

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ 10 NO'LU GAZİEMİR EĞİTİM
ASM'DE KAYITLI 15-49 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN AİLE
PLANLAMASI KONUSUNDAKİ TUTUMLARININ
DOĞURGANLIK DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

DR. TUĞÇE KÜÇÜK GÜRBÜZ
UZMANLIK TEZİ

İZMİR -2019

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ 10 NO'LU GAZİEMİR EĞİTİM
ASM'DE KAYITLI 15-49 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN AİLE
PLANLAMASI KONUSUNDAKİ TUTUMLARININ
DOĞURGANLIK DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

DR. TUĞÇE KÜÇÜK GÜRBÜZ
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. VİLDAN MEVSİM

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
TEŞEKKÜR.	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.Aile Planlamasının Tarihçesi.....	4
2.2.Aile Planlamasının Türkiye'de Tarihçesi.....	4
2.3.Aile Planlamasının Amacı.....	5
2.4. Aile Planlamasının Kadın, Çocuk ve Toplum İçin Yararları.....	6
2.5. Türkiye’de Aile Planlamasının Durumu	7
2.6. Ülkemizde Aile Planlaması Yöntemlerinin Yeterli Düzeyde Kullanılmama Nedenleri ve Engelleyen Faktörler.....	9
2.7. Aile Planlamasının Dini Yönü.....	9
2.8. Türkiye’de Kadının Statüsü ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ile İlişkisi.....	10
2.9. Aile Planlaması Hizmetlerinin Kullanılmasında Tutumların Yeri	11
2.10. Modern Aile Planlaması Yöntemleri	14
2.10.1. Hormonal Kontraseptifler.....	14
2.10.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK) (Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği ,Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu,2012).....	14

2.10.1.2. Mini Haplar.....	14
2.10.1.3. Postkoital Haplar	15
2.10.1.4 Enjekte Edilen Hormonal Kontraseptifler.....	15
2.10.1.5 Deri Altı İmplantları	15
2.10.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)	15
2.10.3. Bariyer Yöntemler	16
2.10.3.1. Kondom.....	16
2.10.3.2. Kadın Kondomu	16
2.10.3.3. Diyafram.....	16
2.10.3.4. Spermisitler	17
2.10.4. Cerrahi Kontrasepsiyon Yöntemleri	17
2.10.4.1 Tüp ligasyon.....	17
2.10.4.2. Vazektomi.....	17
2.11. Doğal Aile Planlaması	18
2.11.1. Takvim Yöntemi.....	18
2.11.2. Geri Çekme	18
2.11.3. Vajinal Duş	18
2.11.4. Laktasyonel Amenore	19
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	20
3.1. Araştırma Şekli.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	20
3.3.Araştırma Evreni.....	20
3.4.Araştırmanın Örneklemi.....	20
3.4.1.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri.....	20

3.5. Veri Toplama Araçları.....	21
3.5.1. Veri Toplama Formu (Ek-4).....	21
3.5.2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) (Ek-5).....	21
3.6. Verilerin Toplanması.....	22
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.7.1 Bağımlı değişkenler.....	22
3.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	22
3.8. Araştırma Soruları.....	22
3.9. Verilerin Analizi.....	23
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
3.11. Araştırmanın Etiği.....	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	24
4.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	26
4.3. Katılımcıların Planlı Gebelik ve AP Yöntemlerine İlişin Özellikleri.....	28
4.4. Katılımcıların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	34
4.5. Katılımcıların Doğurganlık Durumu incelemesi.....	37
4.5.1. Katılımcıların AP Bilgi, Davranış ve Tutum Düzeylerine göre Doğurganlık Durumu.....	37
4.5.2. Katılımcıların Planlı Gebelik Durumuna Göre Gebelik Sayısı ve Çocuk Sayısı Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
4.5.3. Yöntem Kullanma, Yöntem Bırakma ve Danışmanlık Alma Durumuna Göre Doğurganlık Durumu.....	39
4.6. Katılımcıların Aile Planlaması Tutum Ölçek Puanları ve Alt Ölçek Puanları İle Doğurganlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	41

4.7. Katılımcıların Ölü Doğum ve Küretaj Sayısı ile Doğurganlık Düzeyi Arasındaki ilişki.....	42
5. TARTIŞMA.....	44
5.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri.....	44
5.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri ile İlgili Durumlarını.....	45
5.3.Kadınların Planlanmamış Gebelik ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	46
5.4. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanlarının Değerlendirilmesi.....	49
6. SONUÇ.....	52
7. ÖNERİLER.....	54
8. KAYNAKLAR.....	55
9. EKLER.....	63
Ek 1. Etik Kurul İzni.....	63
Ek 2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) İzni.....	64
Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	65
Ek 4. Katılımcı Anket Formu.....	66
Ek 5. Aile Planlaması Tutum Ölçeği Formu.....	68

TABLO LİSTESİ

- Tablo 1 :** Katılımcıların yaş ve evlenme yaşlarının ortalamaları
- Tablo 2 :** Katılımcıların yaş ve evlilik yaşı gruplarına göre dağılımı
- Tablo 3 :** Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı
- Tablo 4 :** Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre ortalama değerleri
- Tablo 5 :** Katılımcıların obstetrik özelliklerinin dağılımı
- Tablo 6 :** Katılımcıların planlı gebelik ve çocuk sahibi olmayı düşünme durumlarının dağılımı
- Tablo 7 :** Katılımcıların AP yöntemlerini bilme ve bilgi kaynağı durumları
- Tablo 8 :** Katılımcıların AP yöntemlerine ilişkin danışmanlık alma durumları
- Tablo 9 :** Katılımcıların AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı
- Tablo 10:** Katılımcıların AP yöntemi kullanma durumuna göre dağılımı
- Tablo 11:** Katılımcıların AP yöntemi bırakma durumuna göre dağılımı
- Tablo 12:** Kadınların geçmişte kullandıkları AP yöntemlerini bırakma nedenleri
- Tablo 13:** Katılımcıların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı
- Tablo 14:** Katılımcıların demografik verilerine göre gebelik sayısı karşılaştırmaları
- Tablo 15:** Katılımcıların demografik verilerine göre ortalama çocuk sayısı karşılaştırmaları
- Tablo 16:** Katılımcıların planlı gebelik durumuna göre gebelik sayısı ve çocuk sayısı
- Tablo 17 :** Yöntem kullanma, yöntem bırakma ve danışmanlık alma durumuna göre gebelik sayısı ve çocuk sayısı ortalamalarının karşılaştırılması
- Tablo 18:** Katılımcıların gebelik sayısı ile APTÖ puanları ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
- Tablo 19:** Katılımcıların çocuk sayısı ile APTÖ puanları ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
- Tablo 20:** Gebelik sayısı ile ölü doğum sayısı ve küretaj sayısı arasındaki korelasyon
- Tablo 21:** Çocuk Sayısı ile ölü doğum sayısı ve küretaj sayısı arasındaki korelasyon
- Tablo 22 :** Diğer çalışmalardaki APTÖ ve alt ölçek puan ortalamaları

SEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Türkiye’de Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızı

Şekil 2: TNSA–2013 verilerine göre 15–49 yaş grubu evli kadınların gebeliği önleyici yöntemleri duyma ve kullanma durumları

Şekil 3: TNSA–2013 verilerine göre 15–49 yaş grubu evli kadınların eğitime göre toplam doğurganlık hızı

Şekil 4: Tutumun Bileşenleri

Şekil 5: Hayali Olarak Bir Kişinin Aile Planlamasına İlişkin Bilişsel Tutum

Şekil 6: Aile Planlaması Tutum Ölçeği puan ortalamasının dağılım grafiği

Şekil 7: Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Topluma İlişkin Alt Ölçeğinin puan ortalamasının dağılım grafiği

Şekil 8: Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Yönteme İlişkin Alt Ölçeğinin puan ortalamasının dağılım grafiği

Şekil 9: Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeğinin puan ortalamasının dağılım grafiği

KISALTMALAR

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

EASM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

AP : Aile Planlaması

APTÖ : Aile Planlaması Tutum Ölçeği

GİAÖP :Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek Puanı

TİAÖP : Topluma İlişkin Alt Ölçek Puanı

YİAÖP : Yönteme İlişkin Alt Ölçek Puanı

RIA : Rahim İçi Araç

AÇSAP :Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

TESEKKÜR

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında, her aşamasında yanımda olup titizlikle eğilen, tezime yol gösterici çok değerli katkılarda bulunan, iş hayatındaki profesyonel, güçlü duruşu ve çalışkanlığı ile bizlere örnek olan, hayata bakış açısı ileri görüşlülüğü ile her zaman ilham veren tecrübelerini bizlerle paylaşarak arkadaşlığını da sunan çok değerli hocam Prof. Dr. Vildan Mevsim'e en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile hekimliğinin esaslarını ilk günden beri bizlere aşılayan, aile hekimliği eğitimini başka bir boyuta getirdiğine inandığım bizler için her zaman elini taşın altına koymaktan kaçınmayan Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Dilek Güldal'a; tez savunma komitesinde yer alarak değerli görüş ve önerileriyle bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün Özçakar'a, Prof. Dr. Mehtap Kartal'a, Doç. Dr. Tolga Günvar'a, Uzm. Dr. Ediz Yıldırım'a teşekkür ederim.

Her zaman içinde bulunmaktan dolayı çok şanslı hissettiğim, uzmanlık eğitimi deneyimimi birlikte yaşadığımız DEÜTF Aile Hekimliği asistan arkadaşlarıma ve DEÜTF Aile Hekimliği çalışanlarına katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olup, bana inanan, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve varlıklarıyla bana güç veren canım annem Firdes Küçük, babam Zeki Küçük, dedem Ali Osman Bayram ve sevgili eşim Doğaç Çağlar Gürbüz'e başta olmak üzere ailemin tüm fertlerine teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla,
Dr. Tuğçe Küçük Gürbüz

ÖZET

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ 10 NO'LU GAZİEMİR EĞİTİM ASM'DE KAYITLI 15-49 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI KONUSUNDAKİ TUTUMLARININ DOĞURGANLIK DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Tuğçe Küçük Gürbüz, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,
İzmir

Amaç

Aile planlaması (AP); hem istenmeyen gebelikleri, hem de aşırı doğurganlığı önleyerek anne ve çocuk sağlığına olumlu katkıda bulunan, dolayısıyla toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinde rol oynayan önemli bir sağlık hizmetidir. AP çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlayarak üremenin iyilik halinde gerçekleşmesini sağlar. Kadınların aile planlamasına yönelik tutumları, doğurganlık davranışını etkilemektedir. Bu nedenle, nüfus artışını azaltmak için kadınların aile planlamasına yönelik tutumlarını anlamak önemlidir. Bu araştırmanın amacı; Dokuz Eylül Üniversitesi 10 No'lu Gaziemir Eğitim ASM'de kayıtlı 15-49 yaş arası evli kadınların aile planlaması konusundaki tutumlarının, doğurganlık düzeyleri ile ilişkisini saptamak ve aile sağlığı merkezimizde etkili ve yararlı AP hizmeti sunmak için ihtiyaç analizi yapmaktır.

Yöntem

Kesitsel analitik olarak yapılan çalışmamızda evreni İzmir ili Gaziemir ilçesinde Dokuz Eylül Üniversitesi 10 No'lu Binbaşı Reşat Bey Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı 15-49 yaş arası evli/birlikte yaşayan 636 kadın oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş tüm nüfusa ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma 460 kadınla tamamlandı. Çalışmada sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler ve AP yöntemine ilişkin özellikleri içeren veri toplama formu ve 'Aile Planlaması Tutum Ölçeği' kullanıldı. Anketler yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması $32,67 \pm 7,691$, evlilik yaş ortalaması $20,67 \pm 4,177$. Katılımcıların %18.3 okur-yazar değil, %37.4 'ü ilkokul mezunu ve %79.1'i ev hanımı. Katılımcıların ortalama gebelik sayısı $2,88 \pm 1,84$, ortalama canlı doğum sayısı $2,2 \pm 1,5$, ortalama ölü doğum sayısı $0,07 \pm 0,29$, ortalama düşük sayısı $0,42 \pm 0,83$, ortalama küretaj

sayısı $0,11 \pm 0,43$ ve ortalama yaşayan çocuk sayısı $2,23 \pm 1,46$ 'dır. Dört ve üzeri gebeliği olanların oranı %31.1, üç ve üzeri çocuğu olanların oranı % 37'dir. AP yöntemi bilme durumu %99,3. Bilinen yöntemler sırasıyla kondom %90.8, geri çekme %90.2, hap %89.3'dür. AP yöntemi kullanma durumu %80'dir. *Kullanılan* yöntemler sırasıyla %35.3 geri çekme, %28 kondom, %22.3 RİA, %9 hap, %7.1 tüp ligasyon, %3.8 enjeksiyondur. AP yöntemi bırakma durumuna göre %43.4 RİA, %40 kondom, %53.6 geri çekme. Son gebeliğini planlama durumuna göre %31,6 planlı ve %68,4'ü plansız. Katılımcıların %48.7'si çocuk sahibi olmayı planlıyor ve bunlardan % 30.4'ü hemen düşünüyor. Katılımcıların Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) puanları ortalaması $117,35 \pm 16,19$, Topluma İlişkin Alt Ölçek (TİAÖ) puan ortalaması $54,34 \pm 9,25$, Yönteme İlişkin Alt Ölçek (YİAÖ) puan ortalaması $35,73 \pm 5,96$, Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek (GİAÖ) puanı ortalaması $28,28 \pm 4,59$. Katılımcıların eğitim durumları ve çalışma durumları ile doğurganlık düzeyi arasında negatif ilişki bulunmuştur. Katılımcıların APTÖ toplam puanları ile doğurganlık düzeyleri arasında negatif bir ilişki vardır. Katılımcıların TİAÖ ve GİAÖ puanları ile gebelik sayısı arasında ve TİAÖ puanı ile çocuk sayısı arasında anlamlı negatif korelasyon vardır.

Sonuç

AP Tutum puanları yükseldikçe doğurganlık düzeyi azalmaktadır. Çalışmada kadınların AP'ye ilişkin tutumlarının olumlu olduğu ancak istenen düzeyde olmadığı saptanmıştır. Tutumun alt bileşenleri değerlendirildiğinde en kötü tutum puanlarını 'Yönteme ilişkin tutumlar' kısmı oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tutum, aile planlaması, doğum kontrol, aile planlaması yöntemleri

RELATIONSHIP BETWEEN WOMEN'S ATTITUDE OF FAMILY PLANNING AND PARITY IN PRIMARY

Dr. Tuğçe Küçük Gürbüz, Dokuz Eylül University School Of Medicine, Family Medicine, Izmir, Turkey

ABSTRACT

Aim

Family planning (FP) ; is an important health service that prevents both unwanted pregnancies and excessive fertility, positively contributing to maternal and child health and thus plays a role in raising the level of health of the community. FP allows couples to have as many children as they want, the couple wants them, and the breeder to be in good health. Women's attitudes towards family planning affect fertility behavior. For this reason, it is important to understand women's attitudes towards family planning in order to reduce population growth.

Method

Cross-sectional analytical study was carried out at University Family Health Center (FHC). The study included 460 women aged between 15 and 49 who were married or had partnered. We collected data by a questionnaire where socio-demographic and obstetric characteristics included and also used "Family Planning Attitude Scale" (FPAS) developed by Orsal O. FPAS has three sub-dimensions: society attitude towards FP (SAFP), attitude towards contraceptive methods (ACM) and attitude towards gestation (AG). A higher score on the scale means positive FP behavior. Descriptive analyses, t test, chi square and correlation analysis were performed in the data analysis.

Results

The mean age of participants was $32,67 \pm 7,691$, the mean age of marriage was $20,67 \pm 4,177$. 18.3% of the participants were not literate, 37.4% were primary school graduates and 79.1% were housewife. The mean number of pregnancies was 2.88 ± 1.84 , mean number of live births was 2.2 ± 1.5 , mean number of stillbirths was 0.07 ± 0.29 , the mean number of abortion was $0,42 \pm 0,83$, the mean number of curettage was $0,11 \pm 0,43$ and the mean number of living children is $2,23 \pm 1,46$. The proportion of those who have four or more gestations is 31.1%, and the proportion of those who have three or more children is 37%. FP

method knowledge status 99.3%. Known methods are condom 90.8%, withdrawal 90.2%, pill 89.3% respectively. FP method use rate is 80%. The methods used are 35.3% withdrawal, 28% condom, 22.3% IUD, 9% pills, 7.1% tubal ligation, 3.8% injections. According to the FP method discontinuation status, 43.4% IUD, 40% condom, 53.6% withdrawal. According to the planning status of the last pregnancy, 31.6% planned and 68.4% unplanned. 48.7 % of the participants plan to have children and immediately think of 30.4% of them. The mean FPAS scores of the participants were $117,35 \pm 16,19$, mean SAFP scores were $54,34 \pm 9,25$, mean ACM scores were $35,73 \pm 5,96$, mean AG scores were $28,28 \pm 4,59$. There was a negative relationship between participants' educational status and working status and fertility level. As the number of pregnancies ($r = -0.212$, $p < 0.001$) and the number of living children ($r = -0.228$, $p < 0.001$) increased, FPAS scores decreased. As the number of pregnancies and number of living children of women increased, the SAFP score and the AG score decreased ($p < 0.01$).

Conclusion

As family planning attitude scores decrease, the parity of women increases. It has been determined that the attitudes of women towards FP are positive, but not at the desired level. When evaluating the sub scales of attitude, it was determined that the worst attitude scores were “attitude towards contraceptive methods”.

Key words: Attitude, family planning, birth control, family planning methods

1.GİRİŞ :

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Aile planlaması (AP); bireylerin istenmeyen gebeliklerden korunmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo-ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür (1,3).

Aile Planlaması, bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri zaman ve sayıda çocuğa sahip olmaya, doğumların arasını belirlemeye serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları diğer bir deyişle doğurganlığın düzenlenmesi için sunulan hizmetlerin tümüne verilen isimdir (4,5,6,). AP terimi gebeliği önleyen, infertiliteye çözüm arayan, gebelik zamanını düzenleyen ve eşlerin çocuk sahibi olmalarını etkileyen sosyal, psikolojik, ekonomik, fiziksel ve dini durumları değerlendiren daha geniş kapsamlı bir kavramdır. Kontrasepsiyon ve doğum kontrolü ise sadece gebelikten korunmayı açıklayan terimlerdir (7).

Kontrolsüz nüfus artışı önümüzdeki yüzyılın büyük sorunlarından biridir. Türkiye Avrupa ülkeleri arasında nüfus artışı en fazla olan ülkeler arasındadır. Türkiye’de yıllık nüfus artış hızı 2014 yılında %13,3 iken, 2015 yılında %13,4 oldu. Türkiye’nin nüfusu 2000 yılında 67,8 milyon olarak hesaplanmıştır. Bu sayının 2025 yılında 88 milyona, 2050 yılında 96,4 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (8).

6,5 milyara yaklaşan dünya nüfusunun 2025’de 8 milyar, 2050 yılında 9 milyar olmasının tahmin edilmesi, günümüzde hala doğurganlığa bağlı nüfus artışının fazla olduğunun göstergesidir (9). Oysa doğurganlığın dünya üzerinde sağlıklı bir biçimde azaltılması, hem anne hem de çocuğun yaşamlarını olumlu bir biçimde etkileyecektir. Dünyadaki yıllık nüfus artışı Afrika (%2,3) ve Asya (%1,3)’da artmakta, Avrupa’da (%-0,1) azalmaktadır. Yoksul olan ülkelerde nüfus artış hızı (%66,0) zengin ülkelerden (%-0,1) fazladır (10).

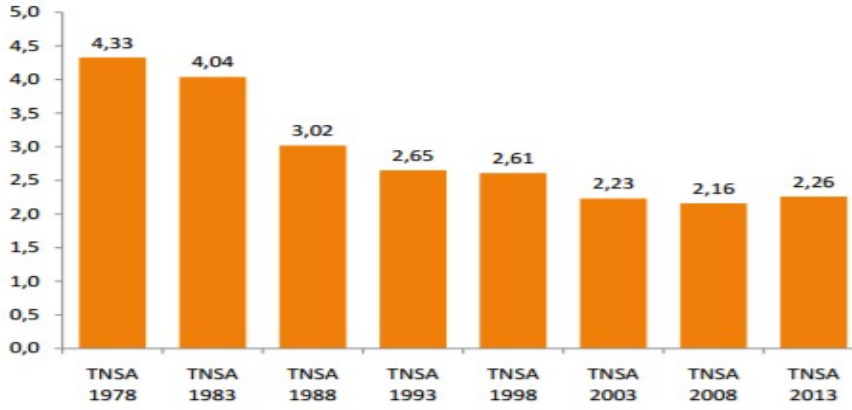
Aile Planlaması hem istenmeyen gebelikleri, hem de aşırı doğurganlığı önleyerek anne ve çocuk sağlığına olumlu katkıda bulunan, dolayısıyla toplumun sağlık düzeyinin

yükselmesinde rol oynayan önemli bir sağlık hizmetidir (11).

Etkili AP yöntemi kullanımı anne ölümlerini azaltır. Doğurganlık düzeyinde küçük azalmalar olduğunda, bebek ölüm düzeylerinde de önemli azalmalar olduğu bilinmektedir (12).

Ülkemizde modern aile planlaması yöntemlerinin kullanım oranındaki artışa bağlı olarak toplam doğurganlık hızı azalmaktadır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2003 verilerine göre, Türkiye’de toplam doğurganlık hızı 2,23’ten, 2008 TNSA verilerine göre 2,15’e düştüğü saptanmıştır (13, 22).TNSA 2013’de ise 2,26 ya yükseldiği saptanmıştır. Bu oran 1998 verilerinde 2,61 olarak bildirilmiştir. (Şekil 1).

