

T.C

5.12.2008

FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ

ELAZIĞ BASKİL İLÇESİNDE 15-49 YAŞ ARASINDAKİ
EYLİ KADINLARIN KULLANDIKLARI AİLE PLANLAMASI
YÖNTEMLERİ VE AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN BİLGİ
VE TUTUMLARININ SAPTANMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fırat Üniversitesi Merkez Kütüphanesi



0067811

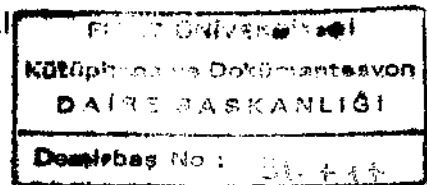
255.07.02.03.00.00/08/0067811

TIP YL/6

YASEMİN AÇIK

F.Ü.TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI



ELAZIĞ-1989

7

Y.L.

SAĞ. DİL.

ÖNSÖZ

Aile planlaması yüksek riskli gebelikleri azaltarak anne ve bebek ölüm hızlarını etkili bir şekilde düşürebilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki anne ölümlerinin büyük çoğunluğu gebelik ve doğumla ilgili üç unsurdan kaynaklanmaktadır. Bunlar kanama, gebeliğe bağlı yüksek tansiyon ve sepsisemidir.

Çok ve sık doğum yapan annelerde genel vücut direncinin zayıflaması nedeniyle enfeksiyona yatkınlık artmakta, karın ve perine dokularında zayıflıklar, rahim düşüklüğü ve varislerin oluştuğu bilinmektedir. Aynı şekilde diyabet, hipertansiyon, romatoid artrit ve serviks kanserine yakalanma oranı doğumların sıklığı ve sayısı ile artmaktadır.

Çok ve sık aralıklarla meydana gelen doğumlarda bebek ölümleri yüksek düzeydedir. Bebek yaşasa bile çeşitli sağlık problemleriyle karşı karşıya kalabilir. Bunlar düşük doğum ağırlığı, çocukluk döneminde yetersiz beslenme, bulaşıcı hastalıklara daha sık yakalanma, fiziksel büyümenin ve gelişmenin yavaş olması, doğuştan anomaliye sahip olma riskinin yüksek olması, zeka düzeyi ve akademik başarının düşük olmasıdır.

1988 yılı Türkiye nüfus araştırması sonuçlarına göre bebek ölüm hızı binde 77.72, Aile planlaması yöntemi kullanma oranı ise binde 77'dir. Türkiye'nin gelişmişlik düzeyine göre bebek ölüm hızı yüksek, aile planlaması yöntemi kullanma oranı ise düşüktür.

Baskil ilçesinde Fırat Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalınca Eğitim Ve Araştırma Bölgesi kurma çalışmalarının devam etmesi, ilçede bu konu ile ilgili hiç bir araştırmanın yapılmamış olması ve konunun ana-çocuk sağlığı açısından önemi nedeniyle araştırmacı bu çalışmaya yönelmiştir.

Araştırmanın başlangıcından bugüne kadar her türlü eğitici ve öğretici yardımlarını esirgemeyen, tez çalışmalarına rehberlik eden F.Ü. Tıp Fakóltesi Dekan Yardımcısı ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın hocam Prof. Dr. R. Erol SEZER 'e teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca ankete katılan Baskil ilçesindeki 15-49 Yaş grubu evli kadınlara ve onlarla görüşmemi sağlayan Baskil Sağlık Ocağı Personeline de yardımlarından dolayı teşekkür ederim .

Yasemin Açık

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
I- GİRİŞ	1
1.1-Doğurganlık ve sağlık düzeyi göstergeleri.....	8
1.2-Aile Planlaması Kullanımı ile Ana - Çocuk Sağlığı ilişkisi	
-Ana sağlığı (Mortalite ,Morbidite ,Düşük).....	10
-Çocuk sağlığı (Mortalite ve Morbidite).....	16
1.3- Aile Planlaması Yöntemleri.....	23
1.4- Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Sıklığı.....	37
1.5- Aile Planlaması Hizmetinin Ortalama Maliyeti.....	39
1.6- Kontraseptiflerin Dayanıklılığı.....	40
1.7- Temel Sağlık Hizmetleri İçinde Aile Planlamasının Yeri	41
-Toplum Çalışanları Eli ile Dağıtım.....	42
1.8-Aile Planlaması Hizmetinde Basın -Yayın Organlarının	
Kullanılması.....	44
II- AMAÇ	46
III-YÖNTEM VE GEREÇ	48
IV-BULGULAR	49
V -TARTIŞMA	91
VI-SONUÇ VE ÖNERİLER	102
VII-ÖZET ,.....	107
VIII-KAYNAKLAR	111
IX - EKLER	

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

1. Annenin Doğumdaki Yaşı Ve Çocuk Sayısına Göre
Anne Ölüm Hızı, İngiltere Ve Galler, 1973-1977..... 11
2. Anne Yaşına Göre Kanamaya Bağlı Anne Ölümünün
Hızı, İngiltere Ve Galler, 1973-1975..... 14
3. Çocuk Sayısına Göre Kanamaya Bağlı Anne Ölümünün
Hızı, İngiltere Ve Galler, 1973-1975..... 14
4. Annenin Doğumdaki Yaşına Göre Down Sendromlu
Vakalar, İsveç 1968-1970 Ve Massachusetts (ABD)
1958-1965..... 19
5. Dünya Doğurganlık Araştırmasından Seçilmiş Bazı
Ülkeler İçin Annenin Doğumdaki Yaşına Göre Bebek
Ölüm Hızı, 1975-1978 22
6. Dünya Doğurganlık Araştırmasından Seçilmiş Bazı
Ülkeler İçin Doğum Sırasına Göre Bebek Ölüm
Hızları, 1975-1978..... 22

ÖNSÖZ

Aile planlaması yüksek riskli gebelikleri azaltarak anne ve bebek ölüm hızlarını etkili bir şekilde düşürebilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki anne ölümlerinin büyük çoğunluğu gebelik ve doğumla ilgili üç unsurdan kaynaklanmaktadır. Bunlar kanama, gebeliğe bağlı yüksek tansiyon ve sepsisemidir.

Çok ve sık doğum yapan annelerde genel vücut direncinin zayıflaması nedeniyle enfeksiyona yatkınlık artmakta, karın ve perine dokularında zayıflıklar, rahim düşüklüğü ve varislerin oluştuğu bilinmektedir. Aynı şekilde diyabet, hipertansiyon, romatoid artrit ve serviks kanserine yakalanma oranı doğumların sıklığı ve sayısı ile artmaktadır.

Çok ve sık aralıklarla meydana gelen doğumlarda bebek ölümleri yüksek düzeydedir. Bebek yaşasa bile çeşitli sağlık problemleriyle karşı karşıya kalabilir. Bunlar düşük doğum ağırlığı, çocukluk döneminde yetersiz beslenme, bulaşıcı hastalıklara daha sık yakalanma, fiziksel büyümenin ve gelişmenin yavaş olması, doğuştan anomaliye sahip olma riskinin yüksek olması, zeka düzeyi ve akademik başarısının düşük olmasıdır.

1988 yılı Türkiye nüfus araştırması sonuçlarına göre bebek ölüm hızı binde 77.72, Aile planlaması yöntemi kullanma oranı ise binde 77'dir. Türkiye'nin gelişmişlik düzeyine göre bebek ölüm hızı yüksek, aile planlaması yöntemi kullanma oranı ise düşüktür.

Baskil ilçesinde Fırat Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalınca Eğitim Ve Araştırma Bölgesi kurma çalışmalarının devam etmesi, ilçede bu konu ile ilgili hiç bir araştırmanın yapılmamış olması ve konunun ana-ocuk sağlığı açısından önemi nedeniyle araştırmacı bu çalışmaya yönelmiştir.

Araştırmanın başlangıcından bugüne kadar her türlü eğitici ve öğretici yardımlarını esirgemeyen, tez çalışmalarıma rehberlik eden F.Ü. Tıp Fakóltesi Dekan Yardımcısı ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın hocam Prof. Dr. R. Erol SEZER 'e teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca ankete katılan Baskil ilçesindeki 15-49 Yaş grubu evli kadınlara ve onlarla görüşmemi sağlayan Baskil Sağlık Ocağı Personeline de yardımlarından dolayı teşekkür ederim .

Yasemin Açık

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
I- GİRİŞ	1
1.1-Doğurganlık ve sağlık düzeyi göstergeleri.....	8
1.2-Aile Planlaması Kullanımı ile Ana - Çocuk Sağlığı ilişkisi	
-Ana sağlığı (Mortalite ,Morbidite ,Düşük).....	10
-Çocuk sağlığı (Mortalite ve Morbidite).....	16
1.3- Aile Planlaması Yöntemleri.....	23
1.4- Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Sıklığı.	37
1.5- Aile Planlaması Hizmetinin Ortalama Maliyeti.....	39
1.6- Kontraseptiflerin Dayanıklılığı.....	40
1.7- Temel Sağlık Hizmetleri İçinde Aile Planlamasının Yeri	41
-Toplum Çalışanları Eli ile Dağıtım.....	42
1.8-Aile Planlaması Hizmetinde Basın -Yayın Organlarının	
Kullanılması.....	44
II- AMAÇ	46
III-YÖNTEM VE GEREÇ	48
IV-BULGULAR	49
V -TARTIŞMA	91
VI-SONUÇ VE ÖNERİLER	102
VII-ÖZET ,.....	107
VIII-KAYNAKLAR	111
IX - EKLER	

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
1. Annenin Doğumdaki Yaşı Ve Çocuk Sayısına Göre Anne Ölüm Hızı, İngiltere Ve Galler, 1973-1977.....	11
2. Anne Yaşına Göre Kanamaya Bağlı Anne Ölümünün Hızı, İngiltere Ve Galler, 1973-1975.....	14
3. Çocuk Sayısına Göre Kanamaya Bağlı Anne Ölümünün Hızı, İngiltere Ve Galler, 1973-1975.....	14
4. Annenin Doğumdaki Yaşına Göre Down Sendromlu Vakalar, İsveç 1968-1970 Ve Massachusetts (ABD) 1958-1965.....	19
5. Dünya Doğurganlık Araştırmasından Seçilmiş Bazı Ülkeler İçin Annenin Doğumdaki Yaşına Göre Bebek Ölüm Hızı, 1975-1978	22
6. Dünya Doğurganlık Araştırmasından Seçilmiş Bazı Ülkeler İçin Doğum Sırasına Göre Bebek Ölüm Hızları, 1975-1978.....	22

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
1. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.	49
2. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.	49
3. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Kocalarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	50
4. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Mesleklerine Göre Dağılımı.	51
5. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Kocalarının Mesleklerine Göre Dağılımı.	51
6. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Oturdukları Konutun Tipine Göre Dağılımı.	52
7. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Ailelerinde Kişi Başına Düşen Aylık Gelire Göre Dağılımı.	53
8. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile Tiplerine Göre Dağılımı.	53
9. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Hane Halkı Sayısına Göre Dağılımı.	54
10. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı.	55
11. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Canlı Doğum Sayılarına Göre Dağılımı.	55
12. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Düşük Sayılarına Göre Dağılımı.	56

13. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı.	56
14. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Ölü Doğum Sayılarına Göre Dağılımı.	57
15. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların İsim Verilmeden Önce Ve İsim Verildikten sonra Bildikleri Aile Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı.	58
16. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Yöntem Kullanan Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı.	59
17. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlardan Son Üç Aydır Yöntem Kullanmayanların Yöntem Kullanmama Nedenlerine Göre Dağılımı.	60
18. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Son Kez Gebe Kaldıklarında Yöntem Kullanıp Kullanmama Durumuna Göre Dağılımı.	60
19. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlardan Son Kez Gebe Kaldıklarında Aile Planlaması Yöntemi İle Korunanların Gebe Kalırken Kullandıkları Yönteme Göre Dağılımı.	61
20. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların İlk Gebelik Yaşlarına Göre Dağılımı.	61
21. Baskil İlçesindeki 45-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Son Gebelik Yaşlarına Göre Dağılımı.	62
22. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Son Gebelik Yaşlarına Göre Dağılımı.	62
23. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzey Ve İlk Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımı.....	63
24. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzey Ve Gebelik Sayısına Göre Dağılımı.....	64
25. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzey Ve Canlı Doğum Sayısına Göre Dağılımı.....	65

26. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo- Ekonomik Düzey Ve Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.....	66
27. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo- Ekonomik Düzey Ve Ölen Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.	67
28. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo- Ekonomik Düzey Ve İdeal Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.	68
29. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo- Ekonomik Düzey Ve Yapılan Düşük Sayısına Göre Dağılımı.	69
30. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo- Ekonomik Düzey Ve İsteyerek Yaptıkları Düşük Sayısına Göre Dağılımı.	70
31. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo- Ekonomik Düzey Ve Son Düşükte Başvurdukları Yollara Göre Dağılımı.....	71
32. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo- Ekonomik Düzey Ve Sorulduktan Sonra İsteyerek Yapılan Düşüğü Aile Planlaması Yöntemi Kabul Etme Durumuna Göre Dağılımı.	72
33. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo- Ekonomik Düzey Ve İsim Verilmeden Bildikleri Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı.	73
34. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo- Ekonomik Düzey Ve İsim Verildikten Sonra Bildikleri Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı.	74
35. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo- Ekonomik Düzey Ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı.	75
36. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo- Ekonomik Düzey Ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Uygun Bulma Düzeyine Göre Dağılımı.	76
37. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo- Ekonomik Düzey Ve Eşlerinin Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Uygun Bulma Düzeyine Göre Dağılımı.	77

38. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzey Ve "Gebelikten Korunmak İçin Başvuracağınız Kişiler Bir Erkek Hekim Yada Bu Konuda Yetkili Ebe-Hemşire Olduğunda Hangisini Seçersiniz "? Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımı.	78
39. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eğitim Durumu Ve Canlı Doğum Sayılarına Göre Dağılımı.	79
40. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eğitim Durumu Ve Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.	80
41. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eğitim Durumu Ve İdeal Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.	81
42. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eğitim Durumlarına Ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı	82
43. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eğitim Durumlarına Ve İsim Verildikten Sonra Bildikleri Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı	83
44. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Yaş Grupları Ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanıp Kullanmama Durumuna Göre Dağılımı	84
45. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Toplam Gebelik Sayısına Ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	85
46. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Ortalama İlk Adet Görme Yaşı, İlk Evlenme Yaşı, Gebelik Sayısı, Ölü Doğum Sayısı, Düşük Sayısı, Yaşayan Çocuk ve Ölen Çocuk Sayısına Göre Dağılımı	86
47. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Ortalama Gebelik Aralığı, İlk Gebelik Yaşı, Kadınların Yaşları, Kişi Başına Aylık Gelir Ve İdeal Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.	87
48. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Yıllara, Canlı Doğum Sayısı Ve Ölen Bebek Sayısına Göre Dağılımı.....	88

49. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Halen Gebe Olma Durumuna Göre Dağılımı	88
50. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Yaş Grubu Ve Canlı Doğum Sayılarına Göre Dağılımı	89
51. Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Yaş Grupları Ve Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	90

I - GİRİŞ

Aile planlaması, ailelerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları veya evli çiftlerin ekonomik olanaklarına ,kişisel isteklerine göre çocuk sayısını tayin etmeleri ve doğumlar arasında istedikleri aralığı sağlamalarıdır(1). Aile planlaması hizmeti hiçbir zaman ailedeki çocuk sayısının sınırlandırılması anlamını taşımaz. Aileler çocuk yapmada tamamen serbest olup, kendi iradeleri ile istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilirler. Temel amaç; istenmeyen gebelikleri ve bunun sonucu gelişen düşük ve ölümlerin önüne geçmek ,her aileye arzu ettiği sayıda çocuğa sahip olması için yardım etmek ve gebeliği önleyici yöntemlerden yararlanmasını sağlamaktır. İyi bir aile planlaması aşırı doğurganlık ve çocuk ölümlerini önlediği gibi çocuk sahibi olmayan çiftlerin çocuk sahibi olmalarını ve tıbbi olanaklardan faydalanmalarını sağlamayı da kapsar. Aşırı doğurganlık özellikle sosyo-ekonomik koşulları iyi olmayan toplumlarda anne ve çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir . Dünyada tüm veriler, anne ve bebek ölüm hızının çok erken ve çok geç yaştaki gebeliklerde, doğum sayısı arttıkça ve doğumlar arası süre kıaldıkça arttığını göstermektedir.

Dünyada nüfus artışını ya da azalmasını iki öge,ölümler ve doğumlar belirler. Çağlar boyu ölüm ve doğum hızlarındaki değişmeyi Blacker beş aşamalı bir süreç olarak tanımlamaktadır. İlk aşama-paleolitik ve neolitik çağda olduğu gibi-ölüm ve doğum hızlarının yüksek düzeyde dengede olduğu aşamadır. Bu aşamada yüksek düzeyde de olsa ölüm ve doğumlar dengede olduğu için nüfusu artma yada azalma şeklinde etkilememektedir. Bu aşamayı doğurganlığın değişmediği,

ölümlerin azaldığı aşama takip eder. Doğumların artışında bir değişiklik olmadığı için ölümlerdeki azalma, nüfusu artma şeklinde etkiler ve nüfus artışı toplumlar için problem olmaya başlar. Zamanımızda gelişmekte olan ülkeler bu aşamadadır veya üçüncü aşamaya gelmiştir. Üçüncü aşamada doğumlar da azalmaya başlar. Bu dönem nüfus artış hızının düştüğü dönemdir. Dördüncü aşama doğum ve ölümlerin alt düzeyde dengede olduğu aşamadır. Bu aşamada nüfus ne artmakta ne de azalmaktadır. Sanayileşmiş Ülkeler yirminci yüzyılın başından beri bu aşamadadırlar. Beşinci aşama doğum hızının ölüm hızından düşük olduğu aşamadır. Bir kısım endüstrileşmiş Ülkeler - Örneğin, Batı Almanya - Son yıllarda bu aşamaya ulaşmıştır. Doğum hızının ölüm hızından düşük olduğu ve nüfusun azaldığı aşamadır.

Nüfus artışının tarihsel gelişimi incelendiğinde, dünya nüfusunun tahmini amacıyla bir çok çalışma yapıldığı görülmektedir. En eski nüfus tahmini M.Ö. 8000 yılına aittir. Ve bu yıllarda dünya nüfusu 10 milyon kişi olarak tahmin edilmiştir. 1750 'de dünya nüfusu 800 milyon, 1950 'de 2.5 milyar, 1970 'de ise 3 milyar 621 bin kişiye ulaşmıştır. 1950 ve 1980 yılları arasında Asya, Afrika ve Latin Amerika'daki ülkelerin yaklaşık yarısının nüfusu iki kat artmıştır. 2000 yılına geldiğinde bu bölgelerdeki ülkelerin hemen hepsinin nüfusu 1950 nüfuslarının üç katına ulaşmış ve dünya nüfusu da 2.5 milyardan 6 milyarın üstüne çıkmış olacaktır(2). Bu da dünya nüfusunun ne kadar hızlı arttığını ve aşırı doğurganlığı önlemek amacıyla etkili aile planlaması hizmetine ihtiyacın ne denli büyük olduğunu göstermektedir.

Aşırı doğurganlığı önleme çabaları ve toplumların aile büyüklüklerini sınırlandırma ihtiyacı insanlık tarihi kadar eskidir. Konuyla

ilgili ilk yazılı belgeler M.Ö. 2700 yılına dek uzanır. Bu tarihten günümüze kaldığı sanılan çince belgelerde daha çok çocuk düşürme şeklinde doğumun önlenmesinden söz edilmektedir. Daha sonra M.Ö. 1850 'de yazılmış PETRIE ve M.Ö. 1550 'de yazılmış EBERS papirüslerinde gebeliği önlemek için önerilen değişik yöntemlere rastlanmaktadır. Söz konusu Mısır papirüslerinde gebeliği önlemek amacıyla vajene yerleştirilen çeşitli maddelerden yapılmış tamponlardan söz edilmektedir. Aynı şekilde İran,İbrani,Arap,Yunan ve Roma yayınları da vajene konulan katranlı lahana yaprağı,sedir yağı,meyva asitleri ve sünger gibi maddelerin kullanıldığını göstermektedir. Ayrıca bu tarihlerden çok daha önce İbranilerin Coitus interruptus (geri çekme)gebeliği önlemek amacıyla kullandıklarına ilişkin bilgiler vardır(1). Aile planlaması batıda Endüstri devrimi ile 19. yüzyıl'da başlamıştır. Halka gebeliği önleme yöntemlerinin öğretilmesini ilk savunan kişi bir İngiliz papazı olan Jeremy Bentham 'dır İngiltere 'den sonra halk önderleri diğer Avrupa ülkelerinde de bu konuda eğitime başlamışlardır. Dünyada ilk aile planlaması kliniği 1882 yılında Hollanda 'da kurulmuştur. Hükümet düzeyinde aile planlaması hareketlerini ilk başlatan ülke Japonya 'dır. Japonya 1948 yılında küretajı serbest bırakmış ve ailelerden 2-3 çocuktan fazla çocuk sahibi olmamalarını istemiştir. Japonya on yıl içinde kaba doğum hızını binde 30'dan batılı ülkeler düzeyine binde 18 'e düşürmüştür(3). 1960 yılında gelişmekte olan ülkelerin çoğu nüfus artışını önemli bir sorun olarak kabul etmiş ve nüfus artış hızını azaltma veya ana-çocuk sağlığı düzeyini yükselme gerekçesiyle aile planlaması hizmeti sunmuşlardır. Bu hareket Afrika 'da batının yeni bir sömürgecilik önlemi olduğu düşüncesiyle ve Amerika 'da katolik kiliselerin etkisi ile çok yavaş gelişmiştir. Bir çok ülke özellikle Amerika Birleşik Devletleri ve İsveç

ikili anlaşmalarla gelişmekte olan ÷lkelere aile planlaması hizmetlerini geliştirmeleri için yardım etmektedir. H÷k÷metler ÷lkelerindeki aşırı doğurganlıktan duydukları kaygıları, aile planlaması hizmetlerine verdikleri öncelik ve sağladıkları destek yoluyla ifade ederler. 1974 'te dünyada aile planlaması hizmetlerine çeşitli yollardan destek sağlayan hük÷met sayısı 102 iken 1983 'e gelindiğinde bu sayı hemen hemen dünya nüfusunun yüzde 93 'ünü temsil eden 127 hük÷mete ulaşmıştır(2). Bu hük÷metler özel gönüllü kuruluşların yürüttüğü programlara olduğu kadar bakanlıkların yürüttüğü programlara da destek sağlamaktadırlar.

÷lkemizde aile planlaması hizmetlerinin ve nüfus yapısının tarihsel gelişimine bakıldığında, Osmanlı İmparatorluğunda nüfus konusunda iki önemli bilgi vardır. Biri 1520-1530 yılları arasında Kanuni Sultan Süleyman döneminde, ev sayımına dayanarak yapılan tahmindir. Bu tahmine göre toplam nüfus 11 milyondur. İkinci bilgi 1831 yılında yapılan sayım sonucudur. Bu sayımda imparatorluk nüfusu 5.5 milyonu bulmuştur. Türkiye Cumhuriyeti hük÷meti kuruluşundan bu yana nüfus sayımlarına büyük önem vermiştir ve her 5 yılda bir nüfus sayımı yapmaktadır. İlk sayım 1927 'de yapılmış ve Türkiye nüfusu 13.6 milyon olarak bulunmuştur. 1950 'de 20.9 milyon, 1980 'de 44.7 milyon ve 1985 'te ise 50 milyon 664 bin kişi bulunmuştur. Bu da ÷lke nüfusunun çok hızlı bir şekilde arttığını göstermektedir(4).

Osmanlı imparatorluğu döneminde imparatorluk topraklarının genişletilmesi ve korunması amacıyla, cumhuriyetin ilk yıllarında ise tarımda makineleşmenin yetersiz olması nedeniyle insan gücüne duyulan gereksinimden dolayı nüfus arttırıcı (pronatalist) politika izlenmiştir. Bu nedenle düşük ve gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılmasının

yasaklanması, 6 çocuktan fazla çocuklu ailelere ikramiye ve madalya verilmesi, çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf tutulması gibi örnekler kanunlarda yer almıştır(3). Sonraki yıllarda nüfus artış hızının gittikçe tehlikeli bir boyut kazanması sonucu 1962 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi Birinci Beş Yıllık Sosyal Ve Ekonomik Kalkınma Planında hükümetlerin nüfus artışını azaltıcı (Antinatalist) önlemler almasını kabul etmiş ve 1965 yılında yürürlüğe giren 557 sayılı "Nüfus Planlaması Yasası" ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) bünyesinde Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Birinci beş yıllık sosyal ve ekonomik kalkınma planında nüfus planlaması sorunu ekonomik bir sorun olarak ele alınmıştır. İkinci planda nüfus planlaması terimi yerine Aile planlaması terimi kullanılmış ve gerekçe olarak Aile planlaması programı ile ana-çocuk sağlığı düzeyinin yükseltileceği ve ekonomik kalkınmanın kolaylaşacağı belirtilmiştir. Üçüncü ve dördüncü planlarda ise Aile planlaması sadece sağlık için gerekli bir önlem olarak görülmüştür.

557 sayılı yasada nüfus planlaması ,bir kadının istediği zaman ve istediği sayıda çocuk sahibi olması şeklinde tanımlanmış, çocuk düşürme ve sterilizasyonun nüfus planlaması yöntemi olarak kullanılması yasaklanmış ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına, diğer kamu kuruluşları ile işbirliği yaparak, ailelere eğitim yapma ve hizmet sunma görevi verilmiştir. Bu kanunun eksik tarafı sterilizasyon ameliyatını ve küretajı yasaklamış olmasıdır. Yasaklamalara rağmen, isteyerek çocuk düşürmenin yüksek bir düzeyde oluşu ve artmaya devam etmesi yapılan hizmetin ailelerin istemini karşılamaktan uzak olduğunu göstermiştir. Bunun sonucu 24.5.1983 tarihinde 2827 nolu "Nüfus Planlaması Kanunu" yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla; etkili kontraseptif yöntemlerin daha

yaygın olarak en uç yörelere kadar uygulanabilmesini temin için uygulamalarda eğitilmiş hekim dışı sağlık personelinin yararlanmak, cerrahi sterilizasyonun kadın ve erkekte istek üzerine yapılabilmesi, onuncu haftaya kadar olan gebeliklerde isteğe göre, on haftayı geçenlerde ise tıbbi endikasyon varsa gebeliğin sonlandırılması, gibi çok önemli yenilikler getirilmiştir(5). 557 sayılı kanunun yürürlüğe giriş tarihi olan 1965 yılı ile 2827 nolu kanunun yürürlüğe girdiği 1983 yılı toplam doğurganlık hızları karşılaştırıldığında 1966-67 yıllarında 5.30, 1975 'de 4.66, 1978 'de 4.33 ve 1983 'de 4.05 çocuktur(12). Buda 1965 ve 1983 yılları arasında toplam doğurganlık hızlarında çok önemli bir değişiklik olmadığını göstermektedir. 2827 nolu yasanın uygulamaya başlamasından sonraki 5 yıl içinde ise, 1988 yılında yapılan bir araştırmaya göre toplam doğurganlık hızı 3.04 çocuktur(15).

