) Katılımcıların eşlerin yaş ortalaması $40,35 \pm 8,06$, %31,3'ü (n=141) ilkokul mezunu, %53,6'sı (n=241) işçi, %94,7'si (n=426) çalışmakta, kardeş sayısı ortalaması $4,03 \pm 1,73$, evlenme yaş ortalaması $24,04 \pm 4,18$ ve %79,6'sının (n=358) herhangi bir kronik hastalığı yoktur.
- 6) Katılımcıların %54,2'si (n=244) aile planlamasının tanımını bilmekte, %92,7'si (n=417) halen çocuk istemediğı için gebelikten korunmakta, %88,4'ü (n=398) yeterli çocuğı sahip olduğunu düşünmekte ve başka çocuk istememekte, planladığı çocuk sayısı ortalaması $2,52 \pm 0,86$, %58,9'unun (n=265) herhangi bir cinsiyet tercihi bulunmamaktadır.

- 7) Katılımcıların %69,1'i (n=311) son gebeliğinin planlı, %63,3'ü (n=285) tüm gebeliklerinin planlıdır. İstenmeyen gebeliğe sahip olan katılımcıların %72,1'i (n=119) 1 kez istenmeyen gebelik geçirmiş, %75,8' i (n=125) istenmeyen gebeliği sırasında yöntem kullanmış, %16,9'u (n=76) geri çekme yöntemini kullanırken gebe kalmıştır. İstenmeyen gebeliklerin %28'i (n=126) doğumla sonuçlanmıştır.
- 8) Katılımcıların bildiği ortalama toplam yöntem sayısı $6,99 \pm 1,60$, modern yöntem sayısı $4,77 \pm 1,02$, geleneksel yöntem sayısı $2,22 \pm 0,82$ 'dir. Katılımcıların bildiği en sık yöntem RİA ve tüp ligasyonudur. Katılımcılar %58,7 (n=264) ile modern yöntem kullanmaktadır. Tüm yöntemler içinde katılımcılar en sık %43,4 (n=195) ile geri çekmeyi tercih etmektedir.
- 9) Katılımcıların yöntem tercih nedenleri; tüp ligasyonunda %84,5'i (n=49) güvenilir olması, prezervatif %43,8'i (n=50) kullanımı ve ulaşımının kolay olması, RİA %50'si (n=36) güvenilir olması, geri çekme kullananların %36,4'ü (n=71) kullanımı kolay olduğu için tercih etmektedir.
- 10) Katılımcıların mevcut kullandığı yöntem ile ilgili sorun yaşayanların oranı %14,4 (n=65), en sık bildirilen sorun %5,8 (n=26) ile güvenilir olmamasıdır. Sorun yaşamalarına rağmen %69,2'si (n=45) mevcut kullandığı yöntemi değiştirmeyi düşünmemektedir. Katılımcıların %97,6'sı (n=439) kullandığı aile planlaması yönteminin eşiyle cinsel ilişkisini etkilemediğini ifade etmiştir.
- 11) Katılımcıların mevcut kullandığı yöntemi öneren kişi %52,5 (n=236) ile eşi önermiştir. Katılımcılar yöntemin seçimine %86,2 (n=388) ile eşiyle ortak karar verdiklerini ifade etmişlerdir.
- 12) Katılımcıların %59,6'sı (n=268) daha önce bir aile planlaması yöntemi kullanmış, %68,3'ü (n=307) modern yöntem, modern yöntemler içinde de %28,2'si (n=127) OKS kullanmıştır. Modern yöntemlerden en uzun süre kullanılmış olanı RİA'dır. Geleneksel yöntemlerden en uzun süre kullanılmış olanı geri çekme yöntemidir. Katılımcılardan geçmişte kullandıkları yöntemi en sık bırakma nedeni OKS kullananlarda %41,7 (n=53) ile yan etki, RİA kullananlarda %47,8 (n=45) yan etki, geri çekme kullananlarda %86,5 (n=51) güvenilir olmaması, prezervatif kullananlarda %58,5 (n=24) eşin istememesi, enjeksiyon kullananlarda %64,4 ile yan etkidir.