Toplam Doğurganlık Hızı



Şekil 1. Türkiye’de Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızı (37)

TNSA 2008 verilerine göre herhangi bir yöntem kullanan kadınların oranı %73,1 ve modern yöntem kullanan kadınların oranı %46,0 ve geleneksel yöntem kullanan kadınların oranı %27,1 iken; TNSA 2013 verilerine göre herhangi bir yöntem kullananların oranı %73,5 iken, modern yöntem kullananların oranının %47,4’e yükseldiği ve geleneksel yöntem kullananların oranının %26’ya düştüğü bildirilmektedir.

TNSA 2013 verilerine göre kadınların neredeyse tamamı gebeliği önleyici en az bir yöntem duymuş olmasına rağmen yöntem kullanma yaygınlığına bakıldığında %74 olduğunu görüyoruz. Halen kadınların %14,9’unun gebelik istemediği halde gebelik riski altında olduğu bildirilmiştir (13, 22).

Türkiye’de aile planlaması yöntemlerinin kullanılmama nedenlerine yönelik yapılan araştırmalar bulunmasına rağmen, kişilerin tutumları ve tutumlarını etkileyen faktörlere yönelik çalışmalar daha sınırlı sayıdadır. Bu sebeple aile planlaması yöntemlerinin seçiminde bireylerin tutumlarına ilişkin daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır.

Ana ve çocuk sağlığı düzeyinin en kötü durumda olduğu kırsal bölgeler ve kentlerin gecekondü bölgelerinde yaşayan ve aşırı doğurganlık ile anne ve bebek ölümleri açısından en riskli grupları oluşturan aileler, sağlık sektörünün üzerinde önemle durmasını gerektiren popülasyonu oluşturmaktadır. Özellikle bu tür yerlerde yaşayan gruplara, etkili ve yeterli hizmet verebilmesi için öncelikle doğurganlık konusunda bilgi, tutum ve davranışların belirlenmesi gerekir. Ancak bu sayede, belirlenen eksiklerin tamamlanması, yanlış davranışların giderilmesi ve doğru davranış kazandırılması mümkün olabilir (23, 24, 25, 26).

Gaziemir 10 No’lu Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi bölgesi yüksek doğurganlığın olduğu bir bölgedir. Bu bölgede doğurganlığın düşürülebilmesi için doğurgan çağıdaki kadınların aile planlaması konusundaki tutumlarının saptanması ve yüksek doğurganlığı olan kadınların hangi tutum içinde olduğunu saptanması bu bölgede yürütülecek çalışmaları planlamak açısından önemlidir. Ayrıca gecekondü bölgesi örneği olması açısından benzer bölgelerdeki doğurgan çağıdaki kadınların aile planlaması konusundaki tutumlarını belirlemek açısından bu çalışmanın yürütülmesi önemlidir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Türkiye’de kadınların hemen hemen tamamı aile planlaması yöntemlerini bilmelerine rağmen; modern yöntemler istenilen düzeyde kullanılmamaktadırlar. Bu nedenle halen planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerin oranı yüksektir. Kadınların modern yöntemleri bildikleri halde kullanmamaları onların bu yöntemler ile ilgili tutumları ile ilgilidir. Bu tez çalışmasının amacı Gaziemir 10 No’lu Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ASM ‘ye kayıtlı 15-49 yaş arası evli ya da birlikte yaşayan kadınların aile planlaması konusundaki tutumları ile doğurganlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Bu bağlamda kadınların aile planlaması tutumlarının bilinmesi sağlık çalışanlarının aile planlaması danışmanlığını etkin bir şekilde düzenlemelerine olanak sağlayabilir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Aile Planlamasının Tarihçesi

Doğum kontrolünün insanlık tarihi kadar eski olduğu düşünülmektedir. Belgeleşmiş kontrasepsiyon tarihi ise MÖ 3000 yılında Antik Mısır'da kondom kullanılmasıyla başlar. MÖ 1800'lü yıllarda ise yine Antik Mısır'da timsah dışkısı, bal, sodyum karbonat içerikli vajinal tıkaçların kullanıldığını bildirilmektedir. MÖ 600'lü yıllarda ise Libya'da silphion (ferula silphium) bitkisinin yenmesinin doğum kontrolü sağladığı keşfedilir, bitki o kadar değerlidir ki, yoğun toplamalar sonucunda soyu tümüyle tükenir. MS 1600'lü yıllarda Avrupa'da balık ve hayvan barsaklarından üretilen kondomların cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıkları engellemek amacıyla kullanıldığı bilinmektedir.1730'larda ise Kasanova kondomu kuzu bağırsağından üretilen kondomları hamileliği engellemek amacıyla kullanır. 1844'te Charles Goodyear ilk plastik kondomu üretir. Bundan sonraki yıllarda rahim içi araçlar, vajinal duşlar, süngerler ve diyafram üretilmeye başlanır. 1960 yılında ABD'de ilk oral kontraseptif kullanıma sunulur, 1980'lerde düşük doz, bifazik ve trifazik oral kontraseptifler kullanımdadır. 1998'de postkoital kontraseptif kullanımı onaylanır. 2000'ler uzun süre etkili hormon enjeksiyonları, progesteron içerikli RİA, vajinal halka, patch uygulamaları ve sürekli kullanılan oral kontraseptiflerin geliştirilmesine sahne olur (27).

2.2.Aile Planlamasının Türkiye'de Tarihçesi

Türkiye 1923'den sonra doğurganlığı özendirici (pronatalist) bir politika izlemiştir. 1955-1960 yılları arasında doğum hızı artmaya başlamış ve ürkütücü olmaya başlamıştır. Nüfus artış hızının %3'e ulaşması yanı sıra isteyerek yapılan düşüklere artışını ve anne ölümlerindeki artışı da getirmiştir. Özellikle isteyerek - kişilerin kendileri tarafından başlatılan - düşüklere bağlı anne ölümlerinin artması, anne ölümlerini de azaltabilmek için nüfus politikalarının doğurganlığın azaltılması yönünde değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur. 1965 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisindeki uzun tartışmalardan sonra doğurganlığın azaltılması yönünde (antinatalist) bir politika benimsenmiş ve 557 no'lu ilk nüfus planlaması yasası kabul edilmiştir. Bu yasaya göre aşağıda sayılanlar ülkede yasal hale gelmiştir:

- Gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bilgi ve eğitim verilmesi ,
- Cerrahi sterilizasyon yöntemleri hariç tüm gebeliği önleyici yöntemlerin sunulması,

- Yalnızca tıbbi nedenlerle isteyerek düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilmesi.

Bu yasa temelinde Türkiye’de yıllar boyu sağlanan aile planlaması hizmetleri ancak belli bir düzeye ulaşabilmiştir. Bu yasadan sonra kontraseptif yöntem kullanımı artmıştır. Ancak yasal olmamasına karşın isteyerek düşüklerin giderek arttığı görülmüştür. Provoke düşüklerle bağlı anne ölümleri görülmeye devam etmiştir. 1981 yılında 450 bin kadının düşük yaptığı ve bunun neredeyse 300 bininin isteyerek düşük olduğu tahmin edilmektedir. Bu da 1965’de yürürlüğe giren yasanın Türkiye’de isteyerek düşüğü önlemekte yetersiz kaldığını göstermektedir. 1983’de 2827 no’lu ikinci Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiş, ancak uygulamaya 1984’de geçirilebilmiştir. Halen günümüzde bu yasa geçerlidir. Bu yeni yasa ile birlikte;

- 10 haftaya kadar olan gebelikler isteğe bağlı olarak sona erdirilebilir
- 10 haftanın üzerindeki gebelikler tıbbi nedenlerle sona erdirilebilir
- Hastanelerde ve AÇSAP Merkezlerinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının denetimi altında eğitimli genel pratisyenler menstrüel regülasyon hizmeti verebilirler
- Erkek ve kadınlara gönüllü cerrahi sterilizasyon uygulanabilir
- Eğitimli doktor, hemşire ve ebeler RİA gibi etkili gebeliği önleyici yöntemleri uygulayabilirler.

Yasada, aile planlaması konusunda sektörler arası işbirliği sağlanması da vurgulanmaktadır. “2827” sayılı yasanın ardından kısa bir süre isteyerek düşük hızları artmaya devam etmiş ancak 1990 yılından sonra azalmaya başlamıştır. İsteyerek düşük hızları “100 gebelikte” 1983 yılında 12.1 iken, 1988’de 23.6, 1993’de 18, 1998’de 14.5 ve 2003’de 11.3’tür (28).

2.3.Aile Planlamasının Amacı

Aile Planlaması ailedeki kişi sayısını sınırlandırma gibi bir anlam taşımaz. Çocuk sahibi olma konusunda aileler tamamen serbest olup, kendi iradeleri ile istedikleri en uygun zamanda, bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilirler. Aile planlamasının temel amacı; kadınların, eşlerin ve çocukların yaşam standartlarını geliştirmek ve ailelerin bilinçli olarak hem aile, hem ülke menfaatlerini düşünerek sorumluluk taşıyarak karar vermelerini sağlamaktır (29, 30, 31).

Çok sık gebelikler sonucu, doğuma bağlı olarak anne ve çocukların sağlığına olabilecek olumsuz etkileri önlemek, oluşan olumsuz etkilerin giderilmesine yardım etmek, sağlıklı çocuklar yetiştirmek, doğurganlık çağındaki bireyleri üreme ile ilgili konularda bilgilendirmek onların bu dönemlerini sağlıklı geçirmelerine olmak, bu konuda gerekli eğitim yapıp uygulama olanaklarını sağlamak, gebelikler arasındaki süreyi ayarlamak, istenmeyen gebeliklere engel olmak, aşırı doğurganlığı önlemek ve çocuk sahibi olmayan ailelere yardım etmek, yol göstermek, hızlı nüfus artışını yavaşlatarak nüfusun niteliğini iyileştirmek böylece toplumun sağlıklı olmasını sağlamak AP'nin hedefleri arasında yer almaktadır (4, 7, 32).

2.4. Aile Planlamasının Kadın, Çocuk ve Toplum İçin Yararları

Her yıl binlerce anne ve çocuk, AP uygulamalarından yeterince yararlanamadıkları için ölmektedirler. Bu anne ve çocuk ölümleri, çok genç ve ileri yaşta, çok sık aralıklarla ve fazla sayıda yapılan doğumlardan kaynaklanmaktadır. AP'nin istenmeyen gebelik sonucu doğan çocuklardan kaynaklanan eğitim ve sağlık hizmetlerine olan talebi sınırlayarak topluma ve ekonomik gelişmeye katkı sağlayacağı ve toplumun yaşam niteliğinin düşmesine neden olan hızlı nüfus artışının getireceği sorunları önleyebileceği de unutulmamalıdır (7).

Aile planlamasını kadın, çocuk ve toplum için çok sayıda yararları bulunmaktadır. Bunlar (33, 34, 35, 36) ;

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

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

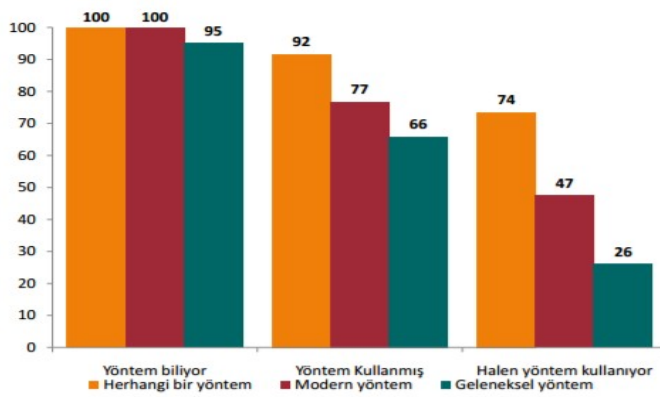
2.5. Türkiye’de Aile Planlamasının Durumu

2013 TNSA verilerine göre görüşme yapılan kadınlar ile halen evli kadınların neredeyse tamamı en az bir aile planlaması yöntemini bilmektedir. Kadınların yüzde 99’u ve halen evli kadınların yüzde 100’ü gebeliği önleyici en az bir yöntemi duymuşlardır. Tüm kadınlar ve halen evli kadınlar için gözlenen bu benzer örüntü herhangi bir modern yöntem için de geçerlidir. Tüm kadınlarda en çok bilinen gebeliği önleyici modern yöntemler hap, kadının tüplerinin bağlanması ve erkek kondomu (sırasıyla yüzde 96, 87 ve 86) iken halen evli kadınlar arasında RİA, hap, kadının tüplerinin bağlanması ve erkek kondomu en çok bilinen modern yöntemler arasında yer almaktadır (sırasıyla yüzde 98, 98, 93 ve 92). Türkiye’de yeni sayılabilecek yöntemler arasında olan vajinal halka ve kadın kondomu en az bilinen modern yöntemlerdendir (tüm kadınlar için sırasıyla yüzde 10 ve yüzde 20). Geleneksel yöntemler arasında geri çekme tüm kadınlar ve halen evli kadınlar arasında en fazla bilinen yöntemdir

(sırasıyla yüzde 80 ve yüzde 93). Gebeliği önleyici bir yöntem olarak takvim yöntemi tüm kadınların ve halen evli kadınların yarısından azı tarafından bilinmektedir (tüm kadınların yüzde 39'u ve halen evli kadınların yüzde 43'ü).

TNSA 2013 verilerine göre yöntem bilen kadınların tamamının herhangi bir yöntemi ve modern yöntemleri, %95'inin geleneksel yöntemleri bildiği belirlenmiştir. Yöntem kullanmış olan kadınların %92'si herhangi bir yöntemi bilirken %77'si modern yöntemleri, %66'sı geleneksel yöntemleri bilmektedir. Halen yöntem kullanan kadınların ise, %74'ü herhangi bir yöntemi bilirken, %47'si modern yöntemleri, %26'sının geleneksel yöntemleri bildiği ortaya çıkmıştır (Şekil 2).

Yöntem Duyma ve Kullanma



Şekil 2. TNSA–2013 verilerine göre 15–49 yaş grubu evli kadınların gebeliği önleyici yöntemleri duyma ve kullanma durumları (37)

Ortalama bilinen yöntem sayısı tüm kadınlar ve halen evli kadınlar için benzerlik göstermektedir. Görüşme yapılan tüm kadınların ortalama olarak bildiği yöntem sayısı 7.6 evli kadınlarınki ise 8.2'dir.

Türkiye'de halen evli kadınların yüzde 67'si gelecekte başka doğum yapmak istemediklerini veya zaten doğum kontrolü amaçlı kısırlaştırıldıklarını söylemişlerdir. Buna ek olarak kadınların yüzde 14'ü bir sonraki doğum için en azından 2 yıl daha beklemek istediklerini belirtmişlerdir. Böylece halen evli her beş kadından dördünün ya çocuk sahibi olmamak ya da ertelemek için aile planlaması hizmetlerine ihtiyacı olduğu değerlendirilebilir. Halen evli kadınlar arasında ortalama ideal çocuk sayısının 2.5 olması kadınların çoğunun küçük aileler istediklerini göstermektedir. Araştırma sonuçları, eğer tüm istenmeyen gebelikler önlenilseydi, ulusal düzeydeki toplam doğurganlık hızının 1.6 olacağını, diğer bir deyişle hali hazırdaki toplam doğurganlık hızından 0.6 çocuk daha az olacağını göstermektedir.

(TNSA-2008)

2.6. Ülkemizde Aile Planlaması Yöntemlerinin Yeterli Düzeyde Kullanılmama Nedenleri ve Engelleyen Faktörler

Aile planlamasını etkileyen faktörler oldukça geniş bir yelpazede yer almaktadır. Bu yelpazede yasa, politika ve programlar, aile planlamasına ilişkin bilgi, sağlık hizmetinin sunumunda ve alımındaki genel sorunlar, din, aile planlaması yöntemlerine ilişkin duygular, aile tipi, tarım veya endüstri toplumu olma, kadın hareketleri, geleneksel inanışlar vb. birçok etken bulunmaktadır (45).

Şahin ve ark (2002)'nın Van ili bölgesinde yaptıkları çalışmada aile planlaması yöntemlerinin kullanılmama nedenleri; aile büyüklerinin istememesi, kısırlık yapması, kanama yapması, kasık ağrısı yapması, kanser yapması, günah olması olarak bildirilmiştir (39).

Dünya’da ve ülkemizde nüfus planlaması ve aile planlaması hizmetlerinin etkili bir biçimde yürütülmesini olumsuz etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar hizmetin yürütülmesi ile ilgili engeller, eğitimle ilgili engeller ve toplumdan kaynaklanan engeller olarak sınıflandırılabilir (40).

2.7. Aile Planlamasının Dini Yönü

Din, aile planlaması hizmetlerini etkileyen etmenlerden bir diğeridir. Hem Hristiyan, hem de Musevi kutsal kitaplarında “üreyiniz ve çoğalınız” ibaresi bulunmaktadır. Belki de bu nedenle Ulusal Kiliseler Konseyi aile planlaması yöntemlerini 1961 yılına kadar kabul etmemiştir. Hatta Katolik kilisesi doğal aile planlaması yöntemlerinin uygun olduğunu gündeme getirmektedir(41). Müslümanların kutsal kitabında “isteyerek çocuklarınızı öldürmeyiniz” ibaresi nedeniyle, doğum kontrol yöntemlerine karşı olunduğuna inananlar olduğu gibi (42). Tevrat ve Talmut’ta, Müslüman dinindeki gibi vajinaya boşalma olmadığında gebelikten korunulduğu ifade edilmiştir (43). Görüldüğü gibi dinler aileye doğumu arttıracak şekilde izin vermekte olup, aile planlaması hizmetlerinde net bir karar görülmemektedir (38).

Nüfus planlamasının tartışılması ile 1980’li yıllarda TBMM Sağlık komisyonu bu konuda Diyanet İşleri Başkanlığı’ndan görüş istemiştir. Sağlık Bakanlığı’na verilen cevabın sonuç bölümü şöyledir (2, 44, 87) ;

- Toplumun temeli ailedir. Ailelerin devamını çocuk sağlar. Dinimiz prensip olarak evlenmeyi ve çoğalmayı teşvik etmiştir. Meşru mazeret olmadan gebeliğin ve doğumun önlenmesi uygun değildir.

- Çocuk, aileye ve topluma Allah'ın emanetidir. Bu itibarla her aile ancak bakıp yetiştirebileceği kadar çocuk edinmelidir.
- Çeşitli nedenlerle çocuk istemediği durumlarda, eşlerin ortak istekleri ile gebeliği önleyecek tedbirlerin alınması caizdir. Doğum yapma, çocuk sayısının sınırlandırılması, iki doğum arasındaki sürenin ayarlanması kısırlılığın tedavi ettirilmesi gibi konularda karı-kocanın ortak isteğine göre, meşru ve emin çarelere başvurulması caizdir. Ancak sağlığa zararlı ve devamlı kısırlılığa yol açan ilaç ve aletlerin kullanılması caiz görülmemiştir.
- Dinen meşru bir mazeret olmadıkça çocuk düşürmek veya aldırma haram ve cinayet hükmündedir. Çocuk düşürmek veya aldırma, gebeliği önleyici tedbirlerden değildir.

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

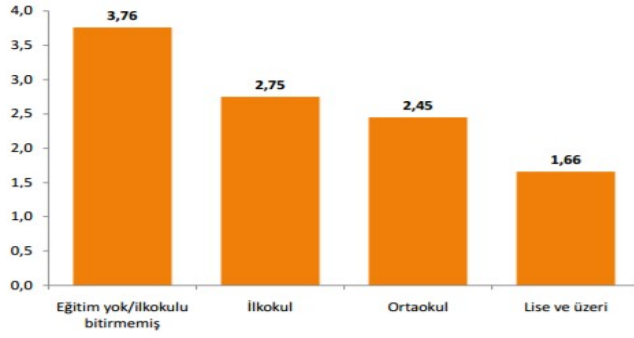
Aile planlamasını etkileyen diğer bir etmen de kadın hareketleri ve kadının eğitimidir. 1950’li yıllarda başlayan kadın hareketlerinde, kadınlar aile içindeki kadın imajını sorgulamaya başlar; mutlu, evde yaşayan kadın ve çalışan kadın ikilemleri gündeme gelir (38).

Türkiye’nin de imzalamış olduğu uluslararası yasa niteliğinde olan “Birleşmiş Milletler Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW-1979)” taraf devletlerin eğitim alanında erkeklerle eşit haklara sahip olmalarını garanti altına almak üzere, kadına karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi için gerekli tüm önlemlerin alınması (Madde 4) gerektiğini vurgulamaktadır. Türkiye’nin, 1995 Pekin Dördüncü Dünya Kadın Konferansı’nda 2000 yılına kadar çözüme ulaştırmayı taahhüt ettiği sorun alanlarından ikisi; zorunlu eğitimin 8 yıla yükseltilmesi ve kadın okumaz-yazmazlığının ortadan kaldırılmasıdır.

Türkiye’de 1930’larda %20 civarında olan okuryazarlık her iki cinsiyet için giderek artmıştır, ancak kadın ve erkek arasındaki fark hala kapanmamıştır (46).

Kadınların eğitilmesi doğurganlığın düzenlenmesi, anne ve çocuk ölümlerinin önlenmesinde çok büyük rol oynamaktadır. Çünkü anne ve bebek ölümlerinin çoğu aşırı doğurganlık ve istenmeyen gebelikler sonucu meydana gelmektedir. Kontraseptif yöntem kullanma oranı eğitim düzeyi ile doğrusal bir ilişki göstermektedir.(Şekil 3)

Toplam Doğurganlık Hızı (Eğitime Göre)



Şekil 3. TNSA–2013 verilerine göre 15–49 yaş grubu evli kadınların eğitime göre toplam doğurganlık hızı (37)

Kadınların öğrenim düzeylerinin yükselmesi, daha iyi ve idari konumdaki işlere gelmeleri, evlenme yaşının yükselmesi, daha az çocuk doğurmaları ve artık kadın değil insan olarak haklarına sahip çıkmaları gelişmelerindeki en büyük adımlardır. Böylece özgürleşen ve güçlenen kadın, daha güzel bir dünyanın oluşmasına katkıda bulunabilir (47, 48).