Ülkemizde doğurganlık ve nüfus artışı konusunda yapılan ilk araştırma 1963 yılında Türkiye 'yi temsil eden bir örnek üzerinde, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yapılmıştır. Bu araştırmadan sonra ilki 1968 yılında olmak üzere her beş yılda bir Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün yapmış olduğu tüm Türkiye 'yi temsil edecek doğurganlık, kontraseptif kullanımı ve aile sağlığı araştırması vardır. Bu araştırmalara göre ülkemizde gebelik riski altında olan kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanma düzeyi 1963 yılında % 22.0 19968 'de % 32.0, 1973 'de % 38.0, 1978 'de % 50.0, 1985 'de % 61.5 ve 1988 'de % 77 'dir (3,14,15). 1988 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün yapmış olduğu bir araştırmaya göre bebek ölüm hızı 1988 yılı için binde 77.72 'dir. Bu oran gerek dünya ölçülerine ,gerekse bizimle aynı gelişmişlik düzeyinde olan ülkelere göre oldukça yüksektir. 1988 yılı araştırması

sonuçlarına göre 1987 yılı için Ölkemizde evli kadınların % 32.8 'inin geçmişte en az birkez düşük yaptığı ve bunun % 23.6 'sını ise isteyerek yapılan düşükler oluşturduğu bilinmektedir (15).

Aile planlaması hizmetlerindeki yetersizlik ana-çocuk morbidite (hastalık) ve mortalitesini (ölümünü) , yeni eğitim ve sağlık yatırımlarını ,işsizliği, önemli derecede etkilemektedir. Kaliteli aile planlaması hizmeti sunulmasıya dünyada yaklaşık 5.6 milyon bebek ölümünün ve 200 bin anne ölümünün önlenebileceği tahmin edilmektedir(2). Yine başarılı bir aile planlaması hizmetinin planlı bir nüfus yapısı: sağlayarak kalkınma çabalarını destekleyebileceği ileri sürülmektedir.

1.1- DOĞURGANLIK VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Bir nüfusta canlı doğumlarla belirlenen gerçek doğum düzeyine doğurganlık, bir kişinin yada bir nüfusun biyolojik bakımından çocuk doğurabilme gücüne doğurganlık gücü denilmektedir(36). Doğurganlık ölçmede kullanılan ölçütlere doğurganlık ölçütlere denir. Toplumun doğurganlık ve sağlık düzeyini ölçmede kullanılan ölçütler şu şekilde sıralanabilir.

- Bebek ölüm hızı
- Çağ nüfusunun okur-yazar oranı
- Düşük oranı
- Kaba doğum hızı
- Kaba ölüm hızı
- Neo-natal ölüm hızı
- Past neo-natal ölüm hızı
- Tamamlanmış doğurganlık
- Toplam doğurganlık hızı
- Yaşa özel doğurganlık hızı
- Yıllık nüfus artış hızı

BEBEK ÖLÜM HIZI : Bir yıl içinde 0-12 ay arasında ölen bebeklerin o yılda gerçekleşen doğumlara oranıdır. Bu hız binde olarak ifade edilir.

ÇAĞ NÜFUSUNUN OKUR-YAZARLIK ORANI : 15-44 yaşları arasındaki nüfus içinde okuma-yazma bilenlerin yüzdesini göstermektedir.

DÜŞÜK ORANI : Bir yıl içindeki düşüklerin toplam evlenmiş 15-49 yaş grubu kadınlara oranıdır. Bu oran yüzde olarak ifade edilir. Ve 100 evlenmiş kadın başına düşen ortalama düşük sayısını gösterir. Spontan düşükler ve istemli düşükler için ayrı ayrı hesaplanır.

KABA DOĞUM HIZI : Bir yıl içinde kaydedilen canlı doğumların sayısının o yıl toplam nüfusuna oranıdır. Bu hız binde olarak ifade edilmektedir.

KABA ÖLÜM HIZI : Bir yıl içinde kaydedilen toplam ölüm sayısının o yıl toplam nüfusuna oranıdır. Bu hız binde olarak ifade edilmektedir.

NEO-NATAL ÖLÜM HIZI : Bir yıl içinde 0-28 günlük iken ölen bebek sayısının o yılda doğan bebek sayısına oranıdır.

PAST NEO-NATAL ÖLÜM HIZI : Bir yıl içinde 29-365 günlük iken ölen bebek sayısının o yılda canlı doğan bebek sayısına oranıdır.

TAMAMLANMAMIŞ DOĞURGANLIK HIZI : Doğurgan yaşının sonuna ulaşmış, yani 45-49 yaş arasındaki kadınların doğurdukları canlı çocuk sayısıdır.

TOPLAM DOĞURGANLIK HIZI : Bir kadının doğurgan olduğu süre boyunca 15-44 yaşları arasında ortalama olarak doğurabilecekleri canlı çocuk sayısını gösterir. 15-44 yaş arasındaki kadınların yaşa özel doğurganlık hızlarının toplamı olarak hesaplanır.

YAŞA ÖZEL DOĞURGANLIK HIZI : Belli bir yaştaki yada yaş grubundaki kadınlardan bir yıl içinde olan doğumların o yaştaki yada yaş grubundaki kadın nüfusuna oranıdır.

YILLIK NÜFUS ARTIŞ HIZI : Toplam nüfus büyüklüğünde, bir yıl içinde doğum, ölüm ve göçler gibi üç öğenin ortak sonucu olarak meydana gelen artışı göstermektedir.

1-2. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANIMININ ANNE VE ÇOCUK SAĞLIĞI İLE İLİŞKİSİ

1-2.1.AİLE PLANLAMASI VE ANNE SAĞLIĞI İLİŞKİSİ

Aile planlaması yüksek riskli gebelikleri azaltarak anne ve bebek ölüm hızlarını etkili bir şekilde düşürebilmektedir. En yüksek anne ve bebek ölümleri aşağıda belirtilen durumlarda görülmektedir;

- 18 yaşından önceki gebelikler
- 35 yaşından sonraki gebelikler
- Dört ve daha fazla çocuktan sonraki gebelikler
- İki yıldan daha az aralıklı gebelikler

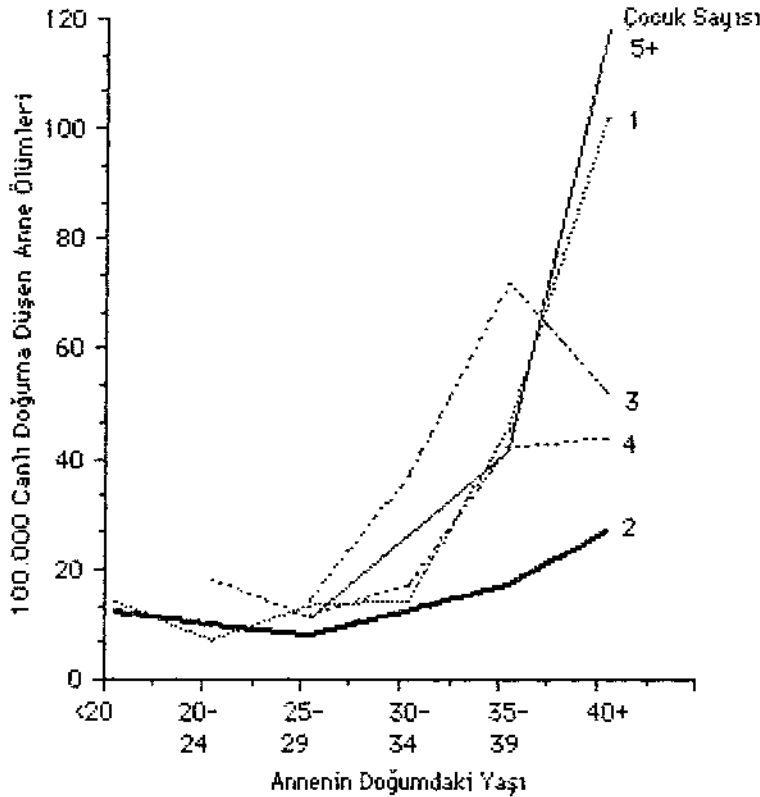
Aşırı doğurganlık özellikle sosyo-ekonomik koşulları iyi olmayan toplumlarda anne sağlığını olumsuz etkiler. Beslenme ve çevre sağlığı açısından yetersiz koşullar içinde bulunan kadınlarda gebelik ve doğum olayı zaten bir ölçüde risk unsuru olmaktadır.Gebeliklerin çok ve sık olması maternal malnütrisyonları daha da ağırlaştırmaktadır. Örneğin ülkemizde yapılan araştırmalara göre gebelikte anemi oranı % 73.9, emzikiilerde ise bu oran % 65.4 olarak bulunmaktadır(1).

Çok ve sık doğum yapan annelerde genel vücut direncinin zayıflaması nedeniyle enfeksiyonlara yatkınlık artmaktadır. Bu annelerin enfeksiyona yakalanması halinde ise tablo daha şiddetli seyretmekte ve ölümle sonuçlanma oranı artmaktadır. Sık tekrarlayan gebelik ve düşüklere bağlı olarak gebelik ve doğum komplikasyonları ve jinekolojik enfeksiyonlar artmaktadır. Yapılan araştırmalara göre plasenta anomalileri, uterus yırtıkları, aşırı kanama, anormal gelişler gibi komplikasyonlar doğum sayısına paralel olarak artmaktadır. Aynı şekilde diyabet, hipertansiyon, romatoid artrit ve serviks kanserine yakalanma

oranı doğumların sıklığı ve sayısı ile artmaktadır. Çok ve sık doğum yapanlarda karın ve perine dokularında zayıflıklar, rahim düşüklüğü meydana geldiği ve varislerin geliştiği bilinmektedir.

Gelişmiş ülkelerde anne ölüm hızı her yüzbin canlı doğum için, yirminci yüzyılın başlarında 400 ' ün üzerinde iken, günümüzde 40 'ın altına düşmesine rağmen söz konusu etkinlikler yine de azdır.

Şekil 1=Annenin Doğumdaki Yaşı ve Çocuk Sayısına göre Anne Ölüm Hızı , İngiltere ve Galler , 1973 - 1977.



Anne ölüm hızları yaşı ile birlikte incelendiğinde yirmi yaşın altındaki anneler için pek yüksek olmayan bu hızlar, yirmili yaşların başlarında en düşük noktasına inmekte ve yaşla birlikte artarak kırk yaşından sonra en yüksek noktasına ulaşmaktadır (Şekil 1). Aynı örüntü, çok farklı anne ölüm hızlarına ve sosyo-ekonomik koşullara sahip başka ülkelerde de gözlenmiştir(6).

Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin büyük çoğunluğu, gebelik ve doğumla ilgili üç unsurdan kaynaklanmaktadır. Bunlar kanama, gebeliğe bağlı yüksek tansiyon ve sepsisemidir.

Kanama çok fazla çocuğa sahip ve ileri yaşta gebe kalan kadınlarda daha yaygındır. Yüksek tansiyon, eklampsi ve preeklampsi ile birlikte görülür. Genellikle çocuksuz yada çok çocuklu ve ileri yaşta gebe kalmış kadınları etkiler. Bangladeş, Mısır, Endonezya, Nijerya, Sri Lanka ve Sudan 'da gerçekleştirilen çok merkezli bir çalışmada beş yada daha fazla doğum yapmış kadınların, kanamaları sırasında, daha az çocuklu kadınlardan 2-3 kat daha fazla kan nakline ihtiyaç duydukları görülmüştür. Yaş ve çocuk sayısının yanı sıra doğumlar arası zaman süresinin anne ölüm hızları üzerinde önemli bir etkisi vardır. Örneğin Bangladeş ve Endonezya 'da 20 yaşın altında olup, üç veya daha fazla çocuğu olan kadınlar arasında çok yüksek ölüm hızları bulunmuştur. 20 yaşın altındaki kadınların çok çocuk sahibi olması kısa doğum aralığına işaret eder.

1977 'de anne ölümlerine ilişkin bölgesel tahminler, en düşüğü Kuzey Amerika 'da olmak üzere yüzbin canlı doğumdan 11 ölüm ile, en yükseği de Asya 'da olmak üzere yüzbin de 552 arasında sıralanmaktadır. Dünya ortalaması ise yüzbin de 351 'dir . Gelişmekte olan ülkelerdeki kırsal alan çalışmaları anne ölüm hızını 500 'ün üzerinde bulmuş hatta bazı

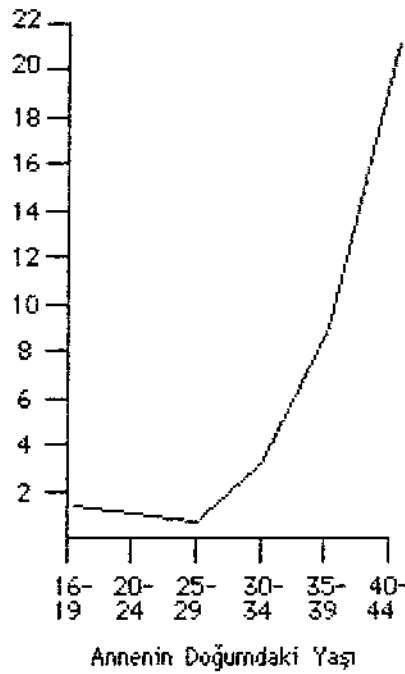
bölgelerde yüzbin canlı doğumda bine bir başka deyişle ‰ 1 'e kadar çıkmıştır. Gelişmekte olan tüm ölkeler için anne ölüm hızı yüzbin canlı doğumda 400 olarak tahmin edilmiştir.