- 13) Katılımcıların %57,5'i (n=259) OKS'lerin kilo artırması nedeniyle endişelenmekte, %59,6'sı (n=268) OKS'lerin faydasını bilmemekte, %12,4'ü (n=56) OKS kullanımı sırasında herhangi bir yan etki yaşamamıştır. Yan etki görenlerin en sık bildirdiği yan etki %6,9 (n=31) kilo artışıdır.
- 14) Katılımcıların %92'si (n=414) acil kontraseptif yöntemle ihtiyaç duymamıştır.
- 15) Katılımcıların %91'i (n=410) modern yöntemlere, modern yöntemlerden de %35,1 (n=158) tüp ligasyonuna güvenmektedir. Katılımcıların %71,8'i (n=323) gebelikten korunma yöntemlerine daha kolay ulaşsa bile başka bir yöntemle geçmeyi düşünmemektedir. Yöntem değiştirmeyi planlayan katılımcıların %28,5'i (n=128) modern yöntemle geçmeyi düşünmekte, %13,3'ü (n=60) tüp ligasyonuna geçişi planlamaktadır.
- 16) Katılımcıların %63,3'ü (n=285) son bir yılda 15-49 yaş izlemi yaptırmamıştır. İzlem yaptıranların %86,7'si (n=143) 1 kez izlem yaptırmıştır. Katılımcıların %53,6'sı (n=241) aile planlaması danışmanlığı almış, %78'i (n=188) danışmanlığı eşiyle beraber almamıştır. Danışmanlık almayan katılımcıların %66'sı (n=138) aile planlaması danışmanlığı almak istemektedir.
- 17) Katılımcıların %64,7'si (n=291) sağlık durumunu iyi olarak algılamaktadır.
- 18) Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden aldıkları ortalama genel index puanı $24,61 \pm 8,03$, tedavi ve hizmet alt boyutunda $27,42 \pm 8,21$, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda $21,80 \pm 8,70$ 'tir. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi %49,3'ü (n=222) yetersiz, %37,6'sı (n=169) sorunlu sınırlı, %12,4'ü (n=56) yeterli, %0,7(n=3) mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde bulundu.
- 19) 45 yaş üzeri, ilkokul mezunu olan, ev hanımı olan, gelir düzeyi 4250 TL (asgari ücret) ve altı olan, çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan, yöntem seçiminin erkeğin isteği doğrultusunda olması gerektiğini düşünen, eşin yaşı 50 yaş ve üzeri, eşi ilkokul mezunu olanlarda yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi daha sık görüldü.
- 20) Sosyal güvencesi olan, üç doğum yapan, yaşayan çocuk sayısı iki ve üç olan, çocuk istemi olmayan, aile planlaması danışmanlığı alan, eşi ilkokul mezunu olan katılımcıların modern yöntemi daha çok tercih ettiği saptandı.
- 21) Çalışmamızda modern ve geleneksel aile planlaması yöntem tercihi ile sağlık okuryazarlığı karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı.

7. ÖNERİLER

- 1) Kadın sağığı çocuk sağığını da etkilediğı için kadınlara yönelik aile planlaması hizmetleri ve sağıık okuryazarlığını arttırmak için gerekli eylemler, disiplinler arası bir yol izlenerek, hükümet ve sağıık sunucuları, sağıık okuryazarlığını bireylerin hakkı olarak gören politikalar benimsenmeli ve gerekli bütçe ayrılmalıdır. Bu politika ve eylemlerin sonuçlarında elde edilen bulgular paylaşılmalı ve ilerlemeler izlenebilir olmalıdır.
- 2) Bireylere sunulan sağıık eğitimi ile yaşam boyu öğrenme hedeflenmeli çocukluktan itibaren tüm yaşlarda toplumun sağıık bilincini ve sağıık okuryazarlık düzeyini artırmaları oldukça önemlidir.
- 3) İstenmeyen gebeliklerin toplum, aile ve kadın üzerindeki psikososyal ve ekonomik yükünü azaltmak için kadınlar, modern aile planlaması konusundaki endişelerini azaltacak şekilde bilgilendirilmeli, yöntem başarısızlığını azaltmak ve bırakmanın önüne geçmek için karşılaşılabileceğı yan etkilere çözüm önerilmeli, yeni yönteme başlayanlar belli aralıklarla takibe çağırılarak yan etkiler açısından sorgulanmalı ve modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımı teşvik edilmelidir.
- 4) Birinci basamakta aile planlaması danışmanlık hizmetlerine daha fazla önem verilmelidir. Kadınların aile planlaması ihtiyacı tüm başvurularında özellikle de evlilik öncesi, postpartum ve düşükler sonrasında sorgulanmalıdır. Kadınlar aile planlaması yöntemine eşleriyle ortak karar verdiklerinden dolayı danışmanlık hizmeti eşleriyle beraber, bireyin sağıık okuryazarlık düzeyine gözetilerek bilgilendirme yapılmalıdır.
- 5) Modern yöntemlerin devlet güvencesinde olması ve kadınların daha kolay ulaşabilmesi için sigorta geri ödeme kapsamına alınmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. United Nations Department Of Economic And Social Affairs Pd. World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating Action To Ensure Universal Access To Family Planning. New York; 2020. 1–3 p. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org/development/desa/pd/files/documents/2020/Sep/unpd_2020_worldfamilyplanning_highlights.pdf Erişim Tarihi: 09.01.2022
2. World Health Organization. World Health Statistics 2021: Monitoring Health For The Sdgs, Sustainable Development Goals. Genava; 2021. 49 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342703> Erişim Tarihi: 12.01.2022
3. Demir C, Tıraş B, Gökmen O, Dilbaz B, Yeniel Ö. Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu. İtil İm, Editor. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği; 2012. 9–11 p.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye; 2014. 75–91 p. <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/23339> Erişim Tarihi: 12.01.2022
5. Yee LM, Simon MA. The Role Of Health Literacy And Numeracy İn Contraceptive Decision-Making For Urban Chicago Women. J Community Health. 2014;39(2):394–9.
6. Liddelow C, Mullan B, Boyes M. Adherence To The Oral Contraceptive Pill: The Roles Of Health Literacy And Knowledge. Heal Psychol Behav Med. 2020;8(1):587–600.
7. Kim TY, Haider M, Hancock Gr, Boudreaux MH. The Role Of Health Literacy İn Family Planning Use Among Senegalese Women. J Health Commun. 2019;24(3):244–61.
8. World Health Organization Regional Office For Europe. Health Literacy The Solid Facts. Kickbusch I, M. Pj, Apfel F, Tsouros Da, Editors. 2013. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf?sequence=1&isallowed=Y> Erişim Tarihi: 18.01.2022
9. Committee On Health Literacy Board On Neuroscience And Behavioral Health Institute Of Medicine. Health Literacy: A Prescription To End Confusion. Nielsen-Bohlman L, Panzer Am, Kindig Da, Editors. Washington, D.C; 2004. <https://nap.nationalacademies.org/catalog/10883/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion> Erişim Tarihi: 22.01.2022
10. Health Promotion Glossary. World Health Organization. Genava; 1998. <https://www.who.int/publications/i/item/who-hpr-hep-98.1> Erişim Tarihi: 12.01.2022
11. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Et Al. Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And İntegration Of Definitions And Models. BMC Public Health. 2012;12(1):3–11.
12. Nutbeam D. Health Literacy As A Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education And Communication Strategies Into The 21st