2.9. Aile Planlaması Hizmetlerinin Kullanılmasında Tutumların Yeri

Bilimsel olarak incelenmesine 19. yüzyılda başlanan tutum, Latince bir kavram olup "harekete hazır" anlamına gelmektedir (49). Tutum; belirli herhangi bir nesne, fikir ya da kişiye karşı bilişsel ve duyuşsal öğeleri bulunan ve davranışsal bir eğilim içeren oldukça kalıcı bir sistemdir (50).

Genel olarak tutum, bireyin çevresindeki herhangi bir konuya (canlı ya da cansız) karşı sahip olduğu bir tepki ön eğilimini ifade etmektedir. Tutumun konusu, bir ağaç ya da bir başka birey veya bireyler grubu olabileceği gibi, herhangi bir soyut kavram (savaş, barış, sonsuzluk v.b.g.) da olabilir (51).

Tutumların bireylerin çevrelerine uyumlarını kolaylaştıran bir sistem oluşturmaları yanı sıra, bireylerin davranışlarını da yönlendirici "gizli bir güce" sahip oldukları düşünülmektedir. Konuya bu açıdan bakıldığında, tutumların incelenmesine verilen önemin canlılığını koruması açıklık kazanmaktadır; mademki, tutumlar davranışların gerisindeki gizli yönlendirici güçlerdir halde tutum dinamiğinin (oluşma ve değişme olgusu) incelenmesi ile

1) Bir yandan tutumların işleyiş şekli ortaya çıkarılabilecek ve davranışların önceden tahmin olanağı doğacaktır.

2) Diğer yandan tutum değişimi süreçleri öğrenilerek bireylerin davranışları, tutumlarının etkilenmesi yolu ile denetim altına alınabilecektir. Bunun günümüzde özellikle toplumları ve toplumların belirli kesimlerini yönetme durumunda olanlar için önemi açıktır (52).

Tutumları oluşturan temel öğeler şunlardır (49, 53) ;

-Tutumlar doğuştan gelmez, sonradan yaşanarak kazanılır. Birey toplumsallaşırken tutum kültürel olarak kazanılır. Tutumlar yaşantılar yoluyla öğrenilmiştir.

-Tutumlar geçici değildir, belli bir süre devamlılık gösterirler. Yani bireyler yaşamlarının belli dönemlerinde aynı düşünceye sahip olurlar.

-Kişisel tutumlar gibi toplumsal tutumlar da vardır. Toplumsal tutumlar, toplumsal değer, grup ve objelere yönelik tutumlardır.

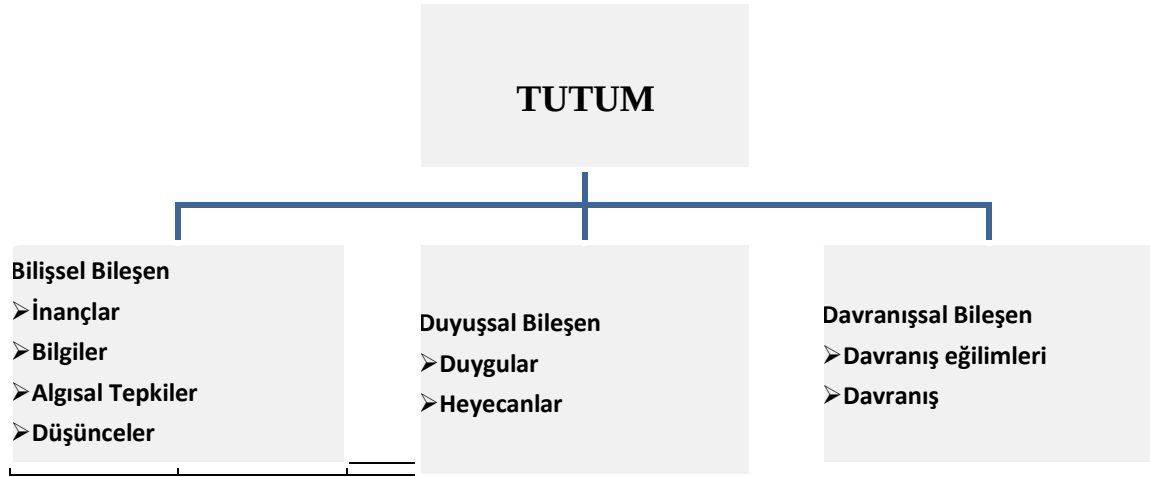
-Bir objeye ilişkin olumlu ya da olumsuz bir tutumun oluşması, ancak o objenin başka objelerle karşılaştırılması sonucu mümkündür.

-Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilirler

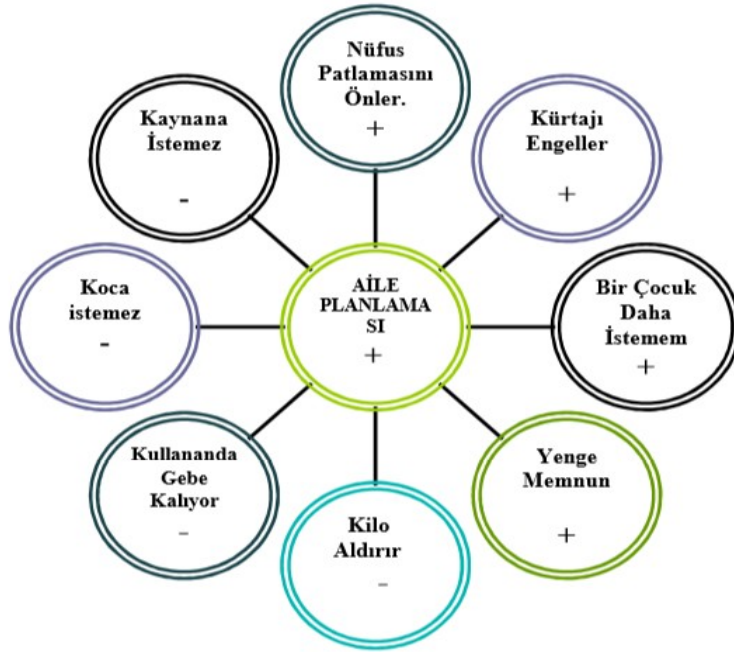
Tutumların bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olmak üzere üç bileşeni bulunmaktadır. Bilişsel bileşen kişinin tutum nesnesine ilişkin inançları, bilgileri, algısal tepkileri ve düşüncelerini oluşturur; duyuşsal bileşen duygu ve heyecansal tepkilerini içermektedir. Davranışsal bileşen ise davranışları ve davranış eğilimlerinden oluşmaktadır (38, 49). Bu bileşenler şekil 4 'de gösterilmiştir.

Bireylerin aile planlaması yöntemleri ile ilgili tutumlarının neler olduğunu belirleyebilmek için öncelikle kadınların düşünceleri, bilgileri ve inançları ile tutumlarının farklılıklarını belirlemek gerekir. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili tutumun oluşabilmesi için, bireyin aile planlaması yöntemleri hakkında bir deneyim yaşaması gerekmektedir. Örneğin; bir kişinin aile planlamasına ilişkin bilişsel tutumunun şematik bir temsili şekil 5'de görülmektedir.

şekil 5 incelendiğinde; merkezde bireyin aile planlaması ile diğer bilgileri arasında nedensel bağ gösterilmiştir. şekilde aile planlaması yöntemlerinin bağlantılı olduğu konular ile olumlu ya da olumsuz bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Kadının yengesinin aile planlaması yönteminden memnun olması, aile planlaması yöntemi kullanımının kürtajı engellemesi, kadının bir daha çocuk istememesi ve nüfus artışını önler görüşü ile aile planlamasının olumlu ilişkide olduğu görülmektedir (38)



Şekil 4. Tutumun Bileşenleri (38,49)



Şekil 5. Hayali Olarak Bir Kişinin Aile Planlamasına İlişkin Bilişsel Tutumu (38)

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

Bireylerin tutumları 20'li yaşlara kadar kesinleşmektedir. İnsanlar bu yaşa kadar farklı insanları taklit ederek birçok farklı tutumu öğrenirler (38). Örneğin, Longmore ve ark (2004)'nın anneler ve kızları ile yaptıkları çalışmalarında, kızların aile planlamasına bakışının annenin bakışına benzer olduğunu bildirmişleridir (54).

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

İnsan psikolojisini oluşturan temel tutumlar, kişilik özellikleri, duygular, bilişsel işlevler, geçmiş yaşantılar, travmalar, öğrenilmiş davranış modelleri vb. durumlar cinselliğe yaklaşımımızı ve seçimlerimizi belirler. Sosyokültürel bakış açısına göre ise, cinsel tutum ve davranışlar kişilerin yetiştiği ve içinde yaşadığı aile, yakın çevre, alt kültür ve toplumsal yapı, gelenekler ile dini inanç ve ahlaki değerler tarafından belirlenmektedir. Cinselliğin yasaklandığı, rahatça konuşulmadığı, cinselliğe yönelik olumsuz tutumların sergilendiği tutucu aile ortamlarında yetişme gibi unsurlar bireylerin, cinsel sağlıklarını olumsuz etkileyebilir (39, 56, 58).

2.10. Modern Aile Planlaması Yöntemleri

2.10.1. Hormonal Kontraseptifler

2.10.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK) (59)

Ülkemizde KOK'ların kullanımının sıklığı gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. TNSA 2003 verilerinde kadınların KOK kullanımı %4,7 iken, TNSA 2008 verilerinde bu oranın %5,3'e yükseldiği, TNSA 2013 verilerine göre ise %4,6 ya gerilediği bildirilmiştir. İlhan ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada kentsel ve yarı kentsel bölgedeki kadınların %9,9' unun KOK kullandığı bildirilmiştir. Amerika'da yapılan bir çalışmada ise 18–39 yaş kadınların %30'unun hormonal kontraseptifleri kullandığı bildirilmiştir (60, 61).

2.10.1.2. Mini Haplar

Minihaplar (Progesteron-only pills=POP) sadece sentetik progesteron içeren ve sürekli kullanım gerektiren oral kontraseptiflerdir. Dünyada ilk kez 1973'te kullanıma

sunulmuşlardır. Minihapların dünya çapında kullanım oranları farklı olmakla birlikte genelde KOK'lardan düşük oranda kullanılmaktadırlar. Minihaplar östrojen kullanamayan kadınlar için uygun bir seçenektir. Yüksek derecede etkilidir, kusursuz kullanımda 0.3 olan başarısızlık oranı tipik kullanımda %8-9 olarak bulunmuştur (62).

2.10.1.3. Post Koital Haplar

Acil oral kontrasepsiyon korunmasız ya da kontrasepsiyonun başarısız olduğu bir cinsel ilişkiden sonra, gebelik başlamadan uygulanan kontrasepsiyon yöntemidir. Son 30 yıl içerisinde yapılan çalışmalar ışığında acil kontrasepsiyonun istenmeyen gebeliğin engellenmesi için ikinci bir şans tanıyan, etkili ve güvenli bir yöntem olduğu kabul edilmiştir.

Post koital hapların koruyuculuğu %98'dir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde kullanılmalıdır (63, 64). Dede ve arkadaşları (2004) postkoital hapların etkinliğini ile ilgili yaptıkları araştırmalarında korunmasız cinsel ilişki yaşayan kadınların post koital hapi kullandıktan sonra hiçbirinde gebeliğin oluşmadığını bildirmişlerdir (65).

2.10.1.4 Enjekte Edilen Hormonal Kontraseptifler

Enjekte edilen kontraseptifler, uzun etkili hormon preparatı içeren kontraseptif yöntemlerdir. İçerdikleri hormon tipine göre yalnız progesteron içeren enjekte edilen kontraseptifler ve kombine (östrojen-progesteron içeren) enjekte edilen kontraseptifler olmak üzere iki ana gruba ayrılır. Başlangıçta endometriyozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutizm ve kanama düzensizliklerinin tedavisinde kullanılmış, 1960'larda kontraseptif olarak gündeme gelmiştir. Yaklaşık 25 yıldır kontrasepsiyon olarak seksenden fazla ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan klinik çalışmalar göstermiştir ki, enjekte edilen kontraseptiflerin kullanımı oldukça kolay, etkili, emniyetli ve kanama problemleri gibi yan etkilerine rağmen son derece popüler yöntemlerdir (66).

2.10.1.5 Deri Altı İmplantları

Deri altı implantları, derinin altına yerleştirilen levonorgestrel (LNG) içeren kapsüllerdir. LNG sentetik bir progestindir. Küçük cerrahi bir girişimle üst kolun iç kısmına derinin hemen altına yerleştirilir. Koruyuculuğu %99,9'dur (64, 67).

2.10.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)

Rahim içi araçlar (RİA) ülkemizde en sık, dünyada da ikinci sıklıkta yaygın olarak kullanılan kontraseptif yöntemlerdir. TNSA-2013 verilerinde kadınların %16,8'i, TNSA-2008

verilerinde kadınların %16,9'u ve TNSA–2003 yılında kadınların %20,2'si RİA kullandığını bildirilmiştir. (13, 22). Meteoglu ve arkadaşlarının (2001) Aydın'da yaptığı çalışmalarında kadınların %32,4'ünün RİA kullandıklarını bildirmişleridir (68).Şen ve Erbek (2001) çalışmalarında kadınların %35,5'inin RİA kullandığını rapor etmişleridir (69).Kaya ve arkadaşlarının (2008) doğu bölgesinde yaptıkları çalışmalarında ise kadınların sadece %21,5'inin RİA kullandığı bildirilmiştir. Avrupa ülkeleri arasında yapılan karşılaştırmada RİA'yı en çok kullanan ülke (%27) Norveç, en az ise İngiltere (%2) olduğu bildirilmiştir (32, 88).

Günümüzde bakırlı ve hormonlu olmak üzere iki tip RİA kullanılmaktadır. Türkiye'de kullanılmakta olan bakırlı RİA'lar; T Cu 380-A, Multiload (MLCu 250 ve 375), Nova T (TCu 200 Ag ve 380 Ag)'dir. Ülkemizde hormonlu RİA olarak Mirena piyasada bulunmaktadır (75). 1970'lere ait bir yöntem olan progesteronlu RİA metodu, o yıllarda kullanılan sistemin ektopik gebelik insidansında artışa neden olduğu gerekçesi ile piyasadan çekilmesinden uzunca sayılabilecek bir dönem sonra levenorgestrol (LNG) içeren RİA sisteminin geliştirilmesi ile 2000 yılından itibaren yeniden popülerite kazanmıştır. Günlük 20 µg LNG salınımı sağlamaktadır (70).

2.10.3. Bariyer Yöntemler

2.10.3.1. Kondom

Kondom çok eskiden beri gebeliği önleme amacı ile kullanılmaktadır. Erkek ya da kadın cinsel organına takmaya uygun, içerisinde genellikle spermisid maddeler bulunan, gebelikten ve giderek yaygınlaşan AİDS ve CYBH'den korunma araçlarıdır (7, 71, 75).

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmalarına göre kondom kullanımı giderek artmaktadır. TNSA–2003 verilerinde %10,8, 2008 verilerinde %14,3 TNSA- 2013 verilerinde ise %15,8 olarak bildirilmiştir. RİA'dan sonra kullanılan ikinci modern yöntemdir (13, 22).

2.10.3.2. Kadın Kondomu

Kadın kondomu, cinsel ilişki sırasında vajene yerleştirilen bir kılıftır (71). Özellikle cinsel eşleri kondom kullanmayan kadınlara CYBH'lerden korunma ve fertilitatesini kendisinin kontrol etmesi şansını vermektedir .Erkek kondomu gibi spermilerin vajinaya dökülmesini önler (4).

2.10.3.3. Diyafram

Serviksi mekanik olarak kapatan diyaframlar, kubbe şeklinde, kenarları bükülebilen kauçuktan ya da silikondan yapılmış araçlardır (7). Diyafram vajen ve servikal kanal arasında mekanik bir engeldir. Daha etkili olması için spermisidlerle birlikte kullanılması önerilir (72, 75).

2.10.3.4. Spermisitler

Vajinal spermisidler, sperm hücre membranını tahrip ederek, spermelerin motilitesini azaltan kimyasal ajanlardır. Spermelerin servikse ulaşmadan etkisiz hale getirilmesi için vajina derinine yerleştirilir (73,75). Farklı formları (vajinal krem, film, köpük, jel, ovül, sünger ve tablet) vardır, genelde tüm formları nonoxsinol 9 gibi spermisidi içerir (4).İstenmeyen gebeliklerden koruma oranına bakıldığında, doğru kullanıldığında %94, doğru kullanılmadığında % 74'lere kadar düşmektedir (75).

2.10.4. Cerrahi Kontrasepsiyon Yöntemleri

2.10.4.1 Tüp ligasyon

Tüp ligasyon spermin yumurtaya ulaşmasını ve döllemenmesini önleyecek şekilde fallop tüplerinin kapatılmasıdır. Lokal ya da genel anestezi altında uygulanabilir. %0,1 başarısızlık şansı vardır (4,77). Sak ve arkadaşları (2008) Güneydoğu Anadolu'da yaptıkları çalışmalarında kadınların %7,2'sinin tüp ligasyon yöntemini kullandıklarını bildirmişlerdir (78). Bozkurt ve arkadaşları (2005) Ankara'da yaptıkları çalışmalarında ise kadınların %8,8'inin tüp ligasyon olduğunu rapor etmişleridir (79). Aydın'da kadınların %6,7'sinin tüp ligasyon olduğu bildirilmiştir (80).

2.10.4.2. Vazektomi

Erkeklerle uygulanan vazektomi; etkili, güvenli, maliyeti düşük, basit ve kalıcı bir yöntem olup, dünyada 60 milyona yakın çift bu yöntemle gebelikten korunmaktadır (81). Erkeklerde vas deferansın bağlanıp kesilmesi sonucu spermelerin ejakulat sıvısına geçişini engelleyerek gebelikten korur. Kadın sterilizasyonuna göre daha kısa sürede yapılan ve daha kolay uygulanan bir işlemdir. Erkeğin hormonlarını, dış görünüşünü, cinsel işlevini etkilememektedir (4).

Ülkemizde 1983 yılında yürürlüğe giren 2827 sayılı yasaya göre, on sekiz yaşını doldurmuş her erkeğin bu hizmetten yararlanma hakkı vardır. Erkekler bekar ise kendi rızası ile, evli ise eşinin de onayını almak kaydıyla vazektomi yaptırabilir (81).Klasik yöntem ve kesiksiz

bistürisiz yöntem olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. En etkili AP yöntemlerindendir. Başarısızlık oranı binde bir kadardır (75).

2.11. Doğal Aile Planlaması

Doğal aile planlaması, çiftlerin doğurganlık bilinci ile, gebeliği önlemeyi ya da oluşturmaya sağlayan bazı kuralları birlikte uygulaması olarak tanımlanıyor. Doğal aile planlaması, servikal mukus ya da ovulasyon (Billings) yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, servikal palpasyon yöntemi, üçünün bileşimi olan semptotermal ve takvim yöntemlerini kapsar. Günümüzde fertilité durumunu (ovulasyon dönemini) saptamada bir takvim kimyasal ve hormonal testlerden de yararlanılmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda, idrarda LH piki tayini ve tükürük ya da servikal mukusta fern kristalizasyonu testinin (eğreltiotu görünümü) ovülasyon gününü belirlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır (82).

2.11.1. Takvim Yöntemi

Menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 ay – 1 yıllık gözlem süresi sonunda en az sekiz siklus izlenerek siklusun en uzun ve en kısa günleri belirlenir. Adetleri düzensiz olan kadınlar için, en uzun siklusun gün sayısından 11, en kısa siklusun gün sayısından 18 çıkarılarak gebelik için tehlikeli olan dönemin başlangıç ve bitiş günleri saptanmış olur. Adetleri sürekli düzenli olanlarda fertil dönemi belirlemek için; kadının siklus gün sayısından 14 gün çıkarılıp ovulasyon günü bulunur. Bu günün üç gün öncesi ve üç gün sonrası tehlikeli gün olarak kabul edilir (7, 83, 84).

2.11.2. 2. Geri Çekme

Geri çekme (Coitus interruptus), ilişki sırasında erkeğin boşalmadan hemen önce penisini vajinadan çıkarıp dışarıya boşalmasıdır. Koruyuculuğu düşük olduğundan istenmeyen gebeliklerin büyük kısmı bu yöntemi kullananlarda olmaktadır (85, 86). Türkiye’de geri çekme yöntemi en çok kullanılan geleneksel yöntemdir. TNSA 2013 verilerinde geri çekme yöntemi kullanan kadınlar %25,5 iken, TNSA 2008 verilerinde % 26,2 oranındadır.

Bu yöntemin dezavantajları, erkeğin otokontrolüne bağlı olması ve ejakülasyon öncesi bir miktar semenin vajinaya kontrolsüz olarak geçebilmesidir (72,73).

2.11.3. Vajinal Duş

Koitudan hemen sonra kadının vajinasını su, sirke veya bir takım temizlik ürünleri ile yıkamasıdır. Yıkama için kullanılan maddenin cinsine göre değişik türde vajinit oluşabilir.

Özellikle hijyen açısından sağlıklı bir yöntemdir. Kadında ve erkekte cinsel doyumsuzluğa yol açabilir. Koitus sırasında spermier ejakulasyondan 15 saniye sonra servikal kanala geçtiği için güvenli olmayan bir yöntemdir (2,4,64).