Gelişmiş ölkelerdeki anne ölümleri, 15-44 yaşlar arasındaki kadınların ölümlerinin ‰ 2 'sinden daha azını oluşturmaktadır. Oysa oldukça iyi verilere sahip iki ölkeler olan Meksika ve Sri Lanka 'da bu oran ‰ 10 'dur. Anne ölüm hızları sağlık bakımının çok az olduğu ve kadınların çoğunun evde doğum yaptığı kırsal kesimlerde daha fazladır. Örneğin Bangladeş 'in kırsal bir kesimi olan Matlab Tahana 'da anne ölüm hızı 1968 ve 1970 yılları arasında yüzbin canlı doğumda 570 ölüm olarak bulunmuştur. Bu ölümler yetişkin kadınlar arasındaki ölümlerin ‰ 27 'sini oluşturmaktadır. Mısır 'ın kırsal bir kesiminde de, 1981-82 yıllarında doğurmuş yaşlardaki bir grup evli kadın arasında gebelik, doğum ve lohusalık komplikasyonları sonucu görölen ölümler ‰ 20 olarak bulunmuştur(6). Türkiye 'de 1981 yılında yapılan bir araştırmaya göre doğum evlerinde meydana gelen anne ölümlerinin nedenleri şunlardır.

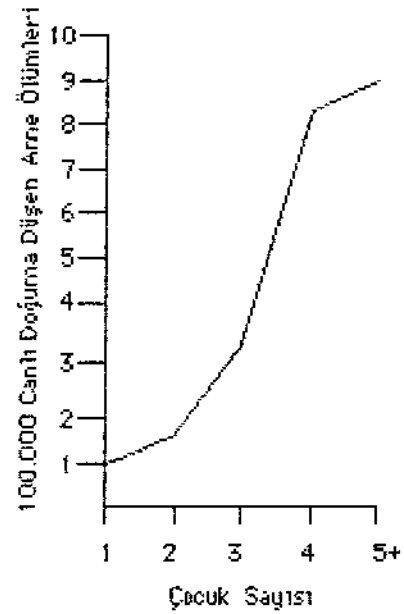
- Doğum sırasındaki çeşitli obstetrik nedenler
- Pelvis- Fetüs uyumsuzluğu ve Patolojik gelişmeler
- Düşükler sonucu gelişen ölümler
- Gebelik doğum ve doğum sonrası kanamalar
- Perine ve uterus yırtığı
- Doğum ve lohusalık enfeksiyonları

Bu temel ölüm nedenlerinin, doğum sırasında gelişen bazı nadir olaylar dışında hemen hepsi önlenabilir nedenlerdir. Ana ölümlerini azaltmak için etkili bir ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetinin verilmesi gerekir.

Şekil 2: Anne yaşına Göre
kanamaya bağlı, Anne ölümlerinin
Hızı, İngiltere ve Galler,
1973-1975



Şekil 3= Çocuk Sayısına göre
kanamaya bağlı Anne
ölümlerinin Hızı,İngiltere
ve Galler, 1973-1975



1.2.2- DÜŞÜKLER

Aşırı doğurganlığın ana sağlığına getirdiği en önemli olumsuzlukların büyük grubunu düşükler oluşturmaktadır. Düşükler oluş şekillerine göre iki türdür. Kendiliğinden (spontan) ve isteyerek (provoke, küretaj)

İSTEYEREK DÜŞÜK

Gebeliğin dışardan bir müdahale ile sonlandırılmasıdır. İsteyerek yapılan düşükler bu ülkelerin yasalarına göre yasal ve yasa dışı diye ikiye,

düşüğün yapıldığı yer ve yaptırana göre de dört 'e ayrılır.

- Hastane şartlarında hekim tarafından
- Hastane dışı şartlarda hekim tarafından
- Uygun olmayan şartlarda tecrübesiz kişilerce
- Gebe kadının bizzat kendisi tarafından yüksek doz ilaç, iğne yada

vajen yoluyla uterus 'a toksik maddeler, yabancı cisimler koyarak.

Hastane dışında yapılan isteyerek çocuk düşürmede oluşan sekeller ve tıbbi komplikasyonlar çok farklı ve ciddidir. Uygun olmayan koşullarda enfeksiyon, kanama, uterus perforasyonu, bakteriel endotoksik şok ve akut renal yetmezlik gibi çoğu kez hastayı ölüme götüren ciddi komplikasyonlar sık görülür. Düşükle ilgili mortalite ve morbitideler, önleyici yöntemlerin sınırlı ve başarısız kullanıldığı, düşüğün yasaklandığı yada yasa ile kısıtlandığı ülkelerde gittikçe artmaktadır(3).

Ülkemizde Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün 1983 yılı araştırması sonuçları ,evlenmiş kadınların % 37 'sinin geçmişte en az bir kez düşük yaptıklarını göstermektedir. İsteyerek düşük yapan kadın oranı % 19 'dur(14).

Aynı enstitünün 1988 yılında Türkiye geneli için yapmış olduğu araştırmaya göre evlenmiş kadınlarda düşük oranı 1987 yılı için % 32.8 dir. Bunun % 23.6 'sı ise istemli yapılan düşük oranıdır. Eğitim düzeyine göre istemli yapılan düşük sayısına bakılacak olursa okur-yazar olmayanlarda % 18.2, okur-yazarlarda % 23.5 ,ilkokul mezunlarında % 25.8, ortaokul ve daha üstü eğitim görmüş kişilerde ise % 26.9 'dur. Bu da eğitim düzeyi yükseldikçe isteyerek yapılan düşük miktarının arttığını göstermektedir.

Kırsal kentsel alan karşılaştırıldığında kırsal alanda % 17.4 olan istemli düşük oranı kentsel alanda % 28.6 'ya çıkmaktadır. Bölgelere göre

incelendiğinde düşüğün en az oranda (% 13.8) Güney Anadolu'da, en yüksek oranda (% 31.4) ise Orta Anadolu'da olduğu görülmektedir. Diğer bölgeler incelendiğinde istemli düşük oranı, Doğuda % 18.2, Batıda % 26.5, ve Kuzeyde % 18.0 olduğu görülmektedir(15).

Araştırma sonuçları isteyerek yapılan düşüklerin doğurganlığı azaltmak ve gebelikler arası mesafeyi açmaktan çok, istenen çocuk sayısına ulaşıldıktan sonraki doğurganlığı kontrol etmek amacıyla ve daha çok bu hizmete kolay ulaşabilen kentli, eğitimi yüksek kadınlar tarafından kullanıldığını ortaya koymaktadır.

Tıbbi koşullarda olmayan düşüklerde kadının kendi kendine ilaç olarak uterus için sabun, ebe gümesi sapı, çıra, kibrit çöpü ve benzeri zararlı cisimler koyarak bunların yardımı ile yapar. Böylece çocuk düşürmenin iki tehlikesi şiddetli kanama veya pelvik enfeksiyon oluşur(3). Konu ile ilgili olarak halkın eğitilmesi gerekmektedir. Hekim tarafından dahi yapılsa küretaj bir operasyondur ve tamamen risksiz değildir. Çocuk düşürme hiç bir zaman aile planlaması yöntemi olarak kullanılmamalıdır. Tüm bunları önlemek, anas sağlığı düzeyini yükseltmek etkili bir aile planlaması hizmetinin tüm ülkeye yaygın bir şekilde götürülmesine bağlıdır.

1.2.3- AİLE PLANLAMASI VE ÇOCUK SAĞLIĞI İLİŞKİSİ

Çok sık ve kısa aralıklarla meydana gelen doğumlarda, bebek yaşasa bile çeşitli sağlık problemleriyle karşı karşıya kalabilir. Bu problemlerin bazıları çocuğa kalıcı olarak zarar verebilir. Bu da hem topluma hem de ailesine yük olmasına neden olur. Bu sonuçların en önemlileri;

- Düşük doğum ağırlığı

- Çocukluk döneminde yetersiz beslenme
- Bulaşıcı hastalıklara daha sık yakalanma
- Fiziksel büyüme ve gelişmenin yavaş olması
- Doğuştan anomaliye sahip olma riskinin yüksek olması
- Zeka düzeyi ve akademik başarının düşük olması

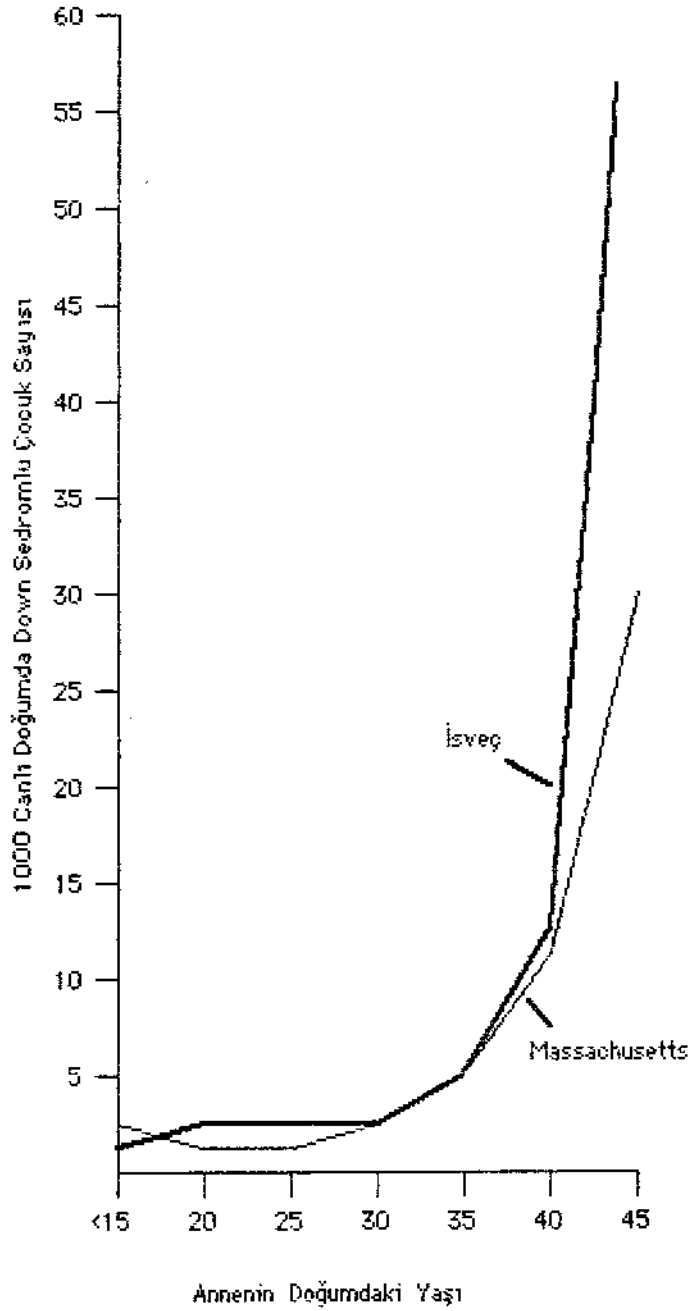
Bu riskler hem biyolojik hem de sosyal nedenlere bağlıdır. Biyolojik açıdan en önemli sorun bebeğin doğumdaki ağırlığının düşük olmasıdır. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde özellikle küçük çocuklar arasında malnütrisyonlar oldukça yaygındır. Malnütrisyon bazen doğrudan ölüm nedeni olduğu gibi bazen de bulaşıcı hastalıklara karşı vücut direncini düşürür. Hayatın ilk yıllarında 2. ve 3. yıllarında ölüm hızını artırır.

1977 'de Kolombiya 'da yapılan bir araştırmada, beş yaşın altındaki çocukların yaklaşık üçte ikisinin yetersiz veya dengesiz beslendiği ortaya konmuştur. Kısa doğum aralıkları, küçük çocukların erken süttten kesilmesine neden olduğu gibi anne sütü yerine verilen gıdaların çocukta malnütrisyon oluşturduğu bilinmektedir(6).

Ailelerin büyük olması aile gelirinden beslenme için ayrılan paydan yararlananların sayısını arttırdığı için, çocukluk döneminde görülen malnütrisyonu daha ciddi hale getirmektedir. Kolombiya, Ghana ve Filipinler 'de yapılan araştırmalar, protein ve kalori malnütrisyonun büyük ailelerde daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca barsak parazitleri de çocuğun beslenme durumunun daha da bozulmasına neden olmaktadır. Yine enfeksiyon hastalığı, Fiziksel büyüme ve gelişme geriliği, doğumsal anomiler, zeka düzeyinin ve akademik başarının düşüklüğü ile yüksek riskli gebelikler arasında büyük ilişki vardır. Annenin doğumdaki yaşı ile down

sendromu arasında çok açık bir ilişki olduğu görülmektedir. Down sendromu, zeka geriliğine yol açan ve kromozom sayısının fazlalığından ileri gelen genetik bir hastalıktır (Şekil 4) .