Century. Health Promot Int. 2000;15(3):259–67.

13. Parker RM, Baker DW, Willia MV, Nurss JR. The Test Of Functional Health Literacy İn Adults: A New Instrument For Measuring Patients' Literacy Skills. J Gen Intern Med. 1995;10(10):537–41.
14. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship Of Functional Health Literacy To Patients' Knowledge Of Their Chronic Disease: A Study Of Patients With Hypertension And Diabetes. Arch Intern Med. 1998;158(2):166–72.
15. Ad Hoc Committee On Health Literacy For The Council On Scientific Affairs Ama. Health Literacy: Report Of The Council On Scientific Affairs. Jama. 1999;281(15):552–7.
16. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health Literacy And The Risk Of Hospital Admission. J Gen Intern Med. 1998;13(12):791–8.
17. Safeer RS, Keenan J. Health Literacy: The Gap Between Physicians And Patients. Am Fam Physician. 2005;72(3):463–8.
18. Brez SM, Taylor M. Assessing Literacy For Patient Teaching: Perspectives Of Adults With Low Literacy Skills. J Adv Nurs. 1997;25(5):1040–7.
19. Copurlar C, Kartal M. What İs Health Literacy? How To Measure İt? Why İs İt İmportant? Turkish J Fam Med Prim Care. 2016;10(1):45–6.
20. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Et Al. Health Literacy İn Europe: Comparative Results Of The European Health Literacy Survey (Hls-Eu). Eur J Public Health. 2015;25(6):1054–5.
21. Abacıgil F, Harlak H, Okyay P, Kiraz DE, Turan SG, Saruhan G, Et Al. Validity And Reliability Of The Turkish Version Of The European Health Literacy Survey Questionnaire. Health Promot Int. 2019;34(4):658–67.
22. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. 1st Ed. Okyay P, Abacıgil F, Editors. Ankara; 2016. 57–79 P. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/Avrupa-Saglik-Okuryazarligi-Olcegi-Toad.pdf> Erişim Tarihi: 14.02.2022
23. Tanrıöver Durusu M, Yıldırım HH, Ready Demiray FN, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sos Hizmet Çalışanları Sendikası Sağlık-Sen Yayınları-25, Ankara. 2014;14–26.
24. Okyay P, Abacıgil F. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi. Sağlık Okuryazarlığı 1 Baskı Ankara Türkiye Klin. 2019;11–4.
25. Baker DW. The Meaning And The Measure Of Health Literacy. J Gen Intern Med. 2006;21(8):878–83.
26. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow Mk. Health Literacy Measurement: An Inventory And Descriptive Summary Of 51 Instruments. J Health Commun. 2014;19(February 2015):306–28.
27. Berens EM, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health Literacy Among Different Age Groups İn Germany: Results Of A Cross-Sectional Survey. BMC Public Health. 2016;16(1):1–8.