2.11.4. Laktasyonel Amenore

Emzirme ile fertilizasyonun baskılanması sonucu oluşan, Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM) adet kanaması olmadığı süre içinde emzirmeyle gebelikten korunma yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Sık ve tam emzirme ile artan prolaktin hormonunun doğrudan hipotalamus ya da overe etkisi ile ovulasyon baskılanır. Anne bebeğine su dahil hiçbir ek besin vermeksizin sık sık (gece dahil) ve her defasında uzun süre emziriyorsa, bu yöntem ilk altı ay için geçerlidir. Annenin doğumdan sonra adet kanaması görmemiş olması gerekir. Adet olmadan da ovulasyon olabileceğinden ek gıdaya başlanırsa ek kontraseptif yöntemle de başlanmalıdır. Sağılıp verilen anne sütü de ek gıda gibi düşünölmelidir. Tanımlanan koşulların tam olarak sağlandığında ilk altı ay için emziren annenin gebe kalma riski sadece %2'dir (35, 64) .

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırma Deseni

Araştırma 15–49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması yöntemlerine karşı tutumlarının doğurganlık düzeyleri ile ilişkisini incelemek amacıyla kesitsel analitik olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İzmir ili Gaziemir ilçesinde Dokuz Eylül Üniversitesi 10 No’lu Binbaşı Reşat Bey Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’nde (Binbaşı EASM) yapılmıştır. Bu aile sağlığı merkezinde toplam 636 tane 15-49 yaş grubu evli / birlikte yaşayan kadın bulunmaktadır. 10 No’lu Binbaşı Reşat Bey Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’nin bulunduğu bölge şehir merkezine ve sanayi bölgesine yakın bir konumdadır. Bölgesinin nüfusu daha çok doğu bölgelerimizden göç alan bireylerden oluşmakta ve sosyoekonomik seviyesi düşüktür. Bölgede eğitim seviyesi ortalaması oldukça düşük olmakla beraber okuma yazma bilmeyen ve Türkçe konuşamayan kadınlar bulunmaktadır. Kadınların çoğu ev hanımıdır. Binaların çoğu tek katlı ve bahçeli müstakil evlerdir. Bu bölgede yaşayan insanların çoğu aile planlaması hizmetleri ile beraber diğer sağlık hizmetlerini Binbaşı EASM’den almaktadırlar.

3.3.Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini İzmir iline bağlı Gaziemir 10 No’lu Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan 15-49 yaş arası evli/ birlikte yaşayan 636 kadın oluşturmaktadır.

3.4. Araştırma Örnekleme

Araştırmamızda örneklem belirlenmemiş olup tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmanın örneklemini 15-49 yaş grubundaki 636 kadın oluşturmuştur. Araştırma kapsamına alınan kadınlardan 11’ i infertil olduğu, 4 tanesi menopozda olduğu, 22’si çalışmaya katılmayı reddettiği, 11’i başka yere taşındığı ve 128’ ine telefondan ya da başka kanaldan ulaşılamadığı için çalışma 460 kadınla tamamlanmıştır.

3.4.1. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri

- 1.Dokuz Eylül Üniversitesi 10. No’lu Gaziemir EASM’ye kayıtlı olmak
2. Gönüllü olmak
3. 15-49 yaş grubunda kadın ve evli olma veya eşi ile birlikte yaşama
4. İletişim kurabilme
5. Türkçe konuşabilme

Dışlama Kriterleri

- 1.İnfertil olma
2. Menopozda olma (son 1 yıldır adet olmama)

3.5. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek, katılmaya gönüllü olanlardan yazılı onamları alınmıştır. Veri toplama araçları olarak; demografik verileri, bilgi ve davranışı sorgulayan araştırmacılar tarafından literatür ışığında oluşturulmuş soru formu ve aile planlamasına karşı tutumu ölçen Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) kullanılmıştır.

3.5.1. Anket Formu (Ek-4)

Araştırmanın verileri soru formu (Ek-4) ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Ek-5) ile toplanmıştır.

Kadınlara ait anket formunda, *sosyo-demografik özelliklerle ilgili*; yaş, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, aile tipi ve sosyal güvence durumu, *Obstetrik özelliklerle ilgili*; gebelik, canlı doğum, ölü doğum, düşük ve küretaj sayısı, halen yaşayan çocuğunun sayısı ve en son gebeliğinin planlı olup olmadığı, çocuk sahibi olmayı düşünüp düşünmediği ve düşünüyorsa ne zaman düşündüğü, *AP yöntemlerine ilişkin özellikler* ile ilgili; herhangi bir AP yöntemi bilip bilmediği, biliyor ise hangi yöntemleri bildiği, bilgiyi nereden aldığı, herhangi bir sağlık personelinde AP yöntemlerine yönelik danışmanlık alıp almadığı ve almışsa yeterli bulup bulmadığı, yöntem kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa şuanda hangi yöntemi kullandığı ve bu yöntem hakkındaki düşünceleri, kullanmayı bıraktığı yöntem/yöntemler olup olmadığı, bırakmışsa hangi yöntem/yöntemleri kullanmayı bıraktığı ve nedeni, sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaşta önce ve sonra gebe kalmaması gerektiği, iki gebelik arasında en az kaç yıl olması gerektiği, AP yöntemi kullanımı kararında eşle konuşulmasının gerekliliği ve soru formunun anlaşılabilirlik ve uygulanabilirliğini test etmek için 10 kadın ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda kadınların aile planlaması kullanımına ilişkin görüşlerini sorgulayan iki soru yeniden düzenlenmiştir.

3.5.2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) (Ek- 5)

Aile Planlaması Tutum Ölçeği bireylerin aile planlamasına yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla Örsal ve Kubilay (2007) tarafından geliştirilen “Aile Planlaması Tutum Ölçeği – APTÖ” kullanılmıştır.

APTÖ 34 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her bir ifade 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. "Tamamen Katılıyorum yanıtı 1 puan ", "Katılıyorum yanıtı 2 puan", "Kararsızım yanıtı 3 puan", "Katılmıyorum yanıtı 4 puan", "Tamamen Katılmıyorum yanıtı 5 puan " almaktadır.

Ölçek toplumun AP'ye ilişkin tutumu, AP yöntemlerine ilişkin tutumu ve gebeliğe ilişkin tutumu olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarından "*Toplumun AP'ye İlişkin Tutumu*"nu oluşturan madde sayısı 15'dir ve bu alt boyuttan en az 15 en fazla 75 puan alınabilir. Ölçeğin alt boyutlarından "*AP Yöntemlerine İlişkin Tutumu*"nu oluşturan madde sayısı 11'dir. Bu alt boyutundan en az 11 en fazla 55 puan alınabilir. Ölçeğin "*Gebeliğe İlişkin Tutum*" alt boyutunun madde sayısı 8'dir ve bu alt boyuttan en az 8 en fazla 40 puan alınabilir. Ölçekten toplamda en düşük 34, en yüksek 170 puan alınmaktadır. Ölçekten daha yüksek puan almak daha olumlu AP tutumu anlamına gelmektedir.

Örsal ve Kubilay (2007) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin güvenirlik incelemesinde iç tutarlılığına bakılmış ve toplam puanda Cronbach Alfa güvenirlik kat sayısı 0,90 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı; topluma ilişkin alt boyutunda 0,76, yöntemlere ilişkin alt boyutunda 0,90, gebeliğe ilişkin alt boyutunda 0,69 ve ölçek toplam puanda katsayısı ise 0,90 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler 1 Kasım-31 Aralık 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma kriterlerine uyan katılımcılar telefonla randevu verilerek aile sağlığı merkezine davet edildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözel ve yazılı onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak soru formu doldurulmuştur. Soru formunun doldurulması yaklaşık 5-10 dakika sürmüştür.

Soru formu doldurulduktan sonra Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin (APTÖ) doldurulmasına ilişkin kadınlara açıklama yapılmış ve ölçek maddesini anlamada güçlüğü olan kadınlara gerekli açıklamalar yapılarak anlayarak doldurmaları sağlanmıştır. Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin (APTÖ) doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

3.7.Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1.Bağımlı Değişkenler

Doğurganlık düzeyi

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

Sosyo - demografik değişkenler

Obstetrik Özellikler

AP tutum düzeyi

3.8. Araştırma Soruları

15-49 yaş arası kadınların doğurganlık düzeyi ile AP tutum düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktararak veri kontrolü yapılmış ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS 24:00 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla; tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon analizi uygulanmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, tek bir bölgede yapılmış ve bu bölge daha çok sosyo-ekonomik seviyesi düşük ve göç almış homojen olmayan bir bölgeyi temsil etmekte olduğundan topluma genellenemez

Araştırmada kullanılan soru formu yüz yüze görüşme yöntemi ile yapıldığından bazı aile planlaması ile ilgili konuları bazı kadınlar mahremiyet olarak algılamış ve durumlarını tam olarak yansıtmayan yanıtlar vermiş olabilirler.

3.11. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.12.2016 tarihinde, 2016/33-29 karar numarası ile yazılı onay alınmıştır (Ek-1). Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalından araştırmanın aile sağlığı merkezinde yürütülmesi için izin alınmıştır. Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Yrd. Doç. Dr. Özlem Örsal'dan yazılı izin alınmıştır. (Ek-2)

Görüşme öncesinde kadınlara gerekli açıklamalar yapılmış ve gönüllü olanlara bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldıktan sonra çalışmaya alınmıştır. Kadınlara elde edilen bilgilerin başka bir yerde kullanılmayacağı belirtilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmaya alınan 460 katılımcının yaş ve evlilik yaşlarına göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $32,67 \pm 7,691$ (minimum 17, maksimum 49) olarak bulunmuştur. Katılımcıların evlilik yaş ortalaması $20,67 \pm 4,177$ (minimum 12, maksimum 42) olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların yaş ve evlenme yaşlarının ortalamaları

Özellikler (n=460)	Ortalama $\pm$ Standart sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	$32,67 \pm 7,691$	17	49
Evlilik Yaşı	$20,67 \pm 4,177$	12	42

Çalışmaya katılan kadınların yaş ve evlenme yaş gruplarına göre dağılımını göstermektedir. Kadınların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde % 20,2'sinin (n=93) 15-25 yaş, % 44,8'inin (n=206) 26-35 yaş ve % 37,4'ünün (n=161) 35-49 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların evlilik yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde % 45,7'si (n=210) 12-19 yaş, %52,3'ü (n=238) 20-29 yaş, % 2'si (n=12) 30 ve üzeri yaş grubundadır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların yaş ve evlilik yaşı gruplarına göre dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Yaş		
15-25	93	20,2
26-35	206	44,8
35-49	161	37,4
Evlilik Yaşı		
12-19	210	45,7
20-29	238	52,3
30 ve üzeri	12	2,0
Toplam	460	100,0

Çalışmaya alınan 460 katılımcının bazı demografik özelliklerine göre dağılımı tablo 3'de incelenmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %18,3'ü

(n=84) okur-yazar değil, %37,4 'ü (n=172) ilkokul mezunu, %22,3 'ü (n=103) ortaokul mezunu, %12'si (n=55) lise mezunu, %10'u (n=46) üniversite ve lisansüstü bir eğitimi tamamlamış olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında % 7,8 'i (n=36) memur, % 8,1'i (n=37) işçi, % 4,1'i (n=19) serbest meslek, %79,1'i (n=364) ev hanımı, % 0,9 'u (n=4) diğer meslek gruplarından olduğu saptanmıştır. Katılımcıların en büyük oranını (%79,1) ev hanımı grubu oluşturdu (Tablo 3).

Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde % 99,1'inin (n=456) evli, % 0,9 'unun (n=4) imam nikâhlı/birlikte yaşıyor olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Eğitim Durumları		
Okur-yazar değil	84	18,3
İlkokul	172	37,4
Ortaokul	103	22,3
Lise	55	12,0
Üniversite ve lisansüstü	46	10,0
Meslek		
Memur	36	7,8
İşçi	37	8,1
Serbest Meslek	19	4,1
Ev Hanımı	364	79,1
Diğer	4	0,9
Medeni Durum		
Evli	456	99,1
İmam nikahlı/birlikte yaşıyor	4	0,9
Aile tipi		
Çekirdek	377	82,0
Geniş	83	18,0
Sosyal Güvence		
Var	361	78,5
Yok	99	22,5
Toplam	460	100,0

Katılımcılar aile tiplerine göre incelendiğinde %82'si (n=377) çekirdek , %18'i (n=83) geniş aile tipinden oluşmaktadır (Tablo 3).

Katılımcılar sosyal güvence durumlarına göre incelendiğinde %78,5'inin (n=361) sosyal güvencesi var , % 22,5'inin (n=99) sosyal güvencesi yok olarak saptanmıştır (Tablo 3).

4.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özelliklerine göre ortalama değerleri Tablo4'te verilmiştir. Katılımcıların ortalama gebelik sayısı $2,88 \pm 1,84$ (minimum 0, maksimum 10), ortalama canlı doğum sayısı $2,2 \pm 1,5$ (minimum 0, maksimum 8), ortalama ölü doğum sayısı $0,07 \pm 0,29$ (minimum 0, maksimum 3), ortalama düşük sayısı $0,42 \pm 0,83$ (minimum 0, maksimum 6), ortalama küretaj sayısı $0,11 \pm 0,43$ (minimum 0, maksimum 6) olarak saptanmıştır. Katılımcıların ortalama yaşayan çocuk sayısı $2,23 \pm 1,46$ (minimum 0, maksimum 8) olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre ortalama değerleri

Obstetrik Özellikler (n =460)	Ortalama± Standart sapma	Minimum	Maksimum
Gebelik Sayısı	$2,88 \pm 1,84$	0	10
Canlı Doğum Sayısı	$2,20 \pm 1,50$	0	8
Ölü Doğum Sayısı	$0,07 \pm 0,29$	0	3
Düşük Sayısı	$0,42 \pm 0,83$	0	6
Küretaj Sayısı	$0,11 \pm 0,43$	0	3
Yaşayan Çocuk Sayısı	$2,23 \pm 1,46$	0	8

Tablo 5, katılımcıların obstetrik özelliklerini göstermektedir. Katılımcıların gebelik sayısına göre dağılımları incelendiğinde gebeliği olmayanların oranı % 5,7 (n=26), bir gebeliği olanların oranı %18,3 (n=84), iki gebeliği olanların oranı % 24,1 (n=111), üç gebeliği olanların oranı % 20,9 (n=96) ve dört ve üzeri gebeliği olanların oranı % 31,1 (n=143)' dir (Tablo 5).

Katılımcılar canlı doğum sayısına göre dağılımları incelendiğinde %13'ü (n=60) canlı doğum yapmamış , %19,3'ü (n=89) bir canlı doğum yapmış, %30,7'si (n=141) iki canlı doğum yapmış, % 37'si (n=170) üç ve üzeri canlı doğum yapmıştır (Tablo 5).

Katılımcılar ölü doğum yapma durumuna göre incelendiğinde kadınların %93,7'si (n=431) ölü doğum yapmamış ve %6.3'ü (n=29) bir ölü doğum yaptığı saptanmıştır (Tablo 5).

Katılımcılar düşük yapma durumuna göre değerlendirildiğinde, düşük yapmayanlar % 72 (n=331), bir kez düşük yapanlar %18,7 (n= 86), iki ve daha fazla düşük yapanlar %9,4 (n= 43) oranındadır (Tablo 5)

Katılımcıların küretaj olma durumuna göre bakıldığında % 92,4 'ü (n=425) hiç küretaj yaptırmamış, % 4,8 'i (n=22) bir kez küretaj yaptırmış ve % 2,9'u (n= 13) iki ve daha fazla küretaj yaptırmıştır (Tablo 5).

Katılımcılar yaşayan çocuk sayısına göre incelendiğinde %10,7'sinin (n=49) yaşayan çocuğu yok, % 20,9 'unun (n= 96) yaşayan çocuk sayısı bir, % 31,3'ünün (n= 144) yaşayan çocuk sayısı iki ve % 37,2'sinin (n= 171) yaşayan çocuk sayısı üç ve üzerinde olarak belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların obstetrik özelliklerinin dağılımı

Obstetrik Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Gebelik Sayısı		
Gebeliği Olmayan	26	5,7
1 gebelik	84	18,3
2 gebelik	111	24,1
3 gebelik	96	20,9
4 ve üzeri gebelik	143	31,1
Canlı Doğum Sayısı		
Canlı Doğum Yapmayanlar	60	13,0
1 canlı doğum	89	19,3
2 canlı doğum	141	30,7
3 ve üzeri canlı doğum	170	37,0
Ölü Doğum Yapma Durumu		
Yapmayanlar	431	93,7
1 ölü doğum	29	6,3
Düşük Yapma Durumu		
Yapmayanlar	331	72,0
1 düşük	86	18,7
2 ve daha fazla düşük	43	9,4
Küretaj Olma Durumu		
Olmayan	425	92,4
1 küretaj	22	4,8
2 ve daha fazla küretaj	13	2,9
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Çocuğu yok	49	10,7
1 çocuk	96	20,9
2 çocuk	144	31,3
3 ve daha fazla çocuk	171	37,2
Toplam	460	100,0

4.3. Katılımcıların Planlı Gebelik ve AP Yöntemlerine İlişin Özellikleri

Tablo 6, katılımcıların planlı gebelik durumu ve AP yöntemlerine ilişkin özelliklerini göstermektedir. Katılımcıların son gebeliğini planlama durumuna göre bakıldığında %31,6 'sının (n=137) son gebeliği planlı iken, %68,4 'ünün (n= 297) son gebeliği plansız olarak

belirlenmiştir (Tablo 6).

Katılımcıların çocuk sahibi olmayı düşünme durumlarına bakıldığında % 48,7'si (n=224) çocuk sahibi olmayı düşündüğünü belirtmiş ve %51,3'ü (n=236) çocuk sahibi olmayı düşünmediğini belirtmiştir. Çocuk sahibi olmayı düşünenlere çocuk sahibi olmayı düşünme zamanları sorulduğunda %30,4'ü (n=68) hemen, %6,3'ü (n=14) bir yıl sonra ve %63,4 'ü (n=142) iki yıldan sonra çocuk sahibi olmayı düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların planlı gebelik ve çocuk sahibi olmayı düşünme durumlarının dağılımı

Son Gebeliğini Planlama Durumu	n (sayı)	% (yüzde)
Planlı	137	31,6
Plansız	297	68,4
Toplam	434	100,0
Çocuk Sahibi Olmayı Düşünme Durumu		
Düşünen	224	48,7
Düşünmeyen	236	51,3
Toplam	460	100,0
Çocuk Sahibi Olmayı Düşünme Zamanı		
Hemen	68	30,4
Bir Yıl Sonra	14	6,3
İki Yıldan Sonra	142	63,4
Toplam	224	100,0

Tablo 7 katılımcıların AP yöntemlerine ilişkin özelliklerini; AP yöntemlerini bilme ve bilgi kaynağı durumlarını göstermektedir. Katılımcıların AP yöntemlerini bilme durumlarına bakıldığında %99,3'ü (n=457) en az bir aile planlaması yöntemi bildiğini, %0,7 'si (n=3) herhangi bir AP yöntemi bilmediğini belirtti (Tablo 7).

Katılımcılar bilinen AP yöntemlerine göre bakıldığında %90,8'i (n=415) kondomu, % 90,2'si (n=412) geri çekmeyi, % 89,3'ü (n=408) hapi, % 87,7 'si (n=401) RİA'yı, %78,6'sı (n=359) enjeksiyon yöntemini, %76,6'sı (n=350) tüp ligasyon yöntemini, %33'ü (n=151) vazektomi yöntemini, %29,3'ü (n=134) takvim yöntemini, %2,2'si (n=10) diğer AP yöntemleri bildiğini belirtmiştir (Tablo 7).

Katılımcıların AP yöntemleri ile ilgili bilgiyi nereden öğrendikleri sorgulandığında %56,5'i (n=260) sağlık personeli , % 44,6'sı (n=205) akraba-komşu, % 29,6 'sı (n=136) radyo-TV-internet, %13,7'si (n=63) gazete-dergi-kitap aracılığıyla, %7,2'si (n=33) diğer kaynaklardan bilgi aldığını belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların AP yöntemlerini bilme ve bilgi kaynağı durumları

AP yöntemlerine İlişkin Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
AP yöntemi bilme durumu		
Evet	457	99,3
Hayır	3	0,7
Toplam	460	100,0
Bilinen AP yöntemleri		
Kondom	415	90,8
Geri çekme	412	90,2
Hap	408	89,3
Ria	401	87,7
Enjeksiyon	359	78,6
Tüp Ligasyon	350	76,6
Vazektomi	151	33,0
Takvim Yöntemi	134	29,3
Diğer	10	2,2
Toplam	457	100,0
Bilgi Kaynağı		
Sağlık Personeli	260	56,5
Akraba-Komşu	205	44,6
Radyo-Tv-İnternet	136	29,6
Gazete-Dergi-Kitap	63	13,7
Diğer	33	7,2
Toplam	460	100,0

Tablo 8. Katılımcıların AP yöntemlerine ilişkin danışmanlık alma durumları

AP Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu	n (sayı)	% (yüzde)
Alan	301	65,4
Almayan	159	34,6
Toplam	460	100,0
AP Danışmanlık Hizmetini Yeterli Bulma Durumu	n (sayı)	% (yüzde)
Evet	268	89,0
Hayır	33	11,0
Toplam	301	100,0

Tablo 8 incelendiğinde katılımcıların AP yöntemlerine ilişkin danışmanlık alma durumları sorgulanmıştır. Katılımcıların AP danışmanlık hizmeti alma durumuna bakıldığında % 65,4'ü

(n=301) en az bir kere AP danışmanlığı almış ve % 34,6 'ü (n=159) AP danışmanlığı almadığını belirtmiş. Katılımcıların AP danışmanlık hizmetini yeterli bulma durumları sorgulandığında %89,0'ı (n=268) yeterli bulduğunu, %11,0'ı (n=33) AP danışmanlık hizmetini yeterli bulmadığını belirtmiştir (Tablo 8).

Tablo 9 incelendiğinde katılımcıların AP yöntemi kullanma kararının eş ile konuşularak alınması gerektiği konusunda düşünceleri sorulduğunda %95,7'si (n=440) AP yöntemi kullanma kararının eş ile konuşulması gerektiğini söylerken, %4,3'ü (n=20) AP yöntemi kullanma kararının eş ile konuşulmasını gerekli bulmadığını belirtmiştir (Tablo 9).