Şekil 4: Annenin Doğumdaki Yaşına
Göre Down sendromlu Vekalar, İsveç
1968-1970 ve Massachusetts (ABD)
1958-1965



1982 yılında yapılan Türkiye il ve ilçe merkezlerinde "0"yaş bebek ölüm nedenlerini araştıran bir çalışmada bebek ölüm nedenlerinden birinci sırayı doğum travmaları, diğer nedenlere bağlı perinatal (gebeliğin 28. haftasından itibaren doğumdan sonraki ilk 7 gün içinde meydana gelen ölü doğumlar ve bebek ölümleri) ölümler (% 54.4) almakta, bunu pnömöni (% 17.6), Enteritler (% 7.6) ve diğer enfeksiyonlar (% 5.4) takip etmektedir(18).

Gelişmekte olan ülkelerle, gelişmiş ülkelerin sağlık yönünden en önemli farkları ana-çocuk sağlığı alanlarındadır. Gelişmekte olan ülkelerde, küçük çocuklar arasında çok fazla sayıda ölüm olmaktadır. Bu ülkelerde 5 yaşın altındaki çocuklar nüfusun % 14 'ünü oluşturmalarına karşın, yıllık ölümlerin % 80 'ini oluşturmaktadırlar. Gelişmiş ülkelerde ise toplam nüfusun % 8 'ini oluşturan çocuklar, ölümlerin sadece % 3 'ünü oluşturmaktadırlar(6).

Bebek ölüm hızları, gelişmiş ülkelerde bin canlı doğumda 10 veya daha azdır. Oysa gelişmekte olanlarda binde 80-100 'ün üzerindedir. Ölüm nedenleri de farklıdır. Gelişmiş ülkelerde ölümlerin çoğunluğu konjenital anomaliler, metabolik ve genetik hastalıklar gibi önlenmesi güç nedenlere bağlı olduğu halde, gelişmekte olan ülkelerde, çeşitli enfeksiyon hastalıkları, doğum travmaları gibi çoğunlukla, çevre, sosyo- ekonomik koşullara bağlı ve büyük ölçüde önlenebilecek nedenlerdir(18).

Gelişmekte olan ülkelerde bebeklik-erken çocukluk ölümlerine paralel olarak doğurganlıkta yüksektir ve bunun sonucu nüfusların yapısı gençtir. Bu ülkelerde toplam nüfusun hemen hemen yarısı (% 40 dolayında) çocukluk çağı denilen 0-14 yaşlar arasındadır. Yine toplam nüfusun altıda biri ise (% 15 dolayında) beş yaşından küçüktür.

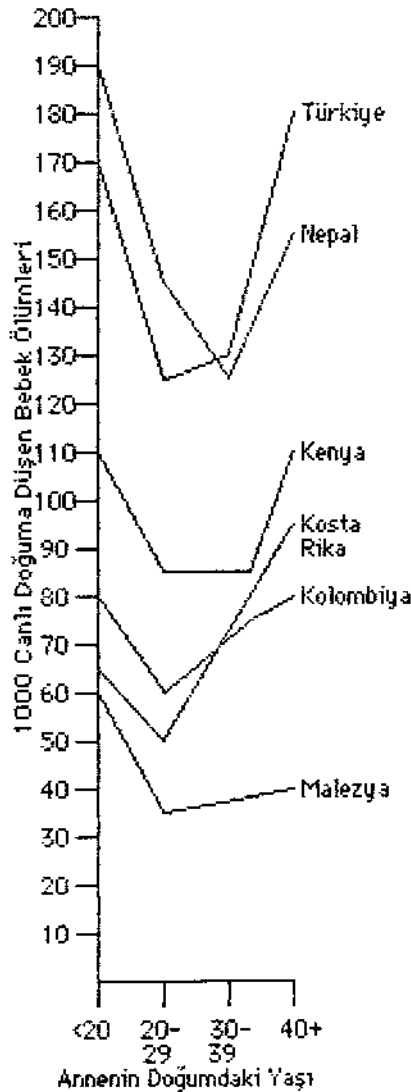
Ülkemizde özellikle ana-çocuk sağlığı düzeyi arzu edilenden çok daha geridir. Türkiye 'de 1983 verilerine göre kişi başına düşen gayri safi milli hasıla 1300 ABD doları dolayında olmasına rağmen Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün yapmış olduğu 1983 Türkiye araştırması sonuçlarına göre bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 95 'dir. Oysa kişi başına düşen ulusal geliri Türkiye 'den çok daha düşük olan bir çok gelişmekte olan ülkede bebek ve 1-4 yaş çocuk ölümlerinin boyutu ülkemiz rakamlarından daha azdır. Örneğin kişi başına ulusal gelir ve bebek ölüm hızları, sırasıyla Çin halk Cumhuriyeti 'inde 310 dolar,binde 67, Tunus 'ta 1390 dolar, binde 65, Filipinler 'de 820 dolar, binde 51, Sri Lanka 'da 320 dolar, binde 32' dir. Ülkemizde 1983 yılı verileriyle her yıl meydana gelen bebek ve 1-4 yaş çocuk ölüm sayıları hesaplanmıştır. Buna göre ülkemizde her yıl 125 bin dolayında bebek, 40 bin dolayında 1-4 yaş çocuk ölmektedir ki, hergün ortalama 340 bebek, 110 da 1-4 yaş arası çocuk kaybedilmektedir(16).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün 1988 yılı araştırmasına göre bebek ölüm hızı binde 77.72 'dir. Bunun binde 35.53 'ü neo-natal (Doğumdan sonraki ilk 28 günlük dönem), binde 42.19 'u ise post-neonatal (doğumdan sonraki 29-365 günler) dönemindeki bebek ölümlerinden meydana gelmiştir. Kentsel ve kırsal alan karşılaştırıldığında kırsal alanda bebek ölüm hızı binde 105.65, kentsel alanda ise binde 50.07 'dir. Bölgelere göre karşılaştırıldığında en yüksek bebek ölüm hızı binde 103.03 ile Doğuda, en düşük bebek ölüm hızı ise binde 44.48 ile batı 'da görülmektedir(15).

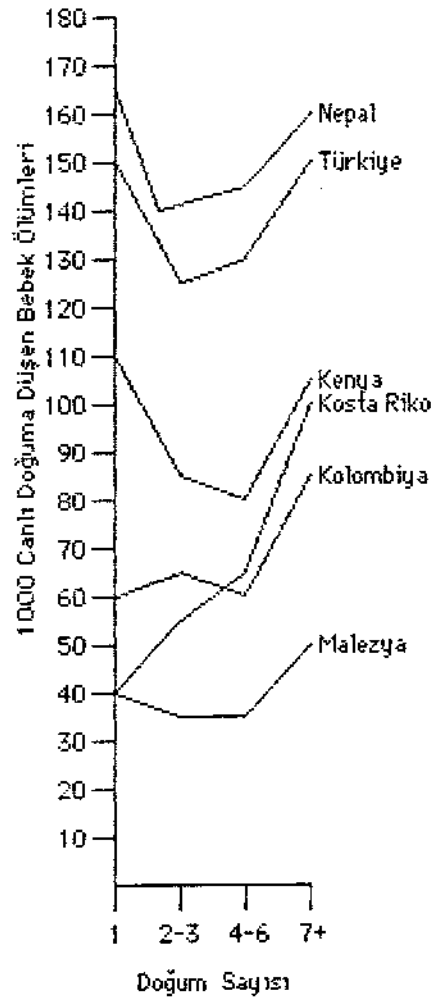
Ülkemizde bu konuya gereken önem verildiği, iyi bir organizasyonla öncelikler belirtildiği taktirde bu sorunda önemli ölçüde çözülebilir. Bunun

için sorunun boyutları, zaman içinde gösterdiği değişim, anne-baba, bebek-çocuk yönünden risk faktörleri, ölümlerin tıbbi ve sosyal nedenleri iyi bilinmeli ve ona göre çözüm yolları aranmalıdır.

Şekil 5: Dünya Doğurganlık
Araştırmāsından Seçilmiş
Bazı Ülkeler için Annenin
Doğumdaki yaşına Göre Bebek
Ölüm Hızları 1975-1978



Şekil 6: Dünya Doğurganlık
Araştırmāsından Seçilmiş
Bazı Ülkeler için Doğum
sırasına göre Bebek Ölüm
Hızları 1975-1978



1.3-AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Aile planlaması yöntemleri (Kontraseptif Yöntemler) iki ana başlık altında incelenebilir.

1.3.1 - Etkili Modern Yöntemler

- Hormonal Kontraseptifler
- Rahim içi araçlar
- Kondom (Prezarvatif, kaput, kılıf)
- Diyafram, Servikal başlık
- Cerrahi sterilizasyon (Kadında tüp ligasyonu , erkekte Vazektomi)

- Spermisitler

1.3.2 - Etki Derecesi Sınırlı- Geleneksel Yöntemler

- Vajina Yıkama
- Ritm Yöntemi
- Coitus Interruptus (Geri Çekme)
- Emzirme

1.3.1 - ETKİLİ MODERN YÖNTEMLER

1.3.1.1- HORMONAL KONTRASEPTİFLER :

KOMBİNE PREPARATLAR : Bunlar östrojen ve progesteron içerirler. En sık uygulananı 20-21 yada 22 gün sürekli aynı dozda hormon verip, uterin kanamanın meydana geldiği bir hafta ara verilenidir. 7 gün süren bu arada ya hiç tablet alınmaz yada plasebo, demir, vitamin gibi tabletler alınır. Kombine preparatların pek çok türü vardır. Genel eğilim içerdeki hormon miktarını mümkün olan en az düzeye indirmektir.

SÜREKLİ ORAL PROGESTERON (Progestin, mini-pill) : Az miktarda progestin her gün alındığında ovulasyonu her zaman inhibe de etmeksizin gebeliği önler. Tablet almaya hiç ara verilmez. Endometrium oldukça düzensiz aralıklarla yıkılır ve kanama meydana gelir.

ENJEKTE EDİLEBİLEN STEROİDLER : Uzun etkili progestajenler kontraseptif amaçla 1-6 ay aralıklarla enjekte edilirler. Uterin kanama genellikle düzensizdir. Menoraji, hipermenore olabilir. Amenore dönemleri de oluşabilir.

İMLANTLAR : Progestajen içeren silastik kapsüllerin subkutan ve intramüsküler implante edilebileceği yada halka biçiminde vajen yada uterus içine konabileceği ve içerdiği hormonun buralardan absorbe olabileceği gösterilmiştir. Sürekli uzun süre steroid salınmasının 6-12 aylık iyi bir kontraseptif etki gösterdiği klinik denemelerle gösterilmiştir.

AYDA BİR ORAL PREPARATLAR : Vücut yağ dokusu içine depolanıp yavaş olarak salınan uzun etkili oral östrojenlerin yağ dokusunda depolanmayan progestajenlerle kombinasyonu bu amaçla kullanılır. Menstruasyonun beklendiği gün tek tablet olarak oral verilir. Düzenli uterin kanamalar oluşur.

POST - KOİTAL PREPARATLAR : Korunulmayan koitusu izleyen 24-36 saat içinde yüksek doz östrojen başlanır ve 5 gün devam edilir. Gebeliği önlemede oldukça etkilidir(3).

Gebeliği önleyici haplar ovulasyonu önlemektedir. Bu etki geriye dönülebilir olduğu için, haplar bir kadının gelecekteki doğurganlığına zarar vermez. Yapılan büyük çaplı çeşitli araştırmalara göre, bir kadın hap kullanmayı bıraktıktan sonraki 1-3 aylık bir süre içinde gebe kalmayabilir. Ancak başlangıçtaki bu gecikmeye karşın kadınlar daha sonra hızla gebe

kalmaktadır. Yapılan bir çok çalışmaya göre ne gebeliği önleyici hap kullanmanın süresi ne de kullanılan haptın çeşidi doğurganlığa dönüşün süresini etkilememektedir. Uzun süre hap kullananlar da, kısa süre kullananlarla aynı sürede gebe kalmaktadırlar(10).

Oral kombine hapların yan etkileri aşağıda belirtilmiştir;

- Ara kanaması
- Amenore (Adet olmama)
- Ürener enfeksiyon
- Vajinal akıntı
- Kloazma (gebelik maskesi gibidir.)
- Baş ağrısı
- Kilo alma
- Depresyon (Ruhsal durgunluk, hap alanlarda B6 Vitamini

yetersizliğine bağlı olabilir.)

- Memelerde ağrı ve duyarlılık

Oral kombine hapların komplikasyonları aşağıda belirtilmiştir;

- Dolaşım sistemi komplikasyonları: (Tromboflebit, Tromboemboli, Felç, Beyin kanaması, Miyokard enfarktüsü, Hipertansiyon).

Dolaşım sistemi komplikasyonları yaşı 35 'in üzerinde olanlarda, şişmanlarda, şeker hastalarında, sigara içenlerde ve haptı uzun süre kullananlarda sık görülür.

- Safra kesesi taşları
- Solunum karaciğer tümörü
- Glikoz metabolizmasında değişiklik yaparlar
- A vitamini hariç diğer bazı vitaminlerin kan seviyelerinde azalma olur.

- Laktasyonda salgılanan süt miktarını azaltırlar.
- Fetal anomali 'ye neden olurlar.