28. Tc Sağlık Bakanlığı. İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. Akdağ R, Editor. Ankara, Türkiye; 2008. 65–66 p. <https://www.halksagligiokulu.org/kitap/downloadbook/605a34a3-9531-46d6-9e9a-99ca39776f6f> Erişim Tarihi: 15.02.2022
29. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. *Taf Prev Med Bull.* 2016;15(1):69–74.
30. U.S. Department Of Health And Human Services O Of Dp And Hp. National Action Plan To Improve Health Literacy. Washington, D.C.; 2010. 13–48 P.
31. Unfpa Division For Arab States And Europe, Programme, Who Regional Office For Europe Women's And Reproductive Health, Programme Wro For Ew And Rh. Family Planning And Reproductive Health In Central And Eastern Europe And The Newly Independent States. 2000. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/120226/e71193.pdf Erişim Tarihi: 18.02.2022
32. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye; 2019. 84–90 p. http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/23356/2018_tnsa_ozet_rapor.pdf?sequence=1&isallowed=y Erişim Tarihi: 23.02.2022
33. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. Hiv-Aids İstatistik. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids-istatistik.html> Erişim Tarihi: 10.03.2022
34. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. Klamidya İstatistik. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/klamidya/klamidya-liste/klamidya-istatistik.html> Erişim Tarihi: 10.03.2022
35. World Health Organization Department Of Reproductive Health And Research, Johns Hopkins Bloomberg School Of Public Health/Center For Communication Programs K For Hp. Family Planning A Global Handbook For Providers. Baltimore And Geneva; 2018. 1–359 P. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf> Erişim Tarihi: 12.03.2022
36. Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı. Ankara, Türkiye; 2017. 12–160 P.
37. Türkiye İstatistik Kurumu. Dünya Nüfus Günü, 2021. 2021. <https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=dunya-nufus-gunu-2021-37250>
38. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt 2. 4th Ed. Ankara, Türkiye; 2005. 311–600 P. <https://mersinism.saglik.gov.tr/eklenti/11202/0/97836rehber-cilt-2pdf.pdf> Erişim Tarihi: 10.01.2022
39. Sert G. Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı; 2013. 18 P. http://www.ikgv.org/pdf/ureme_haklarinin_yasal_temelleri_ve_etik_degerlendirme.pdf Erişim Tarihi: 11.02.2022

40. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Nüfus Plânlaması Hakkında Kanun. Tc Resmi Gazete. 1965;4–6.
https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/kanunlar_kararlar/kanuntbmmc048/kanuntbmmc048/kanuntbmmc04800557.pdf Erişim Tarihi: 19.01.2022
41. Özcan C, Erdal R. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yaşanılan Süreçler. Smyrna Tıp Derg. 2017;58–62.
42. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Tc Resmi Gazete. 1983;5795–8.
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?mevzuatno=2827&mevzuattur=1&mevzuattip=5> Erişim Tarihi: 25.01.2022
43. Özdemir M. Aile Hekimliğinin Toplumsal Hizmet Kapsamı ve Ağı. Aile Hekim Güncel Yaklaşımlar. 2019;91–6.
44. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye; 2009. 70–93 p.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/tnsa-2008_ana_rapor-tr.pdf. 2008. Erişim Tarihi: 15.03.2022
45. T.C. Kalkınma Bakanlığı. On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) Sağlık Hizmet Kalitesi ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara, Türkiye; 2019. <https://www.sbb.gov.tr/Wp-Content/Uploads/2019/07/Onbirincikalkinmaplani.pdf> Erişim Tarihi: 10.03.2022
46. Oyediran K, Isiugo-Abanihe UC. Husband-Wife Communication And Couple’s Fertility Desires Among The Yoruba Of Nigeria[1]. African Popul Stud. 2002;17(2):61–80.
47. Öner O, Sis Çelik A. Evli Kadınların Doğurganlığa ve Aile Planlamasına Yönelik Tutumları İle Kontraseptif Yöntem Kullanma Niyetleri Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum. 2019.
48. Yazıcı M, Altındağ E. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Demografik Özellikleri İle Kullandıkları Aile Planlaması Yöntem Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi; Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul. 2015.
49. Demet Y. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Arası Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları. Tıpta Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi; Diyarbakır. 2018.
50. Mutlu SN, Yiğit F. Üreme Çağındaki Kadınların Kontraseptif Yöntem Tercihlerine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Gaziantep. 2020.
51. Kassa BG, Tenaw LA, Ayele AD, Tiruneh GA. Prevalence And Determinants Of The Involvement Of Married Men In Family Planning Services In Ethiopia : A Systematic Review And Meta-Analysis. Women’s Heal. 2022;18:10–1.
52. Şahlar TE, Hisar KM. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemini

Değiştirme Nedenleri. J Gen Heal Sci. 2021;3:250–8.