Katılımcılara AP yöntemini uygulama sorumluluğunun kimde olması gerektiği konusundaki düşünceleri sorulduğunda %20,9'u (n=96) kadında, %42'si (n=193) erkekte, %30,7'si (n=141) her ikisinde ve %6,5'u (n=30) bilmediğini belirtmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı

Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
AP Yöntemi Kullanma Kararının Eş ile Konuşularak Alınması Gerektiği Konusunda Düşünceleri		
Evet	440	95,7
Hayır	20	4,3
AP Yöntemini Uygulama Sorumluluğunun Kimde Olması Gerektiği Konusunda Düşünceleri		
Kadın	96	20,9
Erkek	193	42,0
Her ikisi de	141	30,7
Bilmiyorum	30	6,5
TOPLAM	460	100,0

Tablo 10 incelendiğinde, katılımcıların AP yöntemi kullanma durumlarına göre dağılımına bakıldığında halen herhangi bir yöntem kullanma durumu %80 (n=368), şuan herhangi bir yöntem kullanmayanların oranı %20'dir (n=92). Halen kullanılan yöntemler sırasıyla %35,3 (n=130) geri çekme, %28,0 (n=103) kondom, %22,3 (n=82) RİA, %9,0 (n=33) hap, %7,1 (n=26) tüp ligasyon, %3,8 (n=14) enjeksiyon, %0,3 (n=1) takvim yöntemi kullanmaktadır. Katılımcılar arasında vazektomi yöntemi kullanan yoktur ve %1,5 (n=4) geri kalan kısım diğer AP yöntemlerini kullandığını belirtmiştir. Katılımcılara şuan kullandıkları yöntem hakkındaki düşünceleri sorulduğunda %55,7'si (n=205) kullandığı yöntemden memnun olduğunu ve güvenli bulduğunu, % 11,6'sı (n=43) kullandığı yöntemden memnun olmadığını

belirtmiştir. Bu konuda fikir beyan etmeyenler katılımcıların %32,6'sını (n=120) oluşturmaktadır (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların AP yöntemi kullanma durumuna göre dağılımı

Halen Yöntem Kullanma Durumu	n (sayı)	% (yüzde)
Evet	368	80,0
Hayır	92	20,0
Toplam	460	100,0
Halen Kullanılan Yöntemler		
Geri Çekme	130	35,3
Kondom	103	28,0
Ria	82	22,3
Hap	33	9,0
Tüp Ligasyon	26	7,1
Enjeksiyon	14	3,8
Takvim Yöntemi	1	0,3
Vazektomi	-	-
Diğer	4	1,5
Toplam	368	100,0
Şuanda Kullanılan Yöntem Hakkındaki Düşüncesi		
Memnun ve güvenli	205	55,7
Memnun değil	43	11,6
Fikir Belirtmemiş	120	32,6
Toplam	368	100,0

Tablo 11. Katılımcıların AP yöntemi bırakma durumuna göre dağılımı

	n (sayı)	% (yüzde)
Geçmişte AP Yöntemi Bırakma Durumu		
Evet	265	57,6
Hayır	195	42,4
Toplam	460	100,0
Bırakılan AP Yöntemi		
RIA	115	43,4
Kondom	106	40,0
Geri Çekme	89	33,6
Hap	88	33,2
Enjeksiyon	53	20,0
Diğer	4	1,5
Toplam	265	100,0

Tablo 11 katılımcıların AP yöntemi bırakma durumuna göre dağılımını göstermektedir. Katılımcıların %57,6'sı (n=265) geçmişte herhangi bir AP yöntemini bıraktığını, %42,4'ü (n=195) geçmişte bir AP yöntemi bırakmadığını belirtmiştir. Bırakılan AP yöntemleri sırasıyla RİA %43,4 (n=115), kondom %40,0 (n=106), geri çekme %33,6 (n=89), hap 33,2 (n=88), enjeksiyon %20,0 (n=53) ve diğer yöntemler % 1,5 (n=4) (Tablo 11).

Tablo 12, katılımcıların geçmişte kullandıkları AP yöntemlerini bırakma nedenlerini göstermektedir. Katılımcıların RİA bırakma nedenlerine bakıldığında %27,6'sı (n=32) fikir belirtmemiştir, %25'i (n=29) fazla kanama, %13,8'i (n=16) enfeksiyon, akıntı, %12,1'i (n=14) ağrı, %6'sı (n=7) çocuk isteme, %5,2'si (n=6) yerinden kayma, %4,3'ü (n=5) diğer nedenlerden, %3,4'ü (n=4)süresi dolması nedeniyle ve %2,6'sı (n=3) gebe kalma nedeniyle bıraktığını belirtmiştir. Kondom bırakma nedenlerine bakıldığında %33 (n=35) fikir belirtmemiş, %21,7 (n=23) eşin istememesi, %17 (n=18) alerji, %13,2 (n=14) koruyuculuğuna güvenmeme, %5,7 (n=6) çocuk isteme, %4,7 (n=5) gebe kalma, %4,7 (n=5)

diğer nedenlerle bıraktığını belirtmiştir. Geri çekme bırakma nedenlerine bakıldığında %48,3 (n=43) fikir belirtmemiş, %14,6 (n=13) koruyuculuğuna güvenmeme, %12,4 (n=11) gebe kalma, %9 (n=8) eş istememe, 59 (n=8) diğer nedenlerle ve %6,7 (n=6) çocuk isteme nedeniyle bıraktığını belirtmiştir. Hap bırakma nedenlerine bakıldığında %20,5 (n=18) sinirlilik, baş ağrısı, baş dönmesi, %19,3 (n=17) unutma, %13,6 (n=12) mide ağrısı, bulantı, %11,4 (n=10) kilo alma, %10,2 (n=9) adet düzensizliği, %10,2 (n=9) fikir belirtmemiş, %6,8 (n=6) diğer nedenlerle, %5,7 (n=5) gebe kalma, %2,3 (n=2) çocuk isteme nedeniyle bıraktığını belirtmiştir. Enjeksiyon bırakma nedenlerine bakıldığında %49,1 (n=26) adet düzensizliği, %24,5 (n=13) fikir belirtmemiş, % 13,2 (n=7) hormon bozukluğu olacağını düşünme, %11,3 (n=6) diğer nedenler, %1,9 (n=1) baş dönmesi, sinirlilik nedenleriyle yöntemi bıraktığını belirtmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Kadınların geçmişte kullandıkları AP yöntemlerini bırakma nedenleri

AP Yöntemleri Bırakma Nedenleri	n (sayı)	% (yüzde)
Ria bırakma Nedenleri		
Fikir Belirtmemiş	32	27,6
Fazla Kanama	29	25,0
Enfeksiyon , akıntı	16	13,8
Ağrı	14	12,1
Çocuk İsteme	7	6,0
Yerinden Kayma	6	5,2
Diğer	5	4,3
Süresi Dolu	4	3,4
Gebe Kalma	3	2,6
Toplam	116	100,0
Kondom Bırakma Nedenleri		
Fikir Belirtmemiş	35	33,0
Eşin İstememesi	23	21,7
Alerji	18	17,0
Koruyuculuğuna Güvenmeme	14	13,2
Çocuk İsteme	6	5,7
Gebe Kalma	5	4,7
Diğer	5	4,7
Toplam	106	100,0
Geri Çekme Bırakma Nedenleri		
Fikir Belirtmemiş	43	48,3
Koruyuculuğuna Güvenmeme	13	14,6
Gebe Kalma	11	12,4
Eş İstememe	8	9,0
Diğer	8	9,0
Çocuk İsteme	6	6,7
Toplam	89	100,0
Hap Bırakma Nedenleri		
Sinirlilik, baş ağrısı, baş dönmesi	18	20,5
Unutma	17	19,3
Mide Ağrısı, bulantı	12	13,6
Kilo Alma	10	11,4
Adet Düzensizliği	9	10,2
Fikir Belirtmemiş	9	10,2
Diğer	6	6,8
Gebe Kalma	5	5,7
Çocuk İsteme	2	2,3
Toplam	88	100,0
Enjeksiyon Bırakma Nedenleri		
Adet Düzensizliği	26	49,1
Fikir Belirtmemiş	13	24,5
Hormon Bozukluğu Olacağını Düşünme	7	13,2
Diğer	6	11,3
Baş Dönmesi, sinirlilik	1	1,9
Toplam	53	100,0

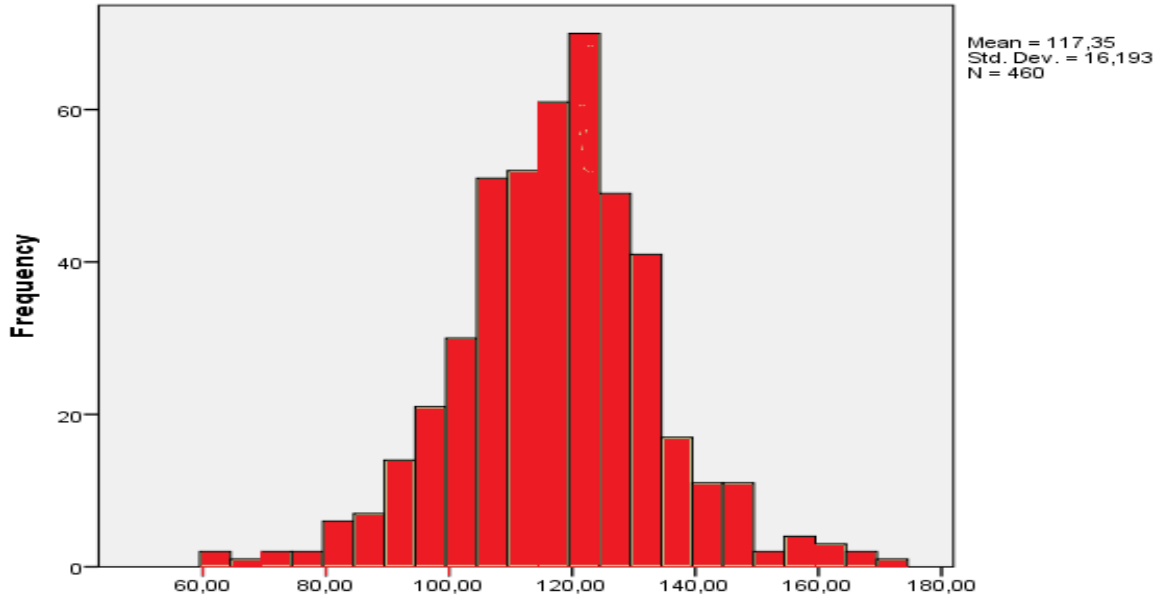
4.4. Katılımcıların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 13. Katılımcıların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek puan ortalamalarının dağılımı

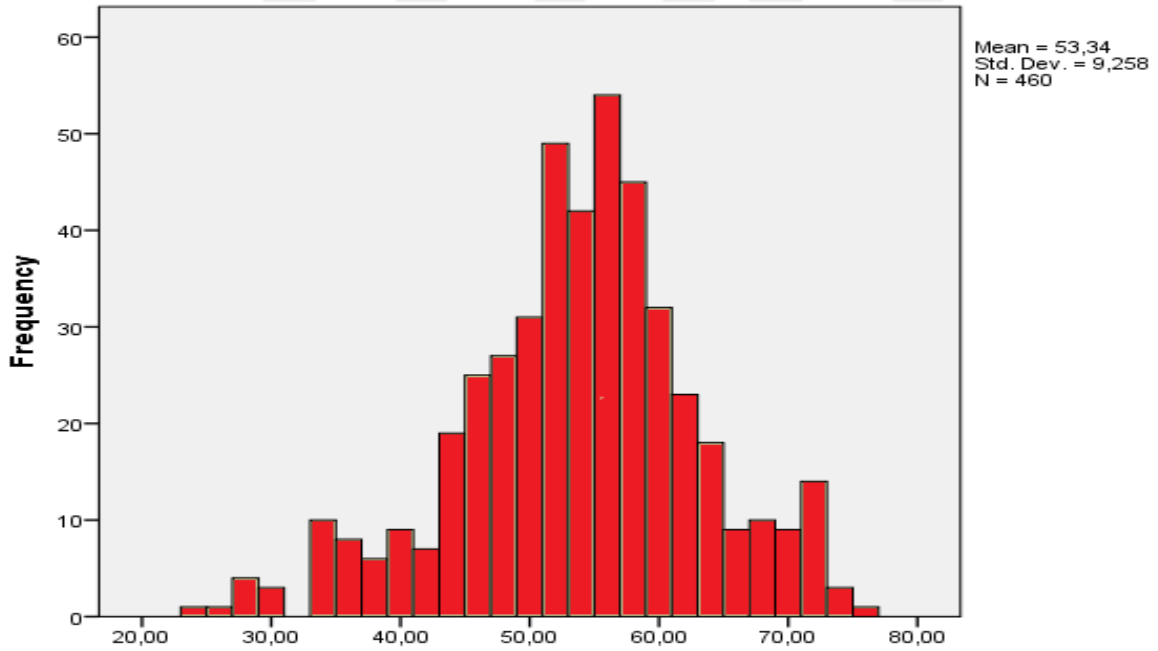
Puan	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) (34-170)	117,35	$\pm 16,19$	62	170
Topluma İlişkin Alt Ölçek (TİAÖ) (15-75)	54,34	$\pm 9,25$	24	75
Yönteme İlişkin Alt Ölçek (YİAÖ) (11-55)	35,73	$\pm 5,96$	14	55
Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek (GİAÖ) (8-40)	28,28	$\pm 4,59$	13	40

Tablo 13 katılımcıların APTÖ ve Alt Ölçek puan ortalamalarının dağılımını göstermektedir.

Katılımcıların APTÖ puan ortalaması $117,35 \pm 16,19$ (minimum 62, maksimum 170) olarak hesaplanmıştır (Tablo 13) (Şekil 6).

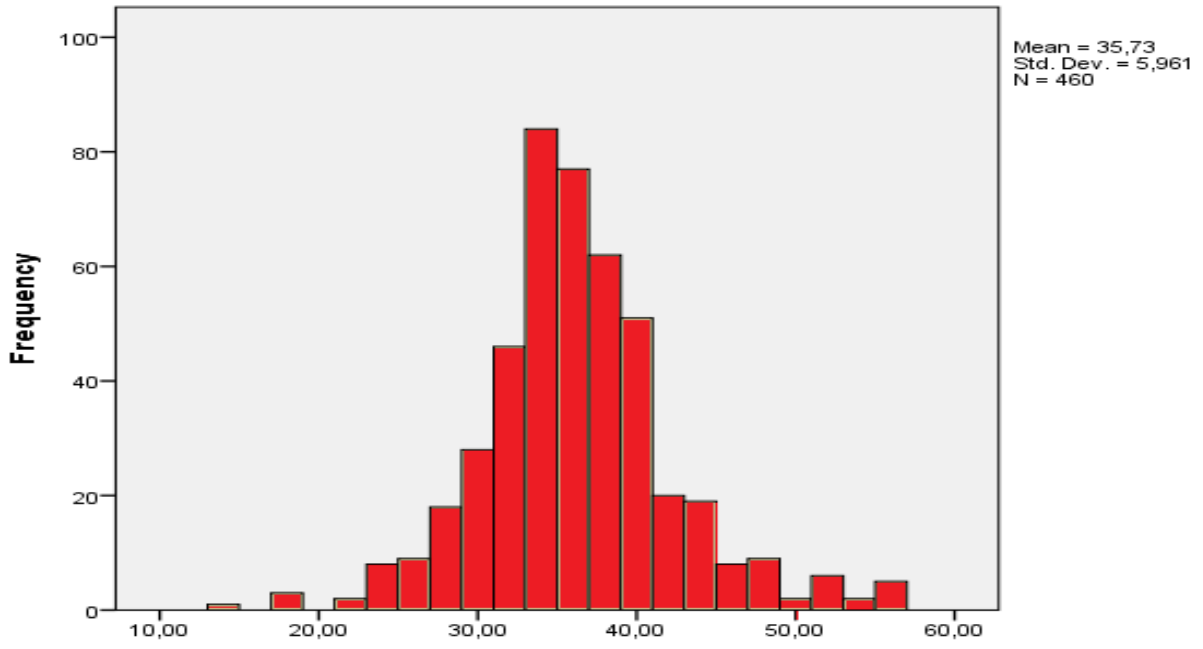


Şekil 6. Aile Planlaması Tutum Ölçeği puan ortalamasının dağılım grafiği .Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Topluma İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamasının $54,34 \pm 9,25$ (minimum 24, maksimum 75) olduğu görülmektedir (Tablo 13) (Şekil 7).



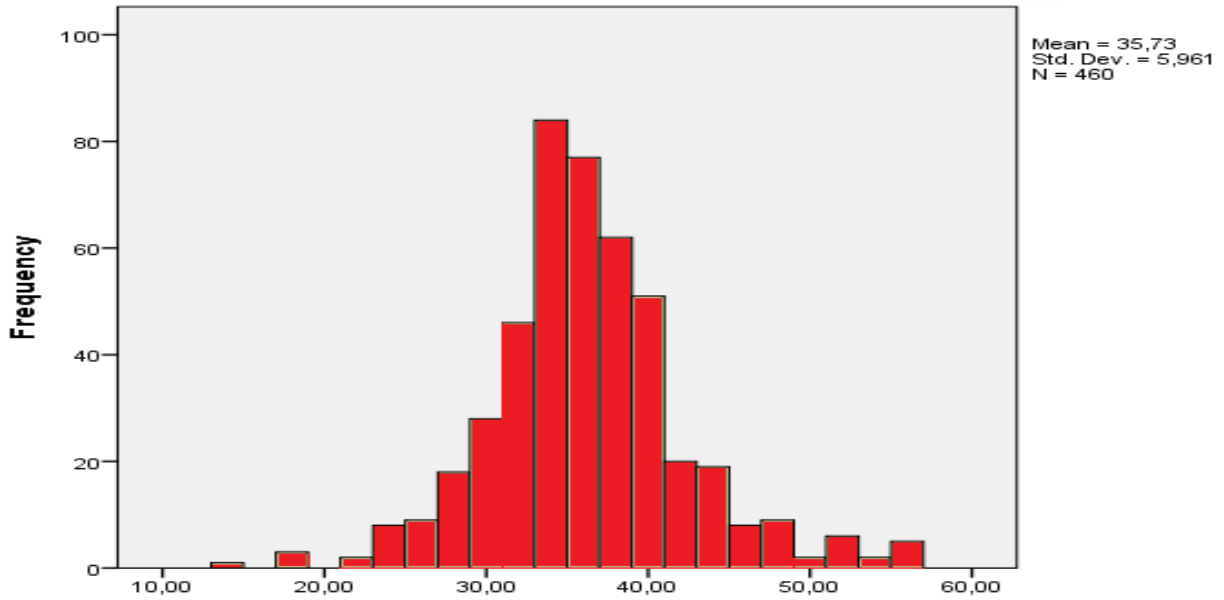
Şekil 7. Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Topluma İlişkin Alt Ölçeğinin puan ortalamasının dağılım grafiği

Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Yönteme İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamasının $35,73 \pm 5,96$ (minimum 14, maksimum 55) belirlenmiştir (Tablo 13) (Şekil 8).



Şekil 8. Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Yönteme İlişkin Alt Ölçeğinin puan ortalamasının dağılım grafiği

Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamasının $28,28 \pm 4,59$ olduğu belirlenmiştir. (Tablo 13) (Şekil 9).



Şekil 9. Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeğinin puan ortalamasının dağılım grafiği

4.5. Katılımcıların Doğurganlık Durumu incelemesi

4.5.1 Kadınların AP Bilgi, Davranış ve Tutum Düzeylerine göre Doğurganlık Durumu

Tablo 14. Katılımcıların demografik verilerine göre gebelik sayısı karşılaştırmaları

	Sayı (n)	Ortalama ±Standart Sapma	f/t değeri	P
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	84	4,36 ± 1,918		
İlkokul	172	3,19 ± 1,572		
Ortaokul	103	2,25 ± 1,311	36,86	<0,001
Lise	55	2,18 ± 1,837		
Üniversite/lisansüstü	46	1,30 ± 1,428		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	92	2,02 ± 1,754	-5,160	<0,001
Çalışmıyor	368	3,10 ± 1,803		
Aile tipi				
Çekirdek	377	2,90 ± 1,795	0,292	0,771
Geniş	83	2,83 ± 2,059		
Sosyal Güvence				
Var	361	2,78 ± 1,819	-2,439	0,015
Yok	99	3,28 ± 1,885		

Tablo 14 katılımcıların demografik verilerine göre ortalama gebelik sayısı karşılaştırmalarını göstermektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı demografik verilerine göre gebelik sayısı karşılaştırmaları varyans analizi (ANOVA) ve t-testi ile incelenmiştir. Katılımcıların eğitim durumuna göre gebelik sayısına bakıldığında sırasıyla okur-yazar olmayanlarda gebelik sayısı ortalaması 4,36 ± 1,918 (n=84) , ilkokul mezunu olanlarda 3,19 ± 1,572 (n=172), ortaokul mezunu olanlarda 2,25±1,311 (n=103), lise mezunu olanlarda 2,18 ± 1,837 (n=55), üniversite/lisansüstü eğitimi olanlarda 1,30 ± 1,428 (n=46) olarak saptanmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça ortalama gebelik sayısında azalma görülmektedir. Eğitim durumlarına göre gebelik sayısı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (f:36,86, p<0,001) (Tablo 14).

Çalışma durumuna göre gruplara bakıldığında çalışanlarda ortalama gebelik sayısı 2,02 ± 1,754 (n=92), çalışmayanlarda 3,10 ± 1,803 (n=368) olarak saptanmıştır. Çalışma durumuna

göre ortalama gebelik sayısı açısından gruplarda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-5,160$, $p < 0,001$) (Tablo 14).