Oral kontraseptiflerin kontrendikasyonları aşağıda belirtilmiştir;

Mevcut yada geçirilmiş;

- Tranbo-embolik hastalıklar
- Serebro-Vasküler olaylar
- Kroner arter hastalığı
- Karaciğer adenoması (Bening Tümörü)
- Malign ve bening türde tümör. (Özellikle meme ve genital

sistemde kanser.)

- Karaciğer fonksiyonlarının bozuk olduğu durumlar
- Gebelik mevcutsa
- Şiddetli baş ağrısı yada migren
- Hipertansiyon
- Şeker hastalığı
- Safra kesesi hastalığı
- Yaşın 35 ve daha fazla olması
- Son iki hafta içinde doğum oldu ise
- Gelecek dört hafta içinde operasyon planlandı ise
- Tanı konulmamış anormal vajinal kanama varsa
- Emzirme (Bebek 6 aylıktan küçük ise)
- Kalp yada böbrek hastalığı
- Trioid hastalığı
- Sigara kullanımı
- Mide rahatsızlığı

- İlerde over fonksiyonlarında bozukluk ve infertilite oluşabileceği düşünülüyorsa

- Hiç doğum yapmamışlarda ve adet düzensizliği olanlarda
- Zeka geriliği, alkolizm yada hap kullanmayı sık unutma gibi düzenli hap kullanmayı etkileyen fatörler varsa hap verilmemelidir.

Hap başlanırsa çok dikkatle izlenmesi gerekenler;

- Depresyona meyilli olanlar, ruhsal dengesi bozuk olanlar.
- Diastolik kan basıncı 90-100 ml Hg olanlar
- Astımı olanlar
- Kloazma yada gebelikte saç dökülme öyküsü olanlar
- Uterus miyomu olanlar
- Aknesi olanlar
- Varisi olanlar
- Aşırı şişmanlar
- Hepatit öyküsü olanlar

1.3.1.2- RAHİM İÇİ ARAÇ

Rahim içine yerleştirilen bazı maddelerin gebeliği önleyebileceği çok eski tarihlerden beri bilinmektedir. Yapısal özelliklerine göre rahim içi araçlar (RİA)

- Sadece plastikten yapılmış olanlar (Lippes loop, Spiral)
- Plastik araca kimyasal madde eklenmiş olanlar
 - Bakır eklenenler (Bakırlı RİA 'lar)
 - Hormon eklenenler (Progesteronlu RİA 'lar)

RİA 'ların gebeliği nasıl önlediği kesin olarak aydınlanmamış olmakla beraber bu konuda çeşitli teoriler vardır. Bunlar;

1. Uterus içindeki araca bağlı endometrium, çeşitli hücre istilasına uğramakta, ayrıca endometriumun araca temas eden kısımlarında damarlaşma meydana gelmekte ve sonuçta endometrium döllenmiş yumurta ve spermier için uygun ortam olmamaktadır.

2. Bugün en fazla kabul edilen görüş RİA yabancı cisim reaksiyonu oluşmasına neden olmakta, sonuçta uterusun büyük makrofaj hücreleri ile dolmaktadır. Bu hücreler vücut için yabancı sayılan spermieri veya döllenmiş yumurtayı fagosite edip yok etmektedir.

3. Mekanik olarak döllenmiş yumurtanın endometriumdan ayrılmasına neden olabilir.

4. Lokal prostaglandinleri arttırarak implantasyonu engelleyebilir.

5. Bakırlı RİA 'lar ise sayılanlara ek olarak servikal müküsü bozarak spermierin geçişlerini engellerler.

6. Progesteronlu araçlarda ise, plastik araçlarla ilgili etki mekanizmalarına ek olarak RİA 'da bulunan progesteron hormonun etkisi de söz konusudur.

Rahim içi Araçlar kontrendikasyonları aşağıda belirtilmiştir;

- Gebelik (yada şüpesi)
- Servikal yada uterin malignensi (yada şüphesi)
- Akut pelvik infeksiyon yada tekrarlayan kronik pelvik infeksiyon
- Akut servisit yada Vajinit (Tedavi edildikten sonra RİA uygulanabilir.)
- Dış gebelik öyküsü
- Kalp kapakcıklarını ilgilendiren bir hastalık

- Koagölasyon bozukluğu
- Şiddetli Anemi
- Şiddetli dismenore
- Uterus küçükse (Özellikle Nulliparlarda)
- Aşırı menoraji yada anormal uterin kanamalar
- Uterin miyom
- Servikal stenoz
- Endometrial yada servikal polip
- Geçmişte gonore öyküsü
- Bakır allerjisi (sadece cu'lu araçlar için)
- Sebepsiz bayılma gibi ciddi vazovagal belirtiler

RİA 'nın yan etkileri aşağıda belirtilmiştir ;

Kanama : RİA uygulandıktan sonra bazı kadınlarda ilk bir kaç ay, lekelenme biçiminde ara kanamalar, adet miktarında ve süresinde artma olabilir. Normal adette kaybedilen kan miktarı yaklaşık 35 ml 'dir. Tüm RİA kullananlarda bu miktar biraz artar. Bazı çalışma sonuçlarına göre plastik araçlarda bu kayıp ortalama 70-80 ml't, Bakırlı araçlarda ise 50-60 ml 'dir. Bakırlı araçlarda kanama miktarı biraz az olmakla birlikte kanama gün süresi artmıştır.

Ağrı : RİA uygulamalarında en az rastlanan ağrı türü özellikle uygulamayı izleyen 5-10 dakika içinde hissedilen kramp şeklindeki ağrı olup, bu uterusun içine yerleştirilen yabancı cismi dışarı atmak için gösterdiği reaksiyona bağlıdır. Aynı tür ağrı adet sırasında da oluşabilir. Eğer tüm bunlar daha önce hastaya anlatılırsa önemli bir sorun yaratmaz. Oluşabilecek ağrı, uygun araç seçimi ve yavaş uygulama ile minimuma indirilebilir(3).

RIA 'nın Komplikasyonları aşağıda belirtilmiştir;

- Aracın dışarı atılması
- Perforasyon
- Gebelik
- Pelvik enfeksiyon

1.3.1.3- KONDOM

Halk arasında kılıf da denilen kondom, gebeliği önleme ve enfeksiyondan korunmak amacıyla çok eskiden beri kullanılmaktadır. Bugün dünyada yaklaşık 40 milyon çift bu yöntemle korunmaktadır. Emniyetli, etkili ve geriye dönülebilen bir yöntemdir. Kondom penisin üzerini kapatarak, meninin vajen içerisine geçmesini önleyen mekanik bir bariyer oluşturarak, gebeliği önler.

Kontredikasyonları aşağıda belirtilmiştir;

- Erkeklerde ereksiyonla ilgili bir sorun varsa
- Kadın yada erkekte kauçuk alerjisi mevcutsa kullanılmaz.

Yan etkileri aşağıda belirtilmiştir;

Kondomun glanstaki duyarlılığı azaltması ve cinsel ilişki olayına ara verilmesi bildirilen yakınmalardır. Çok nadiren kauçuk alerjisi olur. Bu durumda sentetik olmayan kondomların kullanılmalıdır.

İyi yönleri aşağıda belirtilmiştir;

- Servikal kanser oluşmasında koruyucu etkisi vardır.
- Bazı infertil çiftlerde kadında, eşinin spermelerini aglutine eden antikorlar oluşur. Bunun sonucu gebelik olmaz. Böyle durumlarda 3-6 ay kondom kullanıldıktan sonra kadındaki antikorların titresini düşer ve siklusun fertil dönemindeki koitusla gebelik ihtimali artar.

- Doğum kontrol sorumluluğunu eşlerin paylaşmasının sağlar.
- Oldukça ucuz bir yöntemdir.
- Dağıtımı kolaydır. Sağlık kuruluşları, gezici sağlık personeli yada eczanelerde dağıtımı yapılabilir.
- Venerial hastalıklardan korunmada da çok etkili bir yöntemdir. Özellikle genç grupların kullanması sağlanmalıdır(1,3,6).

1.3.1.4- DİYAFRAM

Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, lastikten yapılmış kontraseptif araçtır. Diyafram koitustan önce vajene, arka ucu arka fornikse, ön ucu senfiz pubisin altına gelecek şekilde yerleştirilir. Uygulamadan önce diyaframın iç yüzüne bir miktar spermist krem veya jel konursa spermier için hem mekanik bariyer hem de spermisit olarak etki eder. Diyaframın koitustan 8 saat sonraya kadar çıkarılmaması gerekir.

Kontrendikasyonları aşağıda belirtilmiştir ;

- Lastik veya spermisit alerjisi olanlar
- Vajene doğru yerleştirmeyi öğrenemeyenler
- Anatomik yapısı iyi yerleşmeyi engelleyenler (Prolapsus gibi)
- Tekrlayan üriner enfeksiyonu olanlar

Yan etkileri aşağıda belirtilmiştir ;

- Nadiren allerjik reaksiyon
- Üriner enfeksiyonların tekrarlanması
- Vajinal akıntı.(Bu daha çok diyaframın vajende uzun süre tutulması nedeniyle olur.) En uzun 24-36 saatte bir çıkarılıp temizlenmelidir(1).

1.3.1.5- CERRAHİ STERİLİZASYON

Özellikle gelişmiş ülkelerde son zamanlarda gittikçe yaygınlaşan kontraseptif yöntemlerden biri olan cerrahi sterilizasyon; erkekte spermelerin geçtiği kanalın, kadında ise ovumun geçtiği tüplerin cerrahi olarak kapatılması ile kontrasepsiyonun sağlandığı çok etkin bir yöntemdir.

Etkin yan etkisi yok denecek kadar az, morbidite ve mortalitesi çok nadir olan bu yöntem temelde geriye dönmeyen (irreversible) olarak kabul edilip karar verilmelidir.

Vazektomi ve tüp ligasyonundan sonra erkek ve kadında herhangi bir hormonal değişme olmaz. Bugün yaklaşık olarak 95 milyon çift, istenmeyen gebeliklerden kadının gönüllü olarak kısırlaştırılması yöntemi ile korunmaktadır. Panama (% 29), Çin (% 27), Güney Kore (% 28), Tayland (% 19), Brezilya (% 18), El Salvador (% 18), Fiji (% 18), ABD (% 17), Sri Lanka (% 17) ve Kosta-Riko (% 17) daki evli kadınların % 15 'inden fazlası gebeliği önlemek amacıyla kısırlaştırılmıştır(28). Diğer kontraseptif yöntemlerle kıyaslandığında cerrahi sterilizasyonun önemli yan etki ve komplikasyonları yoktur. Vazektomiden sonra yakınmaların pek çoğu küçük operasyondan sonraki kısa sürede oluşan hematoma, enfeksiyon, epididimit ve granüloma gibi komplikasyonlardır. Bazı erkeklerde vazektomiden sonra sperm antibady 'leri gelişir. Bu konu üzerinde çok durulmakla birlikte bu reaksiyonun herhangi bir sistemik etkisinin olduğuna dair fizyolojik yada istatistiksel bulgu yoktur. Tüp ligasyonunda görülebilecek komplikasyonlar kanama ve enfeksiyondur. Eğer hasta seçimi iyi yapılır, (kısa vajen, pelvik

relaksasyon ve daha önce pelvik infeksiyon geçirmeyenler tercih edilir.) yeterli alet ve yardıma ek olarak en uygun anestezi kullanılırsa komplikasyonlar azaltılabilir(1,3,6).

1.3.1.6- SPERMİSİTLER

Kimyasal etkileri ile spermilerin hareketini bozan veya öldüren maddelerdir. Modern yöntemlerle hazırlanmış kimyasal maddeler bu amaçla kullanıldığı gibi halk arasında bilinen sirke, oksijenli su, aspirin, limon, sabun gibi bazı maddeler de kullanılmaktadır. Piyasada spermisitler krem, jel, supozituar veya köpüklü tablet şeklinde değişik preparat ve isimler altında satılmaktadır. Köpük spermisitler dışındakilerin tek başına kullanımı önerilmemektedir. Spermisitlerin bilinen bir yan etkisi yoktur. Kullanılışında dikkat edilecek konular, vajene cinsel ilişkiden önce ve derin olarak uygulanması ve ilişkiden sonra 8 saat yıkanılmamasıdır(1). Spermisitlerin kullanım etkinlikleri kısıtlıdır. Spermisitlerin teorik ve gerçek kullanım etkinliği arasında çok fark vardır. Teorik başarısızlığı bir yılda 100 kadında 3 gebelik olduğu halde, kullanımda bu 22-29 'a dek çıkmaktadır (1).

1.3.2- ETKİ DERECEŚİ SINIRLI GELENEKSEL YÖNTEMLER

1.3.2.1- VAJİNAL YIKAMA :

Cinsel ilişkiden hemen sonra vajenin yıkanmasının spermleri uzaklaştırarak gebeliği önleyeceği düşünülerek kullanılan ilkel bir yöntemdir. Oysa ejakülasyondan hemen sonraki ilk dakika içinde spermilerin çoğu serviksten içeri girer, dolayısı ile etkisizdir(1).

1.3.2.2- PERİYODİK CİNSEL KAÇINMA :

Doğal aile planlaması olarak bilinen periyodik cinsel kaçınma teknikleri, gebe kalınmayacak zamanların belirlenmesi ve gebe kalınabilecek zamanlarda cinsel ilişkiden kaçınıp diğer tehlikesiz zamanlarda cinsel ilişkide bulunulması yöntemidir. Bu teknikler takvim, bazal vücut ısısı (BBT) ve serviks salgısı yöntemleridir. Bu yöntemlerin üreme sistemine herhangi bir müdahalesi söz konusu olmayıp ileriki yıllarda doğurganlık üzerinde de hiç bir etkileri bulunmamaktadır(10).