53. Çalikoğlu Eo, Yerli Eb, Kavuncuoğlu D, Yılmaz S, Koşan Z, Aras A. Use Of Family Planning Methods And Influencing Factors Among Women In Erzurum. Med Sci Monit. 2018;24:5027–34.
54. Küçük Gürbüz T, Mevsim V. Dokuz Eylül Üniversitesi 10 No’lu Gaziemir Eğitim Asm’de Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumlarının Doğurganlık Düzeyleri İle İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; İzmir. 2019.
55. Oltuluoğlu H, Başer M. Malatya İl Merkezinde Yaşayan Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Seçme Nedenlerinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2012;19(3):167–74.
56. Kamal Smm. Socioeconomic Factors Associated With Contraceptive Use And Method Choice In Urban Slums Of Bangladesh. Asia-Pacific J Public Heal. 2015;27(2):Np2661–76.
57. Tsehay Ct. Factors Associated With Modern Contraceptive Demands Satisfied Among Currently Married/In-Union Women Of Reproductive Age In Ethiopia: A Multilevel Analysis Of The 2016 Demographic And Health Survey. Bmj Open. 2022;12(2).
58. Karabulutlu Ö, Ersöz B. Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. Cauc J Sci. 2017;4(1):26–44.
59. Temürlenk S, Tokuç B. Edirne Merkez İlçede Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı Durumu. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Edirne. 2019.
60. Aktoprak M, Akın B. Evli Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya. 2012.
61. Arslançan M, Çetin H, Tuna M, Yıldızdal A, Öner C, Şimşek Ee. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 15-49 Yaş Kadınların Acil Kontraseptif Yöntemleri Bilme , Uygulama Durumları ve İlişkili Faktörler. 2020;6(2):2–9.
62. Kalak Ö, Aydın S. Aydın Doğum Evi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kişilerin Aile Planlaması Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının ve Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi; Aydın. 2008.
63. Wulifan Jk, Mazalale J, Jahn A, Hien H, Ilboudo Pc, Meda N, Et Al. Factors Associated With Contraceptive Use Among Women Of Reproductive Age In Rural Districts Of Burkina Faso. J Health Care Poor Underserved. 2017;28(1):228–47.
64. Daniels K, Abma Jc. Current Contraceptive Status Among Women Aged 15–49: United States, 2017–2019. National Center For Health Statistics Nchs. 2020.
65. Zegeye B, Ahinkorah Bo, Idriss-Wheeler D, Olorunsaiye Cz, Adjei Nk, Yaya S. Modern Contraceptive Utilization And Its Associated Factors Among

- Married Women In Senegal: A Multilevel Analysis. *Bmc Public Health*. 2021;21(1):1–13.
66. Zegeye B, Idriss-Wheeler D, Ahinkorah BO, Ameyaw EK, Seidu A-A, Keetile M, Et Al. Individual, Household, And Community-Level Predictors Of Modern Contraceptive Use Among Married Women In Cameroon: A Multilevel Analysis. *Int Health*. 2022;1–12.
67. Tekelab T, Melka AS, Wirtu D. Predictors Of Modern Contraceptive Methods Use Among Married Women Of Reproductive Age Groups In Western Ethiopia: A Community Based Cross-Sectional Study. *Bmc Womens Health*. 2015;15(1):1–8. [Http://Dx.Doi.Org/10.1186/s12905-015-0208-z](http://dx.doi.org/10.1186/s12905-015-0208-z)
68. Yee LM, Katherine CF, King E, Simon MA. What Do Women Want? Experiences Of Low-Income Women With Postpartum Contraception And Contraceptive Counseling. *J Pregnancy Child Heal*. 2015;02(05).
69. Svahn S, Niemeyer Hultstrand J, Tydén T, Ekstrand Ragnar M. Contraception Use And Attitudes: Women's Concerns Regarding Hormonal Contraception And Copper Intrauterine Devices. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2021;0(0):1–6. [Https://Doi.Org/10.1080/13625187.2021.1975267](https://doi.org/10.1080/13625187.2021.1975267)
70. Schrupf LA, Stephens MJ, Nsarko NE, Akosah E, Baumgartner JN, Ohemeng-Dapaah S, Et Al. Side Effect Concerns And Their Impact On Women's Uptake Of Modern Family Planning Methods In Rural Ghana: A Mixed Methods Study. *Bmc Womens Health*. 2020;20(1):1–8.
71. Kassim M, Ndumbaro F. Factors Affecting Family Planning Literacy Among Women Of Childbearing Age In The Rural. *Bmc Public Health*. 2022;1–11. [Https://Doi.Org/10.1186/s12889-022-13103-1](https://doi.org/10.1186/s12889-022-13103-1)
72. Doğaner G, Bilgiç D, Doğaner A, Umut Üf, Kürk H, Çelik E. 15 – 49 Yaş Kadınların Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi ve Tutumları. 2011;4(4):159–64.
73. Gavas E, İnal S. Türkiye’de Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanma Durumları ve Tutumları: Sistematiik Derleme. *Sağlık ve Yaşam Bilim Derg*. 2019;1(2):37–43.
74. Karaçalı M, Özdemir R. Karabük İlinde 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerine Erişimini Etkileyen Faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Derg*. 2018;16(2):131–45.
75. Şen Uğur VY, Erbay Dünder P. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi; Manisa. 2016.
76. Doğan N, Koçak HS. Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığının Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Diyabet Riskine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep. 2022.
77. Maricic M, Stojanovic G, Pazun V, Stepović M, Djordjevic O, Macuzic IZ, Et Al. Relationship Between Socio-Demographic Characteristics, Reproductive Health Behaviors, And Health Literacy Of Women In Serbia. *Front Public Heal*. 2021;9(April):1–10.