Katılımcılar aile tipine göre gruplandırıldığında çekirdek aile tipi olanlarda ortalama gebelik sayısı $2,90 \pm 1,795$ ($n=377$), geniş aile tipi olanlarda $2,83 \pm 2,059$ ($n=83$) olarak saptanmış iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 14).

Katılımcılar sosyal güvence durumlarına göre gruplandırıldığında sosyal güvencesi olanlarda ortalama gebelik sayısı $2,78 \pm 1,819$ ($n=361$), sosyal güvencesi olmayanlarda $3,28 \pm 1,885$ ($n=99$) olarak belirlenmiş iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = -2,439$, $p = 0,015$) (Tablo 14).

Tablo 15. Katılımcıların demografik verilerine göre ortalama çocuk sayısı karşılaştırmaları

	Sayı (n)	Ortalama±Standart Sapma	f/t değeri	P
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	84	$3,50 \pm 1,517$	44, 998	<0,001
İlkokul	172	$2,48 \pm 1,263$		
Ortaokul	103	$1,72 \pm 1,061$		
Lise	55	$1,67 \pm 1,292$		
Üniversite/lisansüstü	46	$0,83 \pm 0,950$		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	92	$1,54 \pm 1,378$	-5,171	<0,001
Çalışmıyor	368	$2,40 \pm 1,442$		
Aile tipi				
Çekirdek	377	$2,22 \pm 1,432$	-0,305	0,761
Geniş	83	$2,28 \pm 1,633$		
Sosyal Güvence				
Var	361	$2,14 \pm 1,420$	-2,562	0,011
Yok	99	$2,57 \pm 1,598$		

Tablo 15, katılımcıların demografik verilerine göre ortalama çocuk sayısı karşılaştırmalarını göstermektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı demografik verilerine göre ortalama çocuk sayısı karşılaştırmaları varyans analizi (ANOVA) ve t-testi ile incelenmiştir. Katılımcıların eğitim durumuna göre ortalama çocuk sayısına bakıldığında $3,50 \pm 1,517$ ($n=84$), ilkokul mezunu olanlarda, $2,48 \pm 1,263$ ($n=172$), ortaokul mezunu olanlarda $1,72 \pm 1,061$ ($n=103$), lise mezunu olanlarda $1,67 \pm 1,292$ ($n=55$), üniversite/lisansüstü eğitimi olanlarda $0,83 \pm 0,950$ ($n=46$) olarak saptanmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça ortalama çocuk sayısında azalma görülmektedir. Eğitim durumlarına göre ortalama çocuk sayısı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. ($f:44,998$,

p<0,001) (Tablo 15).

Çalışma durumuna göre gruplara bakıldığında çalışanlarda ortalama çocuk sayısı $1,54 \pm 1,378$ (n=92), çalışmayanlarda $2,40 \pm 1,442$ (n=368) olarak saptanmıştır. Çalışma durumuna göre ortalama çocuk sayısı açısından gruplarda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır (t=-5,171, p <0,001). Katılımcılar aile tipine göre gruplandırıldığında çekirdek aile tipi olanlarda ortalama çocuk sayısı $2,22 \pm 1,432$ (n=377), geniş aile tipi olanlarda $2,28 \pm 1,633$ olarak saptanmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 15).

Katılımcılar sosyal güvence durumlarına göre gruplandırıldığında sosyal güvencesi olanlarda ortalama çocuk sayısı $2,14 \pm 1,420$ (n=361), sosyal güvencesi olmayanlarda $2,57 \pm 1,598$ (n=99) olarak belirlenmiş, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (t= -2,562, p< 0,011) (Tablo 15).

4.5.2.Katılımcıların planlı gebelik durumuna göre gebelik sayısı ve çocuk sayısı ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 16. Katılımcıların planlı gebelik durumuna göre gebelik sayısı ve çocuk sayısı

	Sayı (n)	Ortalama $\pm$ Standart Sapma	t değeri	P
Gebelik Sayısı				
Planlı Gebelik Olan Olmayan	297 137	$2,65 \pm 1,557$ $3,94 \pm 1,830$	-7,590	<0,001
Çocuk Sayısı				
Planlı Gebelik Olan Olmayan	297 137	$2,06 \pm 1,286$ $3,01 \pm 1,448$	-6,820	<0,001

Tablo 16 katılımcıların planlı gebelik durumuna göre gebelik sayısı ve çocuk sayısı ortalamalarının karşılaştırılmasını göstermektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların planlı gebelik durumuna göre ortalama gebelik ve çocuk sayısı karşılaştırmaları t-testi ile incelenmiştir. Kadınların planlı gebelik durumuna göre ortalama gebelik sayısı incelendiğinde planlı gebeliği olanlarda ortalama gebelik sayısı $2,65 \pm 1,557$ (n=297), gebeliği planlı olmayanlarda ortalama gebelik sayısı $3,94 \pm 1,830$ (n=137) olarak belirlenmiş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (t=-7,590, p<0,001) (Tablo 16).

Kadınların planlı gebelik durumuna göre ortalama çocuk sayısı incelendiğinde planlı gebeliği olanlarda ortalama çocuk sayısı $2,06 \pm 1,286$ ($n=297$), gebeliği planlı olmayanlarda ortalama çocuk sayısı $3,01 \pm 1,448$ ($n=137$) olarak belirlenmiş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-6,820$, $p<0,001$) (Tablo 16).

4.5.3. Yöntem Kullanma, Yöntem Bırakma ve Danışmanlık Alma Durumuna Göre Doğurganlık Durumu

Tablo 17, yöntem kullanma, yöntem bırakma ve danışmanlık alma durumuna göre gebelik sayısı ve çocuk sayısı ortalamalarının karşılaştırılmasını gösteren tablodur. Yöntem kullanma, yöntem bırakma ve danışmanlık alma durumuna göre gebelik sayısı ve çocuk sayısı ortalamaları t testi ile değerlendirilmiştir. Yöntem kullanma durumuna göre bakıldığında yöntem kullananlarda ortalama gebelik sayısı $2,99 \pm 1,72$ ($n=368$), yöntem kullanmayanlarda $2,48 \pm 2,23$ ($n=92$)'dir. Yöntem kullanan ve kullanmayan gruplar arasında ortalama gebelik sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=2,378$, $p <0,018$) (Tablo 17).

Danışmanlık alma durumlarına göre ortalama gebelik sayıları danışmanlık alanlarda $3,09 \pm 1,76$ ($n=301$), danışmanlık almayanlarda $2,49 \pm 1,92$ ($n=159$) olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=3,372$, $p<0,001$) (Tablo 17).

Yöntem bırakma durumuna göre bakıldığında yöntem bırakanlarda ortalama gebelik sayısı $3,37 \pm 1,85$ ($n=265$) ve yöntem bırakmayanlarda $2,23 \pm 1,61$ ($n=195$) olarak belirlenmiştir. Yöntem bırakma durumlarına göre bakıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=6,848$, $p<0,001$) (Tablo 17).

Yöntem kullanma durumuna göre bakıldığında yöntem kullananlarda ortalama çocuk sayısı $2,37 \pm 1,39$ ($n=368$), yöntem kullanmayanlarda $2,48 \pm 2,23$ ($n=92$)'dir. Yöntem kullanan ve kullanmayan gruplar arasında ortalama çocuk sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=4,067$, $p<0,001$) (Tablo 17).

Danışmanlık alma durumlarına göre ortalama çocuk sayıları danışmanlık alanlarda $2,43 \pm 1,44$ ($n=301$), danışmanlık almayanlarda $1,86 \pm 1,43$ ($n=159$) olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=4,001$, $p<0,001$) (Tablo 17).

Yöntem bırakma durumuna göre bakıldığında yöntem bırakanlarda ortalama çocuk sayısı $2,67 \pm 1,47$ ($n=265$) ve yöntem bırakmayanlarda $1,64 \pm 1,23$ ($n=195$) olarak belirlenmiştir.

Yöntem bırakma durumlarına göre bakıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=7,967$, $p<0,001$) (Tablo 17).

Tablo 17. Yöntem kullanma, yöntem bırakma ve danışmanlık alma durumuna göre gebelik sayısı ve çocuk sayısı ortalamalarının karşılaştırılması

	Sayı (n)	Ortalama Standart Sapma	t değeri	P
Gebelik Sayısı				
Yöntem Kullanma Kullanan Kullanmayan	368 92	$2,99 \pm 1,721$ $2,48 \pm 2,231$	2,378	0,018
Danışmanlık Alma Alan Almayan	301 159	$3,09 \pm 1,766$ $2,49 \pm 1,925$	3,372	<0,001
Yöntem Bırakma Bırakan Bırakmayan	265 195	$3,37 \pm 1,854$ $2,23 \pm 1,616$	6,848	<0,001
Çocuk Sayısı				
Yöntem Kullanma Kullanan Kullanmayan	368 92	$2,37 \pm 1,391$ $1,68 \pm 1,644$	4,067	<0,001
Danışmanlık Alma Alan Almayan	301 159	$2,43 \pm 1,449$ $1,86 \pm 1,439$	4,001	<0,001
Yöntem Bırakma Bırakan Bırakmayan	265 195	$2,67 \pm 1,473$ $1,64 \pm 1,238$	7,967	<0,001

4.6. Katılımcıların Aile Planlaması Tutum Ölçek Puanları ve Alt Ölçek Puanları İle Doğurganlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 18’de katılımcıların gebelik sayısı ile APTÖ puanları ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi korelasyon analizi ile belirlenmiştir. Gebelik sayısı ile TİAÖ puanı arasında zayıf düzeyde ters yönde bir korelasyon ($r=-0,212$, $p<0,001$), GİAÖ puanı arasında zayıf düzeyde ters yönde bir korelasyon ($r=-0,183$, $p<0,001$), YİAÖ puanı arasında zayıf düzeyde ters yönde bir korelasyon ($r=-0,104$, $p=0,025$), APTÖ puanı arasında zayıf düzeyde ters yönde bir korelasyon ($r=-0,212$, $p<0,001$) saptanmıştır. Tüm tutum puanları arttıkça gebelik sayısında azalma saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların gebelik sayısı ile APTÖ puanları ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tutum Puanları	Gebelik Sayısı		
	n	R	P
Topluma İlişkin Alt Ölçek Puanı	460	-0,212**	<0,001
Yönteme İlişkin Alt Ölçek Puanı	460	-0,104*	0,025
Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek Puanı	460	-0,183**	<0,001
Aile Planlaması Tutum Ölçek Puanı	460	-0,212**	<0,001

*p< 0,05 , **p<0,01

Tablo 19. Katılımcıların çocuk sayısı ile APTÖ puanları ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tutum Puanları	Çocuk Sayısı		
	N	r	P
Topluma İlişkin Alt Ölçek Puanı	460	-0,244**	<0,001
Yönteme İlişkin Alt Ölçek Puanı	460	-0,124**	0,008
Gebeliğe İlişkin Alt Ölçek Puanı	460	-0,151*	0,001
Aile Planlaması Tutum Ölçek Puanı	460	-0,228**	<0,001

*p< 0,05 , **p<0,01

Tablo 19’da katılımcıların çocuk sayısı ile APTÖ puanları ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile belirlenmiştir. Çocuk sayısı ile TİAÖ puanı arasında zayıf düzeyde ters yönde bir korelasyon ($r=-0,244$, $p<0,001$), YİAÖ puanı arasında zayıf düzeyde ters yönde bir korelasyon ($r=-0,124$, $p=0,008$), GİAÖ puanı arasında zayıf düzeyde ters yönde bir korelasyon ($r=-0,151$, $p=0,001$), APTÖ puanı arasında zayıf düzeyde ters yönde bir korelasyon ($r=-0,228$, $p<0,001$) saptanmıştır. Tutum puanları yükseldikçe çocuk sayısı azalmaktadır (Tablo 19).

4.7.Katılımcıların Ölü Doğum ve Küretaj Sayısı ile Doğurganlık Düzeyi Arasındaki ilişki

Gebelik sayısı ile ölü doğum sayısı ve küretaj sayısı arasındaki ilişki Tablo 20’de korelasyon analizi ile belirlenmiştir. Tablo incelendiğinde gebelik sayısı ile ölü doğum sayısı arasında zayıf düzeyde pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,261$, $p <0,001$). Gebelik sayısı ile küretaj sayısı arasında zayıf düzeyde pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,208$, $p<0,001$). Doğurganlık düzeyi arttıkça ölü doğum sayısı ve küretaj sayısı da artmaktadır (Tablo 20).

Tablo 20. Gebelik sayısı ile ölü doğum sayısı ve küretaj sayısı arasındaki korelasyon

	Gebelik Sayısı		
	n	r	P
Ölü Doğum Sayısı	460	0,261**	<0,001
Küretaj Sayısı	460	0,208**	<0,001

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 21. Çocuk Sayısı ile ölü doğum sayısı ve küretaj sayısı arasındaki korelasyon

	Çocuk Sayısı		
	n	r	P
Ölü Doğum Sayısı	460	0,126**	0,007
Küretaj Sayısı	460	0,010	0,833

** $p < 0,01$

Çocuk sayısı ile ölü doğum sayısı ve küretaj sayısı arasındaki ilişki Tablo 21’de korelasyon testi ile belirlenmiştir. Tablo incelendiğinde gebelik sayısı ile ölü doğum sayısı arasında zayıf düzeyde pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır. ($r=0,126$, $p <0,007$). Çocuk sayısı ile küretaj sayısı arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi saptanmamıştır. ($r=0,010$, $p=0,833$) (Tablo 21).

5.TARTIŞMA

5.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $32,67 \pm 7,691$ ve kadınların çoğunluğunu (%44,8) 26-35 yaş grubu oluşturuyor. Benzer şekilde Çayan (2009)'ın çalışmasında da yaş ortalaması $33,52 \pm 7,82$ olarak bulunmuş. Bu sonuçların çalışmaya 15-49 yaş grubu kadınlar dahil edildiği için beklentilere uygun olduğu düşünülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu çalışmalarına göre, ülkemizde 2016 yılında 31,4 olan ortalama yaş, 2017 yılında önceki yıla göre artış göstererek 31,7 oldu. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı nüfus verilerine göre; ortalama yaş erkeklerde 31,1 iken, kadınlarda 32,4'dür. Türkiye'de 15-49 yaş grubundaki kadınların dağılımına baktığımızda en yüksek oran 35-39 yaş grubunda görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerine göre İzmir'de 15-49 yaş grubu kadınların dağılımına baktığımızda %15,09 oranla 35-39 yaş grubu kadınlar nüfusun büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bizim çalışma grubumuz Türkiye ve İzmir verileri ile kıyaslandığında; 15-49 yaş nüfusu daha genç kesim oluşturmaktadır.

Kadınların evlilik yaşı ortalaması $20,67 \pm 4,177$ olarak belirlenmiştir. TNSA-2013'e göre kadınların ilk evlenme yaşı 21 olup; çalışmamızdaki kadınlar Türkiye verileri ile benzerdir. İzmir ilindeki kadınların ortalama evlenme yaşı, 2016 Türkiye İstatistik Kurumu İzmir Bölge Müdürlüğü verilerine göre 27,7 iken aynı dönemde Türkiye ortalaması 25,6 olarak görülmektedir (89). TÜİK-2016'ya göre Türkiye ve İzmir verileri kıyaslandığında çalışmamızı yaptığımız bölgede kadınların ortalama evlenme yaşı oldukça düşük görülmektedir.

Çalışmamızda kadınların % 37,4'ünün ilkokul mezunu; % 18,3'ü okur-yazar değil. TNSA-2013 verilerine göre eğitim yok / ilkokul bitirmemiş olanlar % 12, ilkokul mezunu olanlar %35 olup, bizim örneklemimiz Türkiye örneklemiyle benzer olarak saptanmıştır. TÜİK-2017 verilerine baktığımızda 15 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan kadınların oranı %6,4 ve ilkokul mezunu olanların oranı %27,1 olarak saptanmıştır. İzmir ili eğitim durumuna baktığımızda TÜİK-2017 verilerine göre okur-yazar olmayan 15 yaş üzeri kadınların oranı %2,8, ilkokul mezunu kadınların oranı %27,6 olup örneklemimiz İzmir örneklemine benzemeyip okuma-yazma oranı açısından daha düşük kalmaktadır. Araştırmanın yapıldığı bölgenin nüfusu İzmir ilinin genel nüfusuna bakıldığında; bir göç bölgesi olması, eğitim ve ekonomik açıdan daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Pasinlioğlu ve Bülbül (2001)'ün ülkemizin doğu bölgesinde yaptıkları çalışmada kadınların % 61,9'unun ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir (90). Gözükara ve arkadaşlarının 2013'de Şanlıurfa'da yaptığı çalışmada kadınların %25,8'i okur-yazar değil ve %56,2'si ilköğretim mezunu olarak belirlenmiştir (91). Kitapçıoğlu ve Yanikkerem'in (2008) yaptığı çalışmada kadınların %57,1'inin ilkokul mezunu olduğunu saptamışlardır (92). Bu çalışmalar bizim çalışmamızla kıyaslandığında okuma-yazma oranları ve eğitim düzeyleri açısından daha düşük olarak saptanmıştır.

Çalışmamızdaki katılımcıların %79,1'i çalışmıyordu. Aktoprak (2012) çalışmasında kadınların % 53,0'nün çalışmadığı saptanmıştır (15). TNSA-2013 verilerine göre Türkiye'de kadınların çalışma durumu %31,1 olup, bizim çalışma yaptığımız bölgede kadınların çalışma durumu Türkiye verileri ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdaki katılımcıların %82'si çekirdek ailede yaşamakta ve %78,5'nin sosyal güvencesi mevcuttur. Aktoprak (2012) çalışmasında kadınların büyük çoğunluğunun (%95,8) çekirdek ailede yaşadığı ve çoğunun (%95,2) sosyal güvencesinin olduğu saptanmış olup çalışma verilerimiz ile benzerdir (15). TNSA-2013'e göre Türkiye geneline baktığımızda sosyal güvencesi olan kadınların oranı %50 olarak görülmektedir. Bizim çalışma yaptığımız bölgede, sosyo-ekonomik seviyesi düşük bir bölge olmasına rağmen kadınların sosyal güvence oranının Türkiye verilerine göre yüksek saptanması dikkat çekmektedir. Kadınların çoğunun sosyal güvencesi eşinden kaynaklıdır.

5.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri ile İlgili Durumları

Çalışmamızdaki katılımcıların ortalama yaşayan çocuk sayısı $2,23 \pm 1,46$ iken; TNSA-2013'e göre Türkiye'de ideal ortalama çocuk sayısı **2,7'dir**. Türkiye verileri ile çalışma verilerimiz, ortalama yaşayan çocuk sayısı açısından benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda üç ve daha fazla gebeliği olan kadınların oranı %52; Mumcu 2004'nun yaptığı çalışmada, kadınların %52,6'nın üç ve daha fazla gebeliğinin olduğu bildirilmiş olup sonuçlar çalışma verilerimiz ile benzerdir (2).

Çalışmamızda canlı doğum sayısı üç ve üzeri olanların oranı %37 iken; Şahin N (2008) '*Türkiye'de Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongrelerinde sunulan çalışmaların değerlendirilmesi*' adlı çalışmasında üç ve üzeri canlı doğum sayısı % 38,9 olarak tespit edilmiş olup (93) çalışmamız ile benzerlik gösterirken, Şahin S (2005) çalışmasında üç ve üzeri yaşayan çocuk sayısı oranı % 16,6 olarak bildirilmiş olup,

doğurganlık oranı bizim çalışma bölgemizde daha yüksek görülmektedir (95). Bu oran farklılıkları çalışma bölgelerinin farklılıklarından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların bir ve daha fazla düşük yapma durumu %28,1, bir ve daha fazla küretaj olma durumu % 7,7 ve en az bir kez ölü doğum yapma oranları %6,3 olarak tespit edilmiştir. TNSA-2013 verilerine bakıldığında Türkiye’de kadınların kendiliğinden düşük oranı %14, isteyerek düşük oranı %4,7 ve ölü doğum oranı da %0,9 olarak belirtilmektedir. Türkiye verileri ile kıyaslandığında bizim çalışma bölgemizde düşük yapma, küretaj olma ve ölü doğum oranları oldukça yüksek olarak saptanmış olup bunun sebebi çalışma yaptığımız bölgenin düşük sosyo-ekonomik yapısından kaynaklanıyor olabilir. Çayan A (2009) tarafından yapılan ‘15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi ‘çalışmasında kadınların yaklaşık 1/4’ünün (%23,6) bir ve daha fazla düşük yaptıkları, 1/5’inin (%17,1) bir ve daha fazla küretaj oldukları ve %4,7’sinin en az bir kez ölü doğum yaptıkları gözlenmiştir (16). Çalışma verilerimiz ile kıyaslandığında düşük yapma oranı daha düşük, küretaj olma oranı daha yüksek ve ölü doğum oranları daha düşük olarak saptanmıştır. Düşük, küretaj ve ölüm doğum oranlarındaki farklılıklar, çalışma yapılan bölgelerin sosyo-ekonomik farklılıklardan kaynaklanabilir. Bizim çalışma bölgemizde riskli gebelik oranlarındaki fazlalık, düşük ve ölü doğum oranlarındaki fazlalığın nedeni olabilir Küretaj olma oranlarındaki farklılık AP tutumlarındaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Eğitime göre toplam gebelik sayısı ve çocuk sayısına baktığımızda çalışmamızda eğitim seviyesi arttıkça doğurganlık düzeyi azalmıştır. TNSA-2013 verilerine göre bakıldığında Türkiye’de eğitim seviyesi arttıkça toplam doğurganlık azalmaktadır (8) . Çalışma verileri ile benzerlik göstermektedir.