1.3.2.3- TAKVİMİLE OVULASYON DÖNEMİNİ BELİRLEME : Ovulasyon beklenen adetten 12-14 gün önce olmalıdır. Ovum 24-48 saat canlılığını korur. Spermiler ise kadın genital organlarında 72 saat canlı kalabilirler.Bu bilgilere göre ovulasyon döneminde 3 gün önce ve sonra cinsel ilişkide bulunmamak gerekir(1).

1.3.2.4 - ISI ÖLÇME İLE OVULASYON DÖNEMİNİ BELİRLEME : Adet siklusu sırasında ovulasyon hemen ertesi günü vücut ısısı 0.2-0.4°C yükselir ve 10-12 gün kadar yüksek kalır. Vücut ısısındaki bu değişiklik saptanarak ovulasyon zamanı bulunabilir. Bu amaçla kadının 3 ay süre ile hergün sabah yataktan kalkmadan vücut ısını dikkatle ölçmesi ve kaydetmesi istenir. Bu sürede kadın yöntemi uygulama için eğitilir. Adet düzeni hakkında bilgi alarak sakıncalı günleri hesaplanır(1).

1.3.2.5 - SERVİKAL MÜKÜSÜ İNCELEME İLE OVULASYON DÖNEMİNİ BELİRLEME : Servikal müküs, ovulasyon sırasında daha akışkan ve berrak olarak spermilere karşı geçirgen olur. Kadının hergün servikal müküsü incelemesi ve değişikliğin başladığı günü saptaması istenir. 0 gün ovulasyon döneminin başlangıcıdır. Çok yanıtıcı bir uygulamadır(1).

1.3.2.6 - GERİÇEKME YÖNTEMİ (COITUS INTERRUPTUS)

Gebelikten korunmak amacıyla cinsel ilişki sırasında ejakülatın vajen dışına boşaltılmasıdır. Geriçekme etkili bir gebeliği önleyici yöntem değildir. Bu yöntemle korunan 100 kadının 1 yıl sonunda 20-25 'i gebe kalır. Yöntemin başarısız olmasının çeşitli nedenleri vardır. Bunların ilki , kişilerin kendisini kontrol etmemeleridir. Bir diğeri ise ejakülasyondan önce üretrada bulunan sıvıda sperm açısından zengindir. Ve kadının gebe kalması için yeterlidir. Geri çekme yönteminin yan etkisi yoktur. Fakat çiftler tarafından sürekli olarak kullanılması cinsel doğumsuzluğa ve psişik gerginliğe yol açabilir. Geri çekme yöntemi etkisinin sınırlı oluşuna ve sakıncalarına rağmen ülkemizde en fazla kullanılan yöntemdir (1).

1.3.2.7 - EMZİRME

Emzirme gebeliği önleyici bir yöntem olmamakla beraber menstrüasyonun dönmesini geciktirir. Ovulasyonu inhibe eder ve böylece gebe kalma olasılığını azaltır (3). Doğumdan sonra çok az emziren kadınların % 90 'ı ilk dört ay içinde adet görür. Emzirmeye devam edenlerin ise sadece % 50 'si ilk altı ay içinde adet görmektedir. Doğumdan sonra ilk ovulasyonun ne zaman olduğunu saptamak çok güçtür. Ancak kadınların % 50 'sinde doğumdan sonra adet görmeden ovulasyon olduğu bilinmektedir. Bir toplumda emzirme yaygın olarak sürdürülüyorsa kadınlarda doğum sonu amenore süresi uzun olur ve doğum aralıkları uzar. Bu nedenle emzirmenin toplumsal açıdan bakıldığında gebeliği önleyici, doğurganlığı azaltıcı etkisi vardır. Ancak kişisel bir gebeliği önleyici yöntem olarak kabul edilmez. Çünkü emziren bir kadında adetlerin ne zaman başlayacağı, daha

önemlisi ovulasyonun ne zaman başlayacağı bilinmez. Doğum sonu emziren bir anne adet görmese bile post partum 6. haftadan sonra mutlaka etkili bir yöntem kullanmaya başlamalıdır(1).

Halen genel kullanımda olmayan, araştırmaların sürdürüldüğü çeşitli aile planlaması yöntemleri vardır. Bunlar fertilizasyonu engellemek için, erkekte sperm yapımını durdurmak yada kalitesini etkilemek, kadında cerrahi olmayan sterilasyon ve gebeliğe karşı aşıdır. Gebelike karşı aşı, gebelik yada üreme süreci ile ilgili bir organa spesifik antijen vererek aşılama yolu ile kontrarépsiyon sağlanmasıdır.

1.4 - KONTRASEPTİF YÖNTEMLERİN KULLANILMA SIKLIĞI

Kontraseptif yöntemlerde iki türlü etkinlik söz konusudur. Birincisi teorik etkinlik, yöntem doğru olarak kullanıldığında gebeliği önleme hızıdır. İkincisi ise kullanma sırasındaki gerçek kullanım etkinliğidir. Yöntem kişiler tarafından uygulandığında bir grup tam doğru kullanırken, diğer bir grup daha dikkatsiz kullanır ve sonuçta yöntemin gerçek kullanım etkinliği teorik etkinliğine göre daha düşük olur. En iyi yöntem eşlerin kabul ettiği, kendilerini rahat, tabii hissettikleri, kolayca doğru ve sürekli kullanılabilecekleri yöntemdir(15).1988 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 'nün yapmış olduğu bir araştırmaya göre gebeliği önleyici yöntemler yaygın olaram bilinmektedir. Evli kadınların % 98.2 'si (Bu oran 1978 yılında % 88.3, 1983 yılında ise % 93.7 'dir) bir yada daha fazla gebeliği önleyici yöntem duyduklarını, % 97.5 'i hem modern hemde geleneksel bir yöntem bildiklerini, % 0,7 'si ise sadece geleneksel bir yöntem bildiklerini belirtmişlerdir. Kadınların büyük bir çoğunluğu (% 94) gebeliği önleyici hap ve RİA 'yı , % 76 'sı kondom 'u, % 65 'i ise geri çekmeyi bildiklerini söylemişlerdir.

Gebeliği önleyici yöntemlerin yaygın olarak bilinmesine karşın gebelik riski altında olan kadınların (Halen evli, gebe olmayan ve fiziksel olarak çocuk sahibi olabilecek kadınların) % 77 'si herhangi bir yöntem kullandıklarını belirtmiştir. Bu oran 1978 'de % 50, 1983 'de % 61.5 bulunmuştur. Yöntem kullanan kadınların % 49 'u modern bir yöntem kullandıklarını,%51'i ise geleneksel yöntem kullandıklarını belirtmişlerdir.

Gebeliği önleyici yöntem kullanmanın yaşayan çocuk sayısı ile ilişkisi dikkate alındığında ülkemizde ilk doğumu erteleme kaygısı çok fazla hissedilmediği daha çok ilk doğumdan sonra doğum aralıklarının

açılması fikrinin benimsendiği görülmektedir. Yaşayan çocuk sayısı artııkça yöntem kullanma oranı da artmaktadır. Bu artış kendini en çok 2 -3 çocuklu kadınlarda göstermektedir.

Kırsal bölgelerde kadınların % 9 'u hapı, % 12.4 'ü RiA 'yı, % 33.5 'i geri çekmeyi kullanmaktadır. Kentsel alanda ise kadınların % 6.5 'i hapı % 20.5 'i RiA 'yı , % 29.4 'ü geri çekmeyi kullanmaktadır.

Halen yöntem kullanan kadınlar arasındaki en büyük farklılıklar eğitim düzeyini göredir. Ortaokul ve üstü eğitim gören kadınların % 3.3 'ü hapı, % 26.8 'i RiA 'yı % 21.8 'i geri çekmeyi kullanmaktadır. Okur-yazar olmayanlarda ise hap % 5.7 , RiA % 13.5 , geriçekme % 32.0 oranında kullanılmaktadır. Kırsal bölgelerde ve okur-yazar olmayan kadınlarda hap kullanımı, okur-yazar olanlar ve kentsel alanda oturanlara göre daha yüksek orandadır(15).

1985 yılı verileriyle Dünya nüfusu içindeki üreme çağındaki 800 milyon evli çiftten 325 milyonu (% 41) güvenilir yöntemler kullanmaktadır. Buların 136 milyonu erkek yada kadın üreme kanallarınının bağlanması yöntemini seçerek 70 milyonu (51 milyonu tek başına Çin 'de olmak üzere) RiA 'yı 55 milyonu doğum kontrol haplarını ve 37 milyonu kondomu benimsemişlerdir. Enjektabl steroidler ve diğer bariyer metodları 30 milyonluk başka bir grup kullanmaktadır. 20-40 milyon çift ise aralıklı cinsel kaçınma ve diğer gebeliği önleyici yöntemleri kullanmaktadır. Tahminen her yıl 40-45 milyon kadınının yarısı kanun dışı olmak üzere gebelik sonlandırma işlemine başvurmaktadır(17).

1.5 - AİLE PLANLAMASI HİZMETİNİN ORTALAMA MALİYETİ

Temel bir sağlık hizmeti olarak aile planlaması hizmetinin maliyeti, diğer temel sağlık hizmetlerinin ki ile benzerdir. Her sağlık hizmeti için ayrı maliyet bilgilerinin toplandığı dört ayrıntılı temel sağlık hizmeti araştırma projesinde, aile planlaması, maliyet dağılımının ortasında yer almıştır. 1980 yılında, 16 ulusal aile planlaması programında, hizmetlerin bir yıl boyunca gebelikten korunan her çift başına mutlak maliyeti, ortalama 20 dolar olmak üzere, 5 dolardan 72 dolara kadar uzanmaktadır. Aile planlaması programlarının maliyetini belirlemede dikkat edilmesi gereken, bu hizmetin yüksek riske sahip ve çoğunlukla istenmeyen gebelikler üzerinde durarak ve bunları önleyerek sağlık harcamalarında tasarruf edilmesini sağlar. Bu tasarruflarda yüksek risk altında bulunan anne ve çocukların gelecekteki tedavileri için gereklidir. Sağlık hizmeti maliyeti kadar eğitim ve sosyal hizmet maliyetleri gibi diğer hizmetlerin maliyetlerinden aile planlaması yoluyla tasarruf edilmektedir(6).

Yalnızca aile planlaması hizmetleri sağlanması yerine, sağlık hizmetlerinin ve sosyo-ekonomik kullanmanın genel düzeyinin arttırılması yolu ile doğumların daha kolaylıkla nlenbileceği bilinmektedir.

1.6 - KONTRASEPTİFLERİN DAYANIKLILIĞI :

Sağlık hizmetlerinde kullanılan diğer araç gereçler gibi, kontraseptiflerin düzenli bir biçimde ve yeterli miktarlarda sağlanması gereklidir. Bu durum kapsamlı ve etkili planlamayı ve arz yollarının güvenilir bir şekilde örgütlenmesini zorunlu kılarken kontraseptifler, temel sağlık hizmetleri programları için olağan dışı lojistik sorunlar yaratamamaktadır. Kontraseptiflerin belirli bir ısının altında bulundurulmaları gerekmemekte ve her ne kadar havalandırma ile hızlı dağıtım yararlı ise de , bu etkenler kontraseptifler için bazı ilaçlar ve çabuk bozulabilen besin maddeleri için olduğu kadar hayati önem taşımamaktadırlar. Yeterli havalandırma sağlandığı takdirde RİA 'lar , gebeliği önleyici hap ve iğneler sıcak iklimlerde bile dayanıklılıklarını korumaktadırlar. İmalatçılarla yapılan bir araştırmaya göre, bu süreler kaput için 3-8 yıl, gebeliği önleyici hap için 3-5 yıl, RİA 'lar için 3-4 yıl , çeşitli spermisitler için 2- 5 yıl , gebeliği önleyici iğneler için 5 yıl olmaktadır(6).

1.7 - TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE AİLE PLANLAMASININ YERİ :

Sağlık gereksinimleri farklı yerlere göre çeşitlilik gösterebilir, aile planlaması, hemen hemen her zaman tüm ortamlara uygun ve yararlı olan bir hizmettir. Alma-Ata konferansında, aile planlaması , temel sağlık hizmetlerinin ana unsurlarından biri olarak yer almıştır. Daha yakın bir zamanda ise UNICEF, aile planlamasını, çocuk sağlığının iyileştirilmesi , buna bağlı olarak çocuğun gelişmesinin denetlenmesi, ağızdan sıvı tedavisi, emzirme aşılaması, ek gıda ve kadınların eğitimi ile birlikte öncelikli tekniklerden biri olarak benimsemiştir. Bu program GOBI-FFF olarak bilinmektedir. (GOBI - FFF : Growth Monitoring : Gelişimin izlenmesi ,Oral Rehydration Therapy : Ağızdan sıvı tedavisi, Breast Feeding : Anne sütü, Immunization : Bağışıklama, Family Spacing : Aralıklı doğum, Food Entitlement : Gıda Desteği, Female Education : Kadınların eğitimi) Aile planlaması iyi bir temel sağlık hizmeti çalışmasında 7 kriteri karşılamaktadır. Çünkü ;

- Aile planlaması geliştirmekte olan ülkelerde görülen çok yaygın ve çok önemli iki problem olan yüksek anne ve çocuk ölümlülüğüne eğilmektedir.