78. Çuhadar E, Sağlam R. 15-49 Yaş Grubu Kadınların Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Maltepe Üniversitesi; İstanbul. 2022.
79. Beyoğlu S, Koçak HS. Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığının Beslenme Bilgi Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep. 2021.
80. Alagöz Ekti Z, Şensoy N. Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Genel Sağlık Taramaları ve Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Afyon. 2020.
81. İşler AO, Pamuk G. 18-65 Yaş Arası Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi; İzmir. 2019.
82. Ayaz-Alkaya S, Ozturk FO. Health Literacy Levels Of Women And Related Factors İn Turkey. J Nurs Res. 2021;Publish Ah(0):1–7.
83. Coman MA, Forray AI, Van Den Broucke S, Chereches RM. Measuring Health Literacy İn Romania: Validation Of The Hls-Eu-Q16 Survey Questionnaire. Int J Public Health. 2022;67(February):1–9.
84. Kepenek S, Akbıyık Dİ. Bir Aile Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi; Ankara 2021.
85. Akpınar ÖF, Arıca S. Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanımı Üzerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi; İstanbul. 2019.
86. Yılmazel G. Health Literacy , Mammogram Awareness And Screening Among Tertiary Hospital Women Patients. J Canc Educ. 2018;33:89–94.
87. Bánfai-Csonka H, Bánfai B, Jeges S, Gyebnár B, Betlehem J. Health Literacy Among Participants From Neighbourhoods With Different Socio-Economic Statuses İn The Southern Region Of Hungary: A Pilot Study. BMC Public Health. 2020;20(Suppl 1):1–8.
88. Shayakhmetov SS, Toguzbayeva KK, Ismailova AA, Tabibi R, Derbishalieva ZK, Dzhusupov KO. Health Literacy Of Rural Population Of Kazakhstan. Iran J Public Health. 2020;49(7):1269–77.
89. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, Et Al. Determinants Of Health Literacy İn The General Population : Results Of The Catalan Health Survey. 2019;1–12.
90. Stafford JD, Goggins ER, Lathrop E, Haddad LB. Health Literacy And Associated Outcomes İn The Postpartum Period At Grady Memorial Hospital.

Matern Child Health J. 2021;25(4):599–605. <https://doi.org/10.1007/S10995-020-03030-1>