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

Çalışmamızdaki katılımcıların % 68,4’ü son gebeliğinin plansız olduğunu belirtmiş. Çayan (2009) çalışmasında kadınların 1/3’ünden daha fazlasının (%37,6) planlanmamış gebelikle karşılaştıkları görülmüş (16). Ergin ve arkadaşları (2005)’de Aydın merkezinde yaptıkları çalışmalarında, kadınların yarısına yakın bir bölümünün (%42,6) planlanmamış gebelikle karşılaştığı görülmüştür (94). Diğer benzer çalışmalarla kıyaslandığında bizim çalışma bölgemizde planlanmamış gebelik oranları daha yüksek olarak saptanmıştır. Bunun

nedeni bizim çalışma bölgemizin sosyo-ekonomik seviyesinin oldukça düşük olmasından kaynaklanmış olabilir.

TNSA-2013 verilerine bakıldığında 4 ve üzeri çocuğu olanların %40,2'sinin son gebeliğinin planlı olmadığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda planlanmamış gebelik oranları Türkiye örneklerime göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu çalışmalar kadınların önemli bir bölümünün planlanmamış gebelik yaşadıklarını göstermektedir. Bunun nedeni katılımcıların AP yöntemlerini yeterli bilmemeleri değil; AP yöntemlerini uygulamaya karşı sahip oldukları olumsuz tutumlardan kaynaklanıyor olabilir. Örneğin; fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir ya da doğum yapmak kadının toplumdaki statüsünü arttırır gibi.

Çalışmamızdaki katılımcıların % 48,7'si çocuk sahibi olmayı düşünüyor. Bunların %30,4 'ü ise hemen düşünüyor. TNSA-2013 çalışmasında Türkiye'de kadınların % 14'ü hemen çocuk sahibi olmak istiyor. Bizim örneklemimiz Türkiye örneklemini ile kıyaslandığında çocuk sahibi olmayı düşünme oranı Türkiye ortalamasına göre oldukça yüksek bir bölge olarak saptanmıştır. Bunun nedeni çalışma yaptığımız bölgenin sosyo-ekonomik seviyesi düşük, yoğun göç almış bir bölge olması ve katılımcıların doğacak çocuklarının geleceğine karşı endişe duymaması ve fazla çocuğun ileride kendilerine bakacak bir garanti olarak görmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Kadınların neredeyse tamamının (%99,3) herhangi bir AP yöntemi konusunda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Kadınların %56,5'inin bilgi kaynağının sağlık personeli olduğu belirlenmiştir. Çayan (2009) çalışmasında da kadınların bilgi sahibi olma oranı (%98,8) olup çalışma bulgumuz ile benzerdir (16). Aktoprak (2011) çalışmasında kadınlar ve eşlerinin tamamının herhangi bir AP yöntemi konusunda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır (15). Çayan (2009) çalışmasında aile planlaması yöntemlerini bilen kadınların %76,1'i ebe-hemşireden bilgi alırken, 1/3'ünün hekimden (%22,9) bilgi aldığı saptanmıştır (16). Sağlık personelinin bilgi alma oranı bizim çalışmamıza göre daha yüksek saptanmıştır. Bizim çalışma bölgemiz doğu bölgesinden yoğun göç almış ve hala almakta olan bir bölgedir ve çoğu katılımcının sağlık hizmetlerine ulaşması daha önceki yaşadıkları bölgelerde daha güç olmuş olabilir. Bir diğer etken de katılımcılar AP yöntemlerine ilişkin konuları sağlık personeli ile konuşmaya çekinmiş bunun ayıp olduğunu düşünmüş olabilir .Sonuçlar kadınların çoğunun sağlık çalışanlarından bilgi aldığını göstermesi açısından önemlidir. Kadınların sağlık çalışanlarından bilgi almaları hem doğru bilgiye ulaşmalarını arttırabilir hem de aile planlamasına yönelik olumlu tutum geliştirmelerini sağlayabilir (16).

Bu çalışmamızda kadınların neredeyse tamamına yakınının herhangi bir yöntem bildikleri saptanmıştır Bu yöntemlerde %35,6'sı geleneksel yöntem iken %64,4'ü modern

yöntemleri oluşturmaktadır. Çalışmamızdaki analizlerde aile planlaması yöntemine ilişkin bilgiden kastedilen sadece o yöntemin duyulup duyulmamış olmasıdır. Katılımcılara, gebeliği önleyici yöntemler hakkındaki bilgi düzeylerini ölçecek sorular sorulmamıştır. TNSA-2013 sonuçlarına göre Türkiye’de ise kadınlar ile halen evli kadınların neredeyse tamamı en az bir aile planlaması yöntemini bilmektedir. Kadınların %99’u ve halen evli kadınların %100’ü gebeliği önleyici en az bir yöntemi duymuşlardır. Ege Bölgesi’ne bakıldığında ise; herhangi bir yöntem bilme durumu %99,8 olarak saptanmıştır. Yöntem bilme durumu Türkiye’de, Ege Bölgesi’nde ve bizim örneklemimizde benzer olarak ve yüksek oranda saptanmıştır.

Çalışmamızdaki kadınların %80’i şuan herhangi bir yöntem kullanmakta ve bu yöntemler sırası ile %35,3 geri çekme, %28 kondom, 22,3 RİA, %9 hap, %7,1 tüp ligasyon, %3,8 enjeksiyon, %0,3 takvim yöntemi ve % 1,5’i diğer yöntemlerden kullanmaktadır. Türkiye’de ise TNSA-2013 çalışmasına göre kadınların %73,5’i herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Yöntem kullananların %47,4’ü herhangi bir modern yöntem kullanıyor ve %26’sı herhangi bir geleneksel yöntem kullanıyor. TNSA-2013 verilerinde kadınların % 25,5’i geri çekme, %16,8’i RİA, %15,8’i kondom, %9,4 tüp ligasyon, %4,6’sı hap yöntemlerini kullanmaktadır. Ege Bölgesi’nde herhangi bir yöntem kullanma oranı %76,8 olup, bunların %49,9’u modern yöntemler ve %26,9’u geleneksel yöntemlerdir. Ege Bölgesi’nde kullanılan yöntemler sırasıyla %25,8 geri çekme, %18,1 erkek kondomu, %15,6 RİA, %10,3 tüplerin bağlanması, %4,9 hap, %1,1 takvim yöntemi ve %0,8 enjeksiyon olarak saptanmıştır. Bizim çalışma örneklemimizde en çok kullanılan yöntem olarak geleneksel bir yöntem olan geri çekme yönteminin kullanılması, Türkiye ve Ege Bölgesi örneklemleri ile benzerlik göstermektedir. İkinci en sık kullanılan yöntemlere bakıldığında bizim çalışmamızda ve Ege Bölgesi’nde kondom iken, Türkiye’de RİA kullanımı kondomun önündedir.

Çalışmamızda en çok tercih edilen yöntem; geleneksel bir yöntem olan geri çekmedir. Modern yöntemler arasında ise en çok kullanılan kondomdur. TNSA-2013’e göre ise Türkiye’de en çok tercih edilen modern yöntem RİA’dır. Çayan (2009) çalışmasında kadınların kullandıkları yöntemler %22,5’i geri çekme, %21,3’ü RİA, %16,2’si hap, %14,1’i kondom, %2,6’sı enjeksiyon, %1,2’si takvim yöntemi, %2’si fitil ve %6,3’ü tüp ligasyon kullanmaktadır (16). Bizim çalışmamızda farklı olarak modern yöntem olarak RİA’nın değil kondomun kullanılması dikkat çekicidir. RİA’nın yan etkileri ile ilgili bilinen yanlışlar (mideye kaçır, cinsel ilişkide hissedilir vb. gibi) bu konuda etkili olabilir. Bilinen bu yanlışların düzeltilmesi aile planlamasında yöntemle ilişkin tutum puanlarının artırılmasında faydalı olabilir.

Çalışmamızda bırakılan yöntemlere baktığımızda en çok bırakılan yöntem %43,4 RİA ve en çok bırakma nedeni %25 oranla kanamadır. Çayan (2009) çalışmasında RİA'yı bırakan kadınların yarısından fazlası (%59,4)'nın bırakma nedeni fazla kanama olup çalışmamızla benzerdir. İkinci en çok bırakılan yöntem kondom ve en çok bırakılma nedeni eşin istememesidir (16). TNSA-2013'e göre Türkiye'de yöntem bırakma hızı hap için en yüksek iken (%48), bunu geri çekme (%34) ve kondom (% 33) takip etmektedir. Bir yıllık yöntem bırakma hızı RİA için en düşüktür (%11). RİA, kısa dönemli kullanılan bir yöntem olarak kabul edilmediğinden yöntem bırakma hızındaki düşüklük beklenen bir durumdur. Bizim örneklemimizde ise RİA yöntemine karşı yanlış tutumların olması yöntemin en çok bırakılan yöntemler arasında olmasına sebep olabilir.

5.4. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, katılımcıların AP tutum ölçeğinden aldığı minimum ve maksimum puanlar değerlendirildiğinde kadınların AP tutumlarının pozitif yönde olduğu düşünülebilir. Katılımcıların APTÖ ortalama puanına bakıldığında maksimum puanın %51,25'ine ulaşıldıkları saptanmıştır. Alt ölçek puan ortalamaları bu açıdan değerlendirildiğinde; TİAÖ puan ortalaması %59,49 , YİAÖ puanı ortalaması %53 ve GİAÖ puanı %56,59 olarak saptanmıştır. Alt ölçek puanlarına bakıldığında Yönteme İlişkin Alt Ölçek puanlarının diğerlerine göre daha düşük olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 22'de Aile Planlaması Tutum Ölçeği kullanılan bazı çalışmalardaki puan ortalamalarına bakıldığında bizim çalışmamızdaki puan ortalamaları Eryılmaz (2014) ile en yakın benzerlik göstermekte iken diğer çalışmalara göre daha düşük puanlar saptanmıştır. Çalışmamızın yapıldığı bölgenin düşük sosyo-ekonomik bir yer olması bunda etkili olmuş olabilir.

Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nde daha yüksek puanlar olumlu tutumu göstermektedir. Ölçeğin topluma ilişkin alt boyutu; toplumun çocuk sayısı ve erkek çocuğa yönelik tutumunu, toplumun kadına bakış açısını, AP yöntemlerine ilişkin tutum geliştirmede kadının toplumsal yeri ile tutum geliştirme ilişkisini ele almaktadır. Bu alt boyutta en çok dikkat çeken durum çocuk sayısı ve erkek çocuğa yönelik tutumdur. Örneğin fazla çocuk sahibi olmanın babanın gücünün göstergesi gibi ifade edilmesine rağmen, gerçek gücün erkek çocuk sahibi olmakla ilişkili olduğu bu nedenle de erkek çocuğa sahip olmak için fazla sayıda çocuğa sahip olmak,

her türlü sıkıntısına rağmen katlanılabilir bir durum gibi ifade edilmesidir. Bir başka deyişle çocuk sayısı ile erkek çocuk arasında paralellik olup, bu durum ölçeğin alt boyutunda tespit edilmiştir. Çin'de tek çocuk politikası gereğine uymak amacıyla ultrasonda kız çocuk olduğu öğrenilince gebeliği sonlandırırken, ülkemizde erkek çocuk sahibi olana kadar 5-6 kız çocuğa sahip olmayı göze alan bir gelenek mevcuttur (96).

Tablo 22. Diğer çalışmalardaki APTÖ ve alt ölçek puan ortalamaları

	ÇALIŞMAMIZ	ÇayanA (2009) (16)	AktoprakM (2012) (15)	TezelA (2015) (11)	EryılmazN (2014) (14)
APTÖP (34-170)	117,35	130,28	137,22	130,72	117,63
TİAÖP (15-75)	59,13	59,62	60,21	59,13	53,62
YİAÖP (11-55)	35,73	38,55	44,76	41,41	35,04
GİAÖP (8-40)	28,28	32,11	32,11	30,18	28,97

Yönteme ilişkin alt boyut; AP yöntemlerine ilişkin tutum ve yöntemlere yönelik yanlış inanışların varlığını ölçmeyi sağlamaktadır. Bu alt boyutta dikkat çekici bir özellik ise; yöntem ayırt etmeksizin verilen yanıtlar doğrultusunda toplumun genelinde doğum kontrol yöntemlerinin cinsel ilişkiyi olumsuz etkilediği, cinsel hazzı azalttığı ve bir daha çocuk sahibi olmayı zorlaştırdığı gibi yanlış inanışların olmasıdır. Örneğin Alyanak 2003 tarihli çalışmasında doğum kontrolü için kullanılan ilaçların kansere neden olacağı, rahim içi aracın mideye kaçabileceği, vazektominin cinsel iktidarsızlığa yol açabileceği, tüplerin bağlanmasının adetleri kesebileceğine inanıldığını tespit etmiştir (96).

Toplumumuzda AP yöntemini kullanmak için evli olmak sonucunu doğuran cinsel ilişki için “evlilik gereklidir” düşüncesi yaygındır. Dolayısıyla gebeliğe ilişkin alt ölçek “evli olmayan kadınlara AP hizmeti verilmesi doğru değildir” yaklaşımını ölçmesi açısından son derece anlamlıdır. Geleneksel toplumlarda gebelik, kadının statü kazanmasını ve değerini arttıran bir durum olarak kadını çekici kılan bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda ölçeğin bu boyutu ile gebeliğin bu özelliği de ölçülmektedir (45).

Katılımcıların gebelik sayısı ile APTÖ puanları ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında tutum puanları ile gebelik sayısı arasında ters yönde bir korelasyon saptanmıştır. Tüm tutum puanları arttıkça gebelik sayısında azalma saptanmıştır.

Tutum puanları ile çocuk sayısı arasındaki ilişkiye baktığımızda tutum puanları yükseldikçe çocuk sayısı azalmaktadır. Tutum puanları ve doğurganlık arasında ters yönde bir korelasyon olması kişilerin AP yöntemlerine karşı tutumlarında yaratılacak değişikliklerle AP yöntemlerini daha etkin kullanmaları ve istenen doğurganlık seviyelerinde olmalarını sağlayabilir.

Tutumların doğrudan olmasa da davranışları etkilediği bilinmektedir. Örneğin; rahim içi aracın pahalı olması gerçeği onun sağladığı yarardan daha önemli olabilir ya da rahim içi aracın mideye kaçabileceği düşüncesi, erkeğin rahim içi araçtan rahatsız olup cinsel hazzı azaltabileceği gibi düşünceler kişiyi korunmasız davranışa karşı itebilir. Ayrıca geniş aileyle ilgili tutumlar, kocaya, yengeye, çok çocuk doğurmaya, çok eşliliğe yönelik tutumları gündeme getirebilir. (10,11,12,13)

Anlık gereksinimler de tutumların olumlu ya da olumsuz belirleyicilerinden olabilir. Örneğin; Kayınvalidenin evdeki otoritesini bırakabilmesi için, çocuğa sahip olması gerektiğini söylemesi durumunda; yeni gelin aile planlaması yöntemlerinin yararını bilse de kullanmayabilir (10).

6. SONUÇ

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Sosyo-demografik veriler incelendiğinde; katılımcıların çoğunluğunu (%44,8) 26-35 yaş grubu oluşturmaktadır ve katılımcıların büyük kısmı (52,3) 20-29 yaş aralığında evlenmiştir. Katılımcıların %18,4'ü okur-yazar değildir ve %10'u üniversite ve lisansüstü eğitim almıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%79,1) ev hanımıdır. Katılımcıların çoğunluğu (82) çekirdek tipi aileye sahiptir ve yine çoğunluğunun (78,5) sosyal güvencesi mevcuttur.

Katılımcıların obstetrik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; kadınların ortalama gebelik sayısı 2,88 olup büyük çoğunluğunun (%31,3) gebelik sayısı 4 ve üzerindedir. Kadınların çoğunluğunun (%37) 3 ve üzeri canlı doğum yaptığı saptanmıştır. Ölü doğum yapma durumu % 6,3'tür. Kadınların çoğunluğu (72) düşük yapmamış olup % 18,72'si bir düşük yapmıştır. Kadınların büyük çoğunluğu (92,4) küretaj olmamış ve %2,9'u iki ve üzerinde küretaj olmuştur. Katılımcıların çoğunluğu (%37,2) üç ve daha fazla çocuk sayısına sahiptir.

Katılımcıların AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı incelendiğinde; neredeyse tamamı (%99,3) AP yöntemi biliyor. En çok bilinen AP yöntemleri sırasıyla kondom (%90,8) ,geri çekme (%90,2), hap (%89,3), ria (%87,7), enjeksiyon (%78,6) ve tüp ligasyondur (76,6). Katılımcıların çoğunluğunun (56,5) bilgi kaynağı sağlık personelidir ve çoğunluğu (65,4) AP danışmanlık hizmeti almıştır ve çoğunluğu (89,0) danışmanlık hizmetini yeterli bulmuştur. AP yöntemini kullanma kararının eş ile konuşularak alınması gerektiği konusundaki düşünceleri sorulduğunda çoğunluğu (%95,7) ortak karar alınması fikrini belirtmiştir. Katılımcıların %42'si AP yöntemini uygulama sorumluluğunun erkekte olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların AP yöntemleri kullanma özelliklerinin ve bırakma nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; %80'i şuanda herhangi bir yöntem kullanıyor ve en çok kullanılan yöntem % 35,3 oranla geri çekmedir. Kondom (%28) ve RİA (%22,3) sırasıyla en çok kullanılan diğer yöntemlerdir. Yöntem kullananların % 55,7'si şuan kullandığı yöntemden memnun olduğunu ve güvenli bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcıların % 57,6'sı geçmişte bir AP yöntemini bırakmıştır ve en çok bırakılan AP yöntemi %43,4 oranla RİA'dır ve en çok RİA bırakma nedeni %25 oranla fazla kanama olarak belirtilmiştir. Kondom bırakma nedeni en çok eşin istememesi, geri çekme bırakma nedeni en çok koruyuculuğuna güvenmeme, hap bırakma nedeni de en çok sinirlilik, baş ağrısı ve baş dönmesi olarak belirtilmiştir.

Katılımcıların AP tutum puanlarına ve alt ölçek puanlarına bakıldığında; APTÖ puan ortalaması $117,35 \pm 16,19$ (minimum 62, maksimum 170) olarak hesaplanmıştır. Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Topluma İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamasının $54,34 \pm 9,25$ (minimum 24, maksimum 75) olduğu, Yönteme İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamasının $35,73 \pm 5,96$ (minimum 14, maksimum 55) olduğu ve Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği puan ortalamasının $28,28 \pm 4,59$ olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların demografik verilerine göre gebelik sayısı ve ortalama çocuk sayısı karşılaştırıldığında; kadınların eğitim seviyesi arttıkça doğurganlık düzeyi anlamlı olarak azalmıştır. Kadınların çalışma durumu ile doğurganlık düzeyleri arasında ters yönde anlamlı bir fark saptanmıştır.

Katılımcıların planlı gebelik durumuna göre gebelik sayısı ve çocuk sayısına bakıldığında; plansız gebelik sayısı arttıkça doğurganlık düzeyinde anlamlı artış saptanmıştır.

Katılımcıların yöntem kullanma, bırakma ve danışmanlık alma durumlarına göre doğurganlık düzeylerine bakıldığında; herhangi bir yöntem kullananlarda çocuk sayısı anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Kadınların yöntem bırakma ve danışmanlık alma durumları arttıkça doğurganlık düzeylerinde anlamlı artış saptanmıştır.

Katılımcıların AP tutum puanları ve alt ölçek puanları ile doğurganlık düzeylerine bakıldığında; tüm tutum puanları arttıkça gebelik sayısında azalma saptanmıştır. Tutum puanları yükseldikçe çocuk sayısı azalmaktadır. Katılımcıların AP tutum ölçeği puanlarına bakıldığında, aile planlamasına karşı tutumlarının olumlu olduğu ancak istendik düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının davranışa dönüşebilmesi için aile planlaması eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

Katılımcıların doğurganlık düzeyi arttıkça ölü doğum sayısı ve küretaj sayısı da artmaktadır.

7.ÖNERİLER

Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının davranışa dönüşebilmesi için aile sağlığı merkezimizde aile planlaması eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

APTÖ alt ölçek puanlarına bakıldığında en düşük tutum puanları Yönteme İlişkin Alt Ölçek Puanları'nda saptanmıştır. Bu nedenle aile sağlığı merkezimizde verilecek bir eğitimde özellikle yöntemlerle ilgili sahip olunan yanlış tutumları değiştirmek adına yöntemlerin bilinen yanlış yan etkileri konusunda bilgilendirmelere ağırlık verilmesi önerilmektedir. RİA, oral kontaseptifler ve enjeksiyon gibi etkili modern yöntemlerin danışmanlığında özellikle yan etkiler ve baş etme yöntemleri konusuna yer verilebilir.

Çiftlerin etkisi sınırlı yöntemleri (geri çekme) koruyuculuğuna güvenmeme nedeniyle bırakmaları, bu yöntemlere karşı olumsuz tutuma sahip olduklarını göstermesi bakımından önemlidir. Olumsuz tutumlarına rağmen bu geleneksel yöntemleri neden hala kullandıklarının incelenmesi yararlı olabilir.

Aile Planlamasına yönelik olumsuz tutuma sahip kadınlarda olumsuz tutum nedenlerini ve ilişkili faktörleri araştıran niteliksel araştırmalar yapılarak ileri analizlerin yapılması önerilmektedir.

Aile planlaması danışmanlığı verecek olan sağlık personelinin kadınların aile planlaması yöntemlerine karşı tutumları konusunda duyarlılıklarının artırılması etkili ve faydalı olabilir.

Araştırmanın farklı bölgelerde tekrarlanması ve elde edilen sonuçların bu araştırma sonuçları ile karşılaştırılması yararlı olabilir.

Aile Planlamasına yönelik eğitimlerin yalnızca kadınlara yönelik değil erkeklere yönelik olarak da çift eğitimleri şeklinde düzenlenmesi daha etkili sonuçlar doğurması açısından önerilmektedir.

Tutumları ele alarak davranışları değiştirmek için medya da kullanılabilir. Gazeteler, televizyon ve dergiler toplumun daha geniş bir kesimine ulaşır. Örneğin, medyada aile planlaması uygulamayanların sıkıntılı durumda olduklarından söz edildiğinde, çok çocuğu olanların acınacak durumda olduğu gösterildiğinde, bu imgeler zihinde aile planlamasına bağlanır (42).