- Aile planlaması , riski fazla olan gebelikleri önleyerek anne ve çocuk ölümlerini azaltacak çok etkili bir teknoloji sunmaktadır.

- Aile planlaması yöntemleri güvenlidir ve ciddi komplikasyonlar ancak çok ender olarak görülmektedir.

- Aile planlaması kişi ve toplum gereksinimlerini karşılamaktadır.

- Aile planlaması, eldeki beceri ve kolaylıklarla toplumdan seçilen kişiler tarafından topluma götürülebilir ve bir çok çiftte öğretilir.

- Aile planlamasında kullanılan malzemeler, kolaylıkla nakledilip

saklanabilir.

- Aile planlamasının maliyet etkinliği yüksektir.

Anne ve bebek ölümlerini azaltmak için doğum öncesi bakım , aşılama ve ağızdan sıvı tedavisi gibi temel sağlık hizmetleri ile birlikte acil araç olarak kullanılan aile planlaması , ilk önemli adımı oluşturmakta ve bu nedenle seçilen her temel sağlık programının bir parçasını meydana getirmektedir. Aynı zamanda , aile planlamasının giderek daha fazla kullanılması nüfus artışııı yavaşlatarak , eğitimi , beslenme ve sağlık hizmetlerinin niteliğinin daha hızlı bir şekilde iyileşmesini ve bu hizmetlerin ulusal nüfusun daha büyük bir kesimine ulaşabilmesini sağlamaktadır(6).

1.7.1 - TOPLUM ÇALIŞANLARI ELİYLE DAĞITIM

Kontraseptifler, temel sağlık hizmetleri içinde yaygınlaştırmaya uygundur. Çünkü hemşire, yardımcı sağlık personeli ve meslekten olmayan ancak eğitilmiş kişiler , hepsini olmasa bile, çoğu yöntemleri güvenilir ve etkili bir şekilde sağlayabilirler. Burada gerekli olan , kullanılmaması gereken temel bazı durumların ve komplikasyonların bilinmesidir. Önemli olan periyodik kaçınmanın değişik şekilleri, spermisit ,kaput, gebeliği önleyici hap gibi ürün veya yöntemleri çiftlerin doğru olarak kullanmalarını öğretme yeteneğidir.

RİA ve iğne gibi diğer gebeliği önleyici yöntemler , çalışanların belirli bir teknik beceriye sahip olmalarını gerektirmekle beraber hekim olmayanlar da bu beceriyi edinebilirler.

Günümüzde , Brezilya, Kolombiya, Hindistan, Malezya ve Tayland gibi pek çok ülkede aile planlaması programları, ileri yaştakiler ve sigara tiryakileri gibi hap kullanmaması gereken kadınlar, bir denetim listesi yoluyla belirledikten sonra, kalanlara gebeliği önleyici hap dağıtan hekim olmayan personele dayanan programlardır.

Temel sağlık programlarında kullanılan dağıtım sistemi tipleri ve söz konusu olan aile planlaması yöntemleri elbetteki yakından ilişkilidir.

Temel sağlık hizmeti dağıtım sistemleri üçe ayrılabilir.

- Hizmeti , o toplumda yaşayan çalışanlar yoluyla, sunan dağıtım sistemi.

- Hizmeti sunmak için belirli bir bölgeyi periyodik olarak tarayan dağıtım sistemi.

- Hizmeti , yerleşik klinikler yoluyla sunan ve hizmet talep edebilecek kişileri yönlendirmek için toplum çalışanlarını kullanan dağıtım sistemidir.

Hap ve kaput gibi periyodik aralıklarla temin edilmesi gerekli olan aile planlaması yöntemleri veya periyodik kaçınma gibi yeni kullanıcıların sık aralıklarla takibini gerektiren yöntemler o bölgede oturan toplum çalışanları yoluyla kişilere en kolay şekilde ulaştırılabilir(6).

1.8 - AİLE PLANLAMASINDA BASIN YAYIN ORGANLARININ KULLANILMASI :

Aile planlaması programları konusundaki bilgilerin iletilmesi ve değişik yöntemlerin riskleri konusundaki yanlış düşüncelerin düzeltilmesinde basın yayın organları kullanılabilir. Radyo, Televizyon , posta, broşür, bildiri, mizah kitapları , gazeteler ve geleneksel sanatlar gibi değişik yayın araçları kullanılabilir. En etkili basın yayın organları , bölgelerin iletişim kaynaklarına, okur-yazarlık düzeyine, nüfus büyüklüğüne ve çeşitliliğine ve insanların değişik basın yayın organlarına ulaşabilirliğine göre belirlenmektedir.

Gelişmekte olan Ülkelerde Radyo genellikle en fazla sayıda kişiye ulaşan yayın organıdır. Örneğin Pakistan' da doğurgan çağıdaki 2600 kadınla yapılan bir çalışmada , bu kadınların yaklaşık % 95 'inin Radyo dinlediği ve yarısından çoğunun aile planlamasını Radyo yayınlarından duyduğu ortaya çıkarılmıştır. Buna karşın bu kadınlardan Televizyon izleyenlerin % 25 , yazılı materyalleri takip edenlerin % 10 ve filmleri seyredenlerin de % 15 oranında olduğu anlaşılmıştır. Bangladeş ve Guatemala'da yapılan araştırmalarda da cevaplayıcıların üçte ikisi Radyo sahibi iken, televizyon,sinema filmleri ve gazeteleri izleyebilenlerin çok az sayıda olduğu görülmüştür.

Bazı yayın organları kampanyalarında, yerel halk kahramanları veya sanatçılar bilgi sunmak üzere kullanılmaktadır. Bu ünlü kişiler dinleyicilere yakın gelen ve mesaja dikkat çekmeyi başarabilen kişilerdir. Ünlü kişilerin onayı, diğer kişilerin aile planlamasını benimsemelerini sağlayabilir veya sağlıkla ilgili diğer davranışların değişmesinde yardımcı olabilir.

Yayın mesajlarının etkili olabilmesi, dikkatli bir biçimde hazırlanmasına bağlıdır. İlk adım, ulaşılması istenen kitlenin belirlenmesidir. Kitleye yakın olmak, mesajlardaki süreklilik ve tutarlılığı sağlamak en önemli ilkelerdir(6).

II - A M A Ç

1. Baskil bölgesinde 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlamasına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak.

2. Baskil bölgesinde topluma sunulmakta olan aile planlaması hizmetini değerlendirmek, hizmetle ilgili eksikleri belirlemek ve bölgede aile planlaması hizmetinin planlanmasına ve iyileştirilmesine yardımcı olacak bilgileri elde etmek.

Türkiye 'de bebek ölüm hızları yıllara göre incelendiğinde 1972-77 yılları arasında binde 134, 1979-82 yılları arasında binde 95 ve 1985-87 yılları arasında ise binde 77 olarak bulunmuştur. Bölgelere göre bebek ölüm hızına bakıldığında Doğu Anadolu bölgesi için 1972-77 yılları arasında binde 147, 1979-82 yılları arasında binde 119 ve 1985-87 yılları arasında binde 103 bulunmuştur. Batı Anadolu bölgesinde ise 1972-77 yılları arasında binde 106, 1979-82 yılları arasında binde 81 ve 1985-87 yılları arasında binde 44 olarak bulunmuştur(14, 15, 34).

Toplam doğurganlık hızına bakıldığında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün yapmış olduğu araştırmalara göre 1973 yılında 4.63, 1978 yılında 4.33, 1983 yılında 4.2 ve 1988 yılında 3.0 olarak bulunmuştur.

Türkiye genelinde bebek ölüm hızı ve toplam doğurganlık hızları düşmektedir. Fakat bu düşüşlere rağmen varılan düzey yeterli değildir. Doğu ve Batı Anadolu için gözlenen iyileşme güzdeleri bölgeler arası farklılığın arttığını göstermektedir. Kaliteli bir aile planlaması hizmeti sunulmasıyla yüksek düzeyde olan doğum ve ölüm hızlarında düşüşler olacaktır.

Doğu Anadolu'nun kırsal bir kesimi olan Baskil 'de bu güne kadar aile planlaması konusunda herhangi bir araştırma yapılmamıştır. Aynı zaman da Baskil 'de Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalınca Eğitim ve Araştırma bölgesi kurulması için çalışmalar yapılmaktadır. Bölgenin kurulması halinde bölgeye verilecek sağlık hizmetinin planlanmasında araştırma sonuçlarına ihtiyaç duyulacaktır.

3 - YÖNTEM VE GEREÇ

Araştırmanın evrenini Baskil ilçe merkezinde yaşayan 15-49 yaş gurubu 494 evli kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın evreninin ulaşılabilir olması nedeniyle ayrıca bir örneklem seçimine gerek duyulmamıştır. Araştırma hem tanımlayıcı hemde kesitsel tipte analitik bir çalışmadır. Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Ek 1 'de sunulan anket formlarının tamamı araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak evlerde doldurulmuştur. Cevapsızların sayısı 11 'dir. Bunlardan ikisi anket sorularını cevaplandırmayı kabul etmemişlerdir. 9 'u ise evlerine 3 kez gidilmesine rağmen evlerinde bulunamamışlardır.

Anket formunun oluşturulmasında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün beş yılda bir yapmış olduğu Türkiye kontraseptif ve doğurganlık araştırmasında kullanılan soru kağıtlarından yararlanılmıştır. Doğu Anadolu bölgesinde aile planlanması konusunda bilgi üreten tek çalışma HÜNEE'nün çalışması olduğu için sağlıklı kıyaslamalar yapmak amacıyla bu araştırmanın anket formundan yararlanılmıştır.

Anket formu bir kılavuz uygulama ile denenmiştir. Kılavuz uygulama Fırat Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran, Elazığ ve ilçelerinden gelen 15 kadın üzerinde yapılmıştır.

Anket uygulandıktan sonra elde edilen veriler, Veri kodlama kağıtlarına geçirilmiş ve bilgisayardan yararlanılarak bulgular ortaya çıkarılmıştır.

Araştırmanın saha çalışması Aralık1988-Mart1989 döneminde yapılmıştır.

BULGULAR

1- Baskil İlçesinde 15- 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Demografik, Sosyo-ekonomik ve Kültürel özellikleri.

Kadınların yaş gruplarına göre dağılımı tablo 1 'de , eğitim düzeyine göre dağılımı ise tablo 2 'de verilmiştir.

TABLO 1 - Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (Aralık 1988 - Mart 1989).

KADIN SAYISI	YAŞ GRUPLARI							TOPLAM
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
ADET	9	76	112	105	81	60	40	483
%	1.86	15.73	23.19	21.74	16.77	12.42	8.28	99.99

TABLO 2 - Baskil ilçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı (Aralık 1988 - Mart 1989).

KADIN SAYISI	KADININ EĞİTİM DÜZEYİ					TOPLAM
	Okur- Yazar Değil	Okur- Yazar	İlk Okul	Orta Okul ve lise	Yüksek Okul	
ADET	245	37	141	53	7	483
%	50.72	7.66	29.19	10.97	1.45	99.99

Tablodan da görüldüğü gibi Kadınların yarısı % 50.31 'i okur-yazar değildir. Bu çok yüksek bir orandır. Kadınların % 7.66 'sı okur-yazar, %29.19 'u İlk okul, % 10.97 'si Ortaokul ve Lise, % 1.45 ise Yüksek okul mezunudur.

TABLO 3 - Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Kocalarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı(Aralık 1988-Mart 1989).

KADIN SAYISI	KOCANIN EĞİTİM DÜZEYİ					TOPLAM
	Okur-Yazar Değil	Okur-Yazar	İlk Okul	Orta Okul ve lise	Yüksek Okul	
ADET	34	26	137	235	51	483
%	7.04	5.38	28.36	48.65	10.56	99.99

Tablodan da görüldüğü gibi Baskil ilçesinde yaşayan kadınların eşlerinin okuma yazma düzeyi Kadınların okuma yazma düzeyinden çok daha yüksektir. Kadınların eşlerinin % 7.04 'ü okur-yazar değil, % 5.38 'i okur-yazar , % 28.36 'sı ilkokul , % 48.65 'i ortaokul ve lise, % 10.56 'sı Yüksek okul mezunudur.

Baskil ilçelerindeki 15 - 49 yaş grubu evli Kadınların mesleklerine göre dağılımları tablo 4 'de ,eşlerinin mesleklerine göre dağılımları ise tablo 5 'de verilmiştir.

TABLO 4 - Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Mesleklerine Göre Dağılımı(Aralık 1988-Mart 1989).

KADIN SAYISI	KADININ MESLEĞİ			TOPLAM
	Ev Kadını	Kendi Tarlasında Çalışıyor	Devlet Memuru	
ADET	368	97	18	483
%	76.19	20.08	3.73	100.00

TABLO 5 - Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Kadınların Kocalarının Mesleklerine Göre Dağılımı(Aralık 1988-Mart 1989).

KADIN SAYISI	KOCANIN MESLEĞİ					TOPLAM
	Serbest X Meslek İş adamı	Geliri XX yüksek Devlet Memuru	Memur	Esnaf ve Çiftçi	İşçi	
ADET	7	6	245	150	75	483
%	1.45	1.24	50.73	31.05	15.53	100

*- Serbest Meslek ve iş adamı = Büyük ticarethanesi olanlar yada çok gelir getiren bir işi olanlar.

** - Geliri yüksek olan devlet Memuru= Doktor,Avukat,Dişhekim, Eczacı