91. Apanga PA, Kumbeni MT, Ayamga EA, Ulanja MB, Akparibo R. Prevalence And Factors Associated With Modern Contraceptive Use Among Women Of Reproductive Age In 20 African Countries: A Large Population-Based Study. *Bmj Open*. 2020;10(9):1–12.
92. Nketiah-Amponsah E, Ampaw S, Twumasi Baffour P. Socioeconomic Determinants Of Use And Choice Of Modern Contraceptive Methods In Ghana. *Trop Med Health*. 2022;50(1). <https://doi.org/10.1186/S41182-022-00424-5>
93. Geltore TE, Lakew YY. Prevalence Of Male Participation In Modern Contraceptive Use Among Married Men In Durame Town Southern Ethiopia: A Community Based Cross Sectional Study, 2021. *Pan Afr Med J*. 2022;41.
94. Kura S, Vince J, Crouch-Chivers P. Male Involvement In Sexual And Reproductive Health In The Mendi District, Southern Highlands Province Of Papua New Guinea: A Descriptive Study. *Reprod Health*. 2013;10(1):1. *Reproductive Health*
95. Shah AM, Lee K, Mir JN. Exploring Readiness For Birth Control In Improving Women Health Status: Factors Influencing The Adoption Of Modern Contraceptives Methods For Family Planning Practices. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22).
96. Puri MC, Huber-Krum S, Canning D, Guo M, Shah Ih. Does Family Planning Counseling Reduce Unmet Need For Modern Contraception Among Postpartum Women: Evidence From A Stepped-Wedge Cluster Randomized Trial In Nepal. *Plos One*. 2021;16(3 March):1–16. <http://dx.doi.org/10.1371/Journal.Pone.0249106>
97. Harrington RB, Harvey N, Larkins S, Redman-Maclaren M. Family Planning In Pacific Island Countries And Territories (Picts): A Scoping Review. Vol. 16, *Plos One*. 2021. 1–31 P. <http://dx.doi.org/10.1371/Journal.Pone.0255080>
98. Gazmararian JA, Parker RM, Baker DW. Reading Skills And Family Planning Knowledge And Practices In A Low- Income Managed-Care Population. *Obstet Gynecol*. 1999;93(2):239–44.
99. Kilfoyle KA, Vitko M, O’conor R, Bailey SC. Health Literacy And Women’s Reproductive Health: A Systematic Review. *J Women’s Heal*. 2016;25(12):1237–55.

EK 1. ANKET

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Yaş:.....

2-Eğitim Durumu: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise
6. Ön lisans 7. Üniversite 8. Yüksek lisans/doktora

3-Meslek: 1. Ev Hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Çiftçi 5. Serbest Meslek
6. Diğer.....

4-Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

5-Yaşadığı Yer: 1. İl Merkezi 2. İlçe Merkezi

6-Ailenizin Gelir düzeyi:.....TL

7- Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok Kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5.
Çok iyi

8-Sosyal güvence durumu: 1. Var

2. Yok

9-Aile tipi: 1. Çekirdek aile

2. Geniş aile

10- Kronik hastalığınız var mı? 1. Yok

2. Var

11-Sigara Kullanımı:

1. Var (.....adet/günyıl) 2. İçmiyorum bıraktım (.....adet/günyıl) 3. Hiç içmedim

12-Eşinizin Yaşı:.....

13-Eşinizin Eğitim durumu: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. Ortaokul

5. Lise 6. Ön lisans 7. Üniversite 8. Yüksek lisans/doktora

14- Eşinizin Mesleği: 1. Memur 2. Emekli 3. İşçi 4. Çiftçi 5. Serbest Meslek

6.İşsiz 7.Diğer

15-Eşinizin Kronik hastalığı var mı? 1. Var

2. Yok

16-Sizin kardeş sayınız?

Eşinizin kardeş sayısı?

OBSTETRİK ÖYKÜ

17-Gebelik sayısı:

18-Doğum sayısı:

Ölü Doğum Sayısı:

19-Düşük sayısı:

1. İstemli Düşük sayısı.....

2. İstemsiz/ kendiliğinden Düşük sayısı.....

20-Yaşayan çocuk sayısı:

21-İlk gebelik yaşı:

22-İlk doğum yaşı:

AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK SORULAR

23-Son İki doğumunuz arasında kaç yıl var?.....

24-Kaç yaşında evlendiniz?

25- Evlendiğinizde eşiniz kaç yaşındaydı?

26-Kaç yıldır evlisiniz?

27-Kaçıncı evliliğiniz?

28-Size göre ideal gebelik yaşı kaçtır?

29-Çocuk istemi:

1. Var (Ne zaman Ay sonra)

2. Var ama hiç gebe kalmadım

3. Yok

30-İstediğiniz/ Planladığınız çocuk sayısı

31-Cinsiyet tercihiniz var mı?

1. Evet

2. Hayır

Cevabınız Evet ise

1. Kız

2. Erkek

32-Son gebeliğiniz planlı/istemli miydi?

1. Evet

2. Hayır

33-İstemediğiniz/planlamadığınız halde gebe kaldınız mı?

1. Evet (.....kez)

2. Hayır

34-Cevabınız evet ise istemeden/planlamadan gebe kaldığınızda herhangi bir korunma yöntemi kullanıyor muydunuz?

1. Evet ise hangi yöntemdi?

2. Hayır

35-İstemeden/planlamadan olan en son gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?

1. Doğum

2. İstemli Düşük

3. İstemsiz Düşük

36- Son bir yılda Aile Sağlığı Merkezinde kaç kez 15-49 yaş izlemi yaptırdınız?

1. Yapılan.....

2) Yapılmayan.....