8. KAYNAKLAR

1. Mosher DW, Martinez GM, Chandra A, Abma JC, Wilson SJ, (2004) Use Of Contraception and Use Of Family Planning Services İn Tehe United States:1982–2002, Advance Data From Viral and Health Statistics, 350(10):1–35.
2. Mumcu N, (2004) Geleneksel Uygulama ve İnançların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanımına Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon
3. World Health Organization, (2008) Repositioning family planning: guidelines for advocacy action,
4. Aksu H. Kontraseptif yöntemler. In: Şirin A, editor. Kadın Sağlığı, 1.baskı, İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008; 288-330.
5. Arviş MH. Aydın Doğumevi'ne aile planlaması için başvuran kişilerin kontraseptif yöntem tercihleri ve etkileyen faktörler. Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008.
6. World Health Organization (WHO). WHO report on sexual and reproductive health. World Health Organization. 2017.
7. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 8. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007;499-518.
8. TNSA-2013, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe üniversitesi nüfus etütleri enstitüsü
9. United Nations Population Fund (UNPF), Türkiye Ve Dünya Nüfusunun Çeşitli Özelliklere Göre Karşılaştırılması, Unfpa Türkiye Ofisi, 2002
10. World Population Data Sheet. Washington, D.C: Population Reference Bureau, 1929-2004, 28.1.2005
11. Tezel A. .Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumunu Etkileyen Faktörler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, Ankara, 2015;18: 3.A
12. Özvarış ŞB. Üreme sağlığı ve aile planlaması. Aile planlamasında temel bilgiler. İstanbul, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Damla Matbaacılık, 2002:1-4
13. Ünal T, Yavuz S, (2004) Doğurganlık Tercihleri, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara.

14. Eryılmaz N. Doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması konusundaki tutumları ve ilişkili faktörler. Konya, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014.
15. Aktoprak, M, Evli kadınlar ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve ilişkili faktörler, Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
16. Çayan A, 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2009
17. Kridli S Al-Oballi, Libbus K: Contraception in Jordan: A cultural and religious perspective, International Nursing Review, 48; 144-151, 2001.
18. Diczfalusy E: Contraception and society, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal Of The European Society Of Contraception, December, 7(4):199-209, 2002.
19. Özden T: Gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalar, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1987.
20. Özışık AA: İstanbul Dudullu ve Safranbolu'da geleneksel tıp uygulamaları ve Modern Tıp Açısından Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1999
21. Health H: The Sexual Revolution, Edi: HealthH& While I., in the challenge of sexuality in health care, Part:1: Sexuality-Concept, Context And Influences Blackwell Science Ltd.,Chapter:1, Pp:25- 36, 2002
22. Tezcan S, (2009) Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara,
23. Özgen N, (1993) Tuzluca Bölgesinde 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınların ve Eşlerinin Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi
24. Miller K, Miller R, Askew I, Horn CM, Ndhlovu L, (1998) Clinic-Based Family Planning And Reproductive Health Services İn Africa: Findings From Situation Analysis Studies, The Population Council.

25. Oral SC, (2006) Gecekondu Bölgesinde Yaşayan Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
26. Neuse M, (2006) Making The Case For U.S. International Family Planning Assistance, Five Former Directors of the Population and Reproductive Health Program of the United States Agency for International Development (USAID)
27. Malcolm Potts, Martha Campbell, History of Contraception in Gynecology and Obstetrics, 2002, De Noon D. A History of Birth Control.
28. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı No:3-B, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2009
29. Akyıldız N. Aile planlaması. 1.baskı, İstanbul, Turan Ofset, 1999.
30. Koyuncuer A. Kontrasepsiyon ve Türkiye’de durum. Sted, 2004; 13(12): 455-459.
31. Kaynar B, Beydağ KT, Özer FG. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemleri ve yöntem seçimini etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(8): 21-33.
32. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci SE. Bingöl ili uydukent sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008;22(4):185-191.
33. Apay ES, (2004) Nişanlı Çiftlerin Evlendikten Sonra Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
34. Akın A, Sevcen F, (2006) Türkiye’de Kadın Sağlığının Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
35. Türk R, (2006) 2–4 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirmeyi Aile Planlaması Yöntemi Olarak Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
36. Oltuluoğlu H, (2008) Malatya İl Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
37. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2013 Ön Rapor, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

38. Örsal Ö, (2006) Ankara Belediye Sınırlar İçinde Yaşayan Bireylerin Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
39. Şahin GH, Şahin HA, Zeteroğlu Ş, Kolusarı A, (2002) Van İli Yöresinde Aile Planlaması Yöntemleri Kullanmama Nedenleri, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi 12-(1):264-268.
40. World Health Organization, (2008) Repositioning family planning: guidelines for advocacyaction,<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/familyplanningadvocacytoolkit.pdf>, Erişim Tarihi: 12.05.2009.
41. Goodson P; Predictors Of İntention To Promote Family Planning: A Survey Of Protestant Seminarians İn The United States. Health Education & Behavior, Oct; 29(5): 521-41, 2002
42. O'Grady K. Contraception And Religion A Short History, İn The Encyclopedia Of Women And World Religion, Edi.Young S. Et All,Macmillan 1999, online <http://www.mum.org/contrace.htm> (15.12.2004)
43. Hatcher, R.A. Et All, "Üreme Sağlığı İle İlgili Politika Ve Yasalar", Çev.Ed.Dervişoğlu, A.A., Kontraseptif Yöntemler: Uluslar Arası Basım, Ankara, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Yayın No:1, P.57-85, 1990
44. Yazar E, (2007) İslam Aile Hukukunda Eşler Arasındaki Geçimsizlik ve Çözümü (Nüşuz), Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Temel İslam Bilimleri Anabilim Dalı, Erzurum.
45. Örsal Ö, Kubilay G. Aile planlaması tutum ölçeği geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nihntingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007;15(60):155-164.
46. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2003) Birleşmiş Milletler CEDAW Komitesine Sunulmak Üzere Hazırlanan Dördüncü ve Beşinci Birleşmiş Periyodik Türkiye Raporu, Ankara.
47. Taşkın L, (2004) Uluslar Arası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2).
48. Tözün M, (2007) Tarihsel Süreçte Toplumsal Cinsiyet: Küresel Bir Yaklaşım, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir.
49. Diri FÜ, (2007) İstatistik Dersine Yönelik Tutumların Araştırılması Meslek

Yüksekokulu Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

50. Freedman, J.L., Sears, D.O., Carlsmith, J.M. (2003) “Tutum Ve Davranış” Çev. Dönmez A., İçinde Sosyal Psikoloji, 4. Baskı İmge 357-363
51. Baysal AC (1981). Sosyal ve Örgütsel Psikolojide Tutumlar. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, İstanbul.
52. H.C Triandis , Attitude and Attitude Change, New York : John Wiley and Sons, 1971, s. 2
53. Koçyiğit E, (2002) Aynı Tutumu Ölçmeye Yönelik Olarak Hazırlanmış Likert Tipi Ölçek İle İki Farklı Metrik Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
54. Longmore MA, Manning WD, Giordano PC, (2004) Adolescents’ Self Identities and Sexual Debut, Department of Sociology and Center for Family and Demographic Research Bowling Green State University.
55. Özgülner N, (2007) Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar- Bariyer Yöntemler, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara.
56. Özgülner N, Pektaş H, (2006) Güvenli Cinsellik, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
57. Sahin N, Ulusoy M, Sahin N (1993) Exploring the sociotropyautonomy dimensions in a sample of Turkish psychiatric inpatients. J Clin Psychol, 49:751-63.
58. Yıldırım SÖ, (2008) Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği’nin Türkiye’deki Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
59. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği, Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu, 2012
60. İlhan NM, Yıldırım A, Maral I, (2002) Ankara’da Yarı Kentsel ve Kentsel Bölgede Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Kullanmama Nedenleri, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi 12:66-72
61. Arevalo M, Jennings V, Sinai I, (2001) Efficacy Of A New Method Of Family Planning: The Standart Day Method, Elsevier Science Inc, Washington.
62. Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum Module 4. Combined Oral Contraceptives and Progestin Only Pills. Pathfinder International. July 1999:1-221.)

63. Çelik R, (2006) İsteyerek Düşük Yapmak İçin Başvuran Kadınların Acil Kontrasepsiyon İle İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
64. Katırcı E, (2008), Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyokültürel Faktörler, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta.
65. Dede M, Yenen MC, Göktolga Ü, Metsen Z, Ergün A, Pabuçcu R, (2004) Kombine Oral Kontraseptiflerle Acil Postkoital Kontrasepsiyon, Gülhane Tıp Dergisi 2004, 46(1): 15–19.
66. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006;2(22):17-23
67. Ricci SS, (2007) Essential of Maternity Newborn, and Women's Health Nursing, By Lippincott Williams & Wilkins a Wolters Kluwer Business, Philadelphia, 75–105.
68. Meteoglu D, Güngör F, Pehlivan A, Doyuran E, (2001) 2001 Yılında Aydın İlinde Ana Sağlığı ve Aile Planlaması, Sağlık ve Toplum 2002, 12(1): 33–36.
69. Şen TA, Erbek N, (2001) Afyon İlindeki Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Sağlık ve Toplum 2002, 12(4):73-78.
70. Berker B. Non-oral hormonal kontrasepsiyon. 6. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı:19-20, 2009, Ankara.
71. İnal MM. Bariyer kontraseptif yöntemler. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2006;2(22):41-50.
72. Tatum HJ. Kontrasepsiyon ve aile planlaması. Editör: Pernoll ML. Çeviri Editörü: Sönmez S. Çağdas Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi, 1. Baskı, Cilt:1, İstanbul, Barış Kitabevi, 1994; 832-62.
73. Pernoll ML. Kontrasepsiyon. Çev. Edt. Ayhan A, Bozdağ G. Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı, Onuncu baskı, Ankara, Palme Yayınları, 2002; 727-41.
74. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. 5. Baskı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. AÇSAP Genel Müdürlüğü Yayını, 1992: 135-152
75. Aile planlaması kalite araştırmaları raporu. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü- Management Sciences for Health (Türkiye Temsilciliği) Ağustos 2000
76. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Haziran 2014

77. Özaydın NG, Debay M, (2007) Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Ankamat Matbaacılık Sanayi Ltd. Şti, Ankara.
78. Sak ME, Evsen MS, Sak S, Çaça FN, (2008) Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Etkinliği ve Kadınların Eğitim Düzeyi: Güneydoğu Anadolu’da Bir İlçe Örneği, Dicle Tıp Dergisi 2008, 35(4): 265-270.
79. Bozkurt N, Özkan S, Korucuoğlu Ü, Onan A, Maral I, Bumin M, Yıldırım M, (2005) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne Başvuran Kadınlarda Doğum Kontrol Yöntemi Kullanımı, Türk Fertilite Dergisi, 13-(2):165–169.
80. Meteoglu D, Güngör F, Pehlivan A, Doyuran E, (2001) 2001Yılında Aydın İlinde Ana Sağlığı ve Aile Planlaması, Sağlık ve Toplum 2002, 12(1): 33–36.
81. Kırca Ü. Erkeklerde gönüllü cerrahi kontrasepsiyon-vazektomi. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2006;2(22):39-40.
82. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cilt 2. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005.
83. London ML, Landewig PW, Ball JW, Bindler R, (2003) Maternal- Newborn&Child Nursing, Family-Centered Care, Copyrigh 2003 By Pearson Education, Inc, New Jersey, 89–107.
84. Olds SB, London ML, Landewig PA, Davinson MR, (2004) Maternal-Newborn Nursing&Women’s Health Care, Seventh Edition, By Pearson Education, Inc, NewJersey, 45–55.
85. Çiftçioğlu S, (2006) Geri Çekmenin Aile Planlaması Olarak Kullanılma Nedenleri, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
86. Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Özkömür E, Keskin U, (2005) Koitus Interruptus (Geri Çekme) Yönteminin Etkinliği ve Eğitim Seviyesinin Önemi, Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 8–10.
87. Demir S, (2007) Kur’an Öncesinde Ve Kur’an’da Kadının Annelik Konumu, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Temel İslam Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.

88. Sonfield A, (2002) Popularity Disparity: Attitudes About The IUD in Europe and The United States, <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/4/gpr100419.pdf>, Erişim Tarihi: 17.05.2009.
89. TÜİK İzmir Bölge Müdürlüğü, Sayılarla Türkiye ve İzmir –Ekim, 2017
90. Pasinlioğlu T, Bülbül F, (2001) Çiftlerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bırakma Nedenleri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003, 6 (2) :40-49
91. Gözükara F, Ersin F, Şimşek Z, Kayahan M, Kurçer MA, (2002) Şanlıurfa’da Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Evli Kadınlarda Düşükler ve Ölü Doğumlar, Hemşirelik Forumu 2003, 6(3):27-32.
92. Yanikkerem E, Öztürk Ö, Cıvak N. Evli kadınların doğum kontrol yöntemleri hakkında düşünceleri ve kullandıkları yöntemler. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 2005;19:22-30.
93. Türkiye’de Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongrelerinde sunulan çalışmaların değerlendirilmesi’ Genel Tıp Dergisi. 2008, Vol. 18 Issue 4, p153-157. 5p. 2 Charts, 1 Graph.
94. Ergin F, Başar P, Karahasanoğlu B ve Beşer E. Güvenli olmayan doğumlar ve doğum sonrası evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005; 4 (6): 321-329.
95. Şahin S, (2005) Postpartum Dönemde Anneye Verilen Aile Planlaması Danışmanlık Eğitiminin Etkin Kontraseptif Yöntem Seçimi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tez i Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
96. Alyanak, İ.Y., Kardam, F., Koç İ., Ergöçmen, B. (2003) Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımına Engel Olan Süreçler,İçinde Niteliksel Araştırma: Gebeliği Önleyici Yöntemler ve İstemli Düşükler, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü,Orkide Basımevi, Ankara, 31-56,

9. EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni

KARAR BİLGİLERİ		Karar No:2016/33-29	Tarih:29.12.2016		
Prof.Dr.Vildan MEVSİM'in sorumlusu olduğu "Dokuz Eylül Üniversitesi 10 No'lu Gaziemir Eğitim ASM'de Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Bilgi Tutum ve Davranışının Doğurganlık Düzeyleri ile İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden izin alınması koşuluyla etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izin belgesi alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir					
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ş.Reyhan</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Nejat</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ayşe</i>
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Bilge</i>
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Müge</i>
Doç.Dr.Şeyda SEREN INTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Şeyda</i>
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	<i>S.Kızıldağ</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>S.Özkardeşler</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BILGIN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ahmet Can</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Mehmet Erhan</i>

Ek 2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) İzni

İLGİLİ MAKAMA

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ isimli 2006 yılında doktora unvanımı aldığım tezimde geliştirdiğim ölçeğin, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalında, Prof. Dr. Vildan Mevsim danışmanlığında Asistan Doktor Tuğçe Küçük Gürbüz'ün "Dokuz Eylül Üniversitesi 10 no'lu Gaziemir Eğitim Asm'ye kayıtlı 15-49 yaş arası kadınların aile planlaması bilgi, davranış ve tutum düzeylerinin değerlendirilmesi" başlıklı bir çalışmasında kullanılmasının uygun olduğunu beyan ederim.



12 Haziran 2018

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Ek: Ölçeğin tam hali ekte yer almaktadır.

Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Aile planlaması halen ülkemizde nüfus artış hızının, planlanmamış gebeliklerin, anne ve bebek ölüm oranlarının yüksekliği nedeniyle temel sağlık sorunlarından. Aile planlaması ailelerin kendi iradeleri ile istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlamakta, anne ölümlerini önlemekte ve annenin sağlığını korumakta, yüksek riskli ve istenilmeyen gebelikleri önlemekte, çocuk sahibi olmak isteyenlere tıbbi yardım sağlamakta ve bireyleri aile planlaması yöntemleri ve üreme sağlığı konusunda bilgi edinmelerini sağlamaktadır.

Dokuz Eylül Üniversitesi 10 No'lu Gaziemir Eğitim ASM'de kayıtlı 15-49 yaş arası evli kadınların aile planlaması bilgi tutum ve davranışlarının doğurganlık düzeyleri ile ilişkisi' başlıklı bir araştırma yapmaktayız. Araştırmamız ile sizin aile planlaması yöntemlerinizi ile ilgili veri toplaması, size sunulan sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunu kolaylaştırmayı amaçlamaktayız.

Araştırma için gerekli bilgilerin toplanması amacıyla hazırlanmış formlarda, sizinle ilgili tanıtıcı bilgiler ile gebelik ve doğum öykünüzü sorgulayan ve sizin korunma yöntemlerinizi sorgulayan sorular yer almaktadır. Bu araştırmada size herhangi bir tıbbi girişim ya da tedavi yapılmayacaktır. Formları doldurmanız araştırmanın gerçekleştirilmesi için yeterli ve önemlidir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı:
Soyadı:

Tarih:
İmza:

Olur Alına İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:
Soyadı:

Tarih:
İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı Soyadı: Tuğçe Küçük Gürbüz

Tel: 0232 412 49 51

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı

Yerleşkesi 35340Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

Ek 4. Katılımcı Anket Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın Katılımcı,

15-49 yaş evli kadınlarda aile planlaması bilgi, tutum ve davranış düzeyinin doğurganlık düzeyi ile ilişkisini araştıran çalışmamız için gerekli bilgilerin toplanması amacıyla hazırlanmış bu formlarda, sizinle ilgili tanıtıcı bilgiler ile gebelik ve doğum öykünüzü sorgulayan ve sizin korunma yöntemlerinizi sorgulayan sorular yer almaktadır. Formları doldurmanız araştırmanın gerçekleştirilmesi için yeterli ve önemlidir. Verdiğiniz yanıtlar, kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgilerinizi belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Dr. Tuğçe Gürbüz
DEÜTF Aile Hekimliği AD

1.SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız
2. Eğitim durumunuz
 1. İlkokul mezunu()
 2. Ortaokul mezunu()
 3. Lise mezunu()
 4. Üniversite ve lisansüstü eğitim()
3. Mesleğiniz nedir?
 1. Memur ()
 2. İşçi ()
 3. Serbest Meslek ()
 4. Ev Hanımı ()
 5. Diğer
4. Medeni durumunuz
5. Evlilik yaşıntınız?
6. Aile tipi
 1. Çekirdek ()
 2. Geniş ()
7. Sosyal güvenceniz
 1. Var ()
 2. Yok ()

2. OBSTETRİK ÖZELLİKLER

7. Kaç kez gebe kaldınız?.....
8. Kaç tane canlı doğum yaptınız?.....
9. Kaç tane ölü doğum yaptınız?.....
10. Kaç tane düşük yaptınız?.....
11. Kaç tane kürtaj yaptırdınız?.....
12. Halen yaşayan kaç çocuğunuz var?.....
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
13. Son gebeliğiniz planlı mıydı?
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
14. Çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz?
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
15. (14. sorunun cevabı evet ise) Ne zaman düşünüyorsunuz?
 1. Hemen ()
 2. Bir yıl sonra ()
 3. İki yıldan daha uzun süre ()

3. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

16. Herhangi bir aile planlaması yöntemi biliyor musunuz?
 1. Evet ()
 2. Hayır ()

17. (16. sorunun cevabı evet ise)
Hangi yöntemleri biliyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

YÖNTEM	EVET	HAYIR
Hap		
Kondom		
Rit		
Enjeksiyonlar		
Tüp Ligasyon		
Vazektomi		
Takvim		
Yöntemleri		
Geri Çekme		
Diğer		

18. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgiyi nereden aldınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- 1.Gazete-Dergi-Kitap ()
2.Radyo-Televizyon ()
3.Akraba-Komşu ()
4.Sağlık Personeli () 5.Diğer.....
19. Herhangi bir sağlık personelinin (ebe, hemşire, doktor) aile planlaması yöntemlerine yönelik danışmanlık (kullanımı ile ilgili bilgilendirme) aldınız mı?
- Evet () Hayır ()
20. (19. Sorunun cevabı evet ise) Aldığınız aile planlaması danışmanlığını yeterli buldunuz mu?
- Evet () Hayır ()
21. Şu anda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
- Evet () Hayır ()
22. (21. sorunun cevabı evet ise) Hangi yöntemi kullanıyorsunuz ?
- 1.Hap () 2.Kondom () 3.RİA ()
4.Enjeksiyonlar ()
5.Tüp ligasyon(kadının tüplerini bağlatması) ()
6.Vazektomi (Erkeğin kanallarını bağlatması)()
7.Takvim yöntemi () 8.Geri çekme ()
9.Diğer.....
23. Kullandığınız yöntem hakkındaki düşünceleriniz nelerdir? (Bu soru yöntem kullananlar içindir).
24. Kullanmayı bıraktığınız yöntem/ yöntemler oldu mu? 1.Evet () 2.Hayır ()
25. (24. Sorunun cevabı evet ise) Hangi yöntem/yöntemleri kullanmayı bıraktınız? Bırakma nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- 1.Hap ()
2.Kondom ()
3.RİA ()
4. Enjeksiyonlar ()
5.Takvim yöntemi ()
6.Geri çekme ()
7.Diğer ()
26. Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan önce gebe kalmaması gerekir?.....
27. Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan sonra gebe kalmaması gerekir?.....
28. Kadın sağlığı açısından iki gebelik arasında en az kaç yıl olmalıdır?.....
29. Sizce aile planlaması yöntemleri kullanımına karar verilirken, eşle konuşulmalı mıdır?
- 1.Evet () 2.Hayır ()
30. Sizce aile planlaması yöntemlerini eşlerden hangisi uygulamalıdır?
- 1.Kadın () 2. Erkek ()
3.Her ikisi de () 4.Bilmiyorum ()

Ek 5. Aile Planlaması Tutum Ölçeği

34 MADDELİK AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ

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