3. Hatırlamayan.....

37-Aile planlaması size ne anlam ifade ediyor?

.....
.....
.....

38-Hiç Aile Planlaması danışmanlığı aldınız mı?

1. Evet

2. Hayır

39- Cevabınız hayır ise Aile Planlaması hakkında bilgi ve/veya danışmanlık almak ister misiniz?

1. Evet

2. Hayır

40- Cevabınız evet ise Aile Planlaması danışmanlığını eşinizle birlikte mi aldınız?

1. Evet

2. Hayır

41-Bildiğiniz Aile Planlaması korunma yöntemleri nelerdir?

1. Geri Çekme

9. Enjeksiyon

2. Takvim yöntemi

10. Deri implantı

3. Bazal Isı yöntemi

4. Emzirme

5. Servikal Mukus yöntemi

6. Servikal palpasyon Yöntemi

7. Rahim içi araç

8. Oral kontraseptifler

11. Diyafram

12. Erkek kondomu (prezervatif)

13. Kadın kondomu

14. Spermisit

15. Tüp ligasyonu

16. Vazektomi

42-Şu anda gebelikten korunmak sizin için ne kadar önemli?

1. Çok önemli çünkü.....
çünkü.....

2. Önemli değil

43- Şu an kullandığınız bir korunma yöntemi var mı? Varsa nedir?

1. Evet

2. Hayır

44. Cevabınız Hayır ise doğum kontrol yöntemi neden kullanmak istemiyorsunuz?

.....
.....

45-Şu an kullandığınız korunma yöntemini ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

.....gün/.....ay/.....yıl

46-Şu an kullandığınız korunma yöntemini tercih nedeniniz nedir?

.....
.....

47-Şu an kullandığınız korunma yöntemini kim önerdi?

1. Doktor

2. Ebe-Hemşire

3. Eş

4. Anne/kayınvalide

5. Arkadaşlar

6. Televizyon

7. İnternet

8. Kitap

9.

Diğer.....

48- Şu an kullandığınız gebelikten korunma yöntemini belirlerken eşinizle ortak mı karar verdiniz?

1. Evet ortak karar verdik

2. Hayır ben karar verdim

3. Hayır eşim karar verdi

49-Şu an kullandığınız korunma yönteminizle ilgili yaşadığınız bir sıkıntı var mı? Varsa nedir?

1. Evet.....

2. Hayır

50- 49. Soruya cevabınız evet ise şu an kullandığınız korunma yönteminizi değiştirmeyi düşünüyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

51-Daha önce eşinizin onaylamadığı/ istemediği herhangi bir yöntem kullandınız mı?

1. Evet ise nedir?.....

2. Hayır

52-Size göre aile planlaması yöntemi seçimi nasıl olmalıdır?

1. Erkeğin isteği doğrultusunda

2. Kadının isteği doğrultusunda

3. Çiftin ortak kararı ile

4. Diğer.....

53-Kullandığınız aile planlaması yöntemi cinsel yaşamınızı etkiliyor mu?

1. Evet ise nedir?..... 2. Hayır

54-Kullandığınız aile planlaması yöntemi eşiniz ile ilişkinizi etkiliyor mu?

1. Evet 2. Hayır

55-Cevabınız ise Evet ise nedir?.....

56-Daha önce şu anki korunma yönteminizden farklı bir yöntem kullandınız mı?

- 1)Evet. Eski yöntemleriniz:
2)Hayır

57-Eski korunma yönteminizi ne kadar süre kullandınız?

(.....:gün/.....ay/.....yıl)
(.....:gün/ay/yıl)
(.....:gün/ay/yıl)

58-Eski korunma yönteminizi neden bıraktınız?

.....

59-Daha önce hiç doğum kontrol hapi kullandınız mı? 1. Evet 2. Hayır

60-Doğum Kontrol hapıyla ilgili endişeleriniz/önyargılarınız var mı?

.....
.....

61- Doğum kontrol haplarının faydalarından hangisini biliyorsunuz

.....
.....

62. Doğum kontrol haplarını kullanmış iseniz hangi yan etkileri yaşadınız?

.....
.....

62-Daha önce hiç acil kontrasepsiyon yöntemi kullandınız mı?

1. Evet 2. Hayır

63-Size göre doğurganlığın kontrolü için en güvenilir doğum kontrol yöntemi hangisidir?

.....

64-Gebelikten korunma yöntemlerine ulaşma durumunuza göre şu an kullandığınız yöntemde bir değişiklik yapar mısınız?

1. Evet ise nedir..... 2. Hayır

65-Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok Kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ -32

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok kolay/kolay/ zor/ çok zor” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek(X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/ zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefona da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/ tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radio gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radio gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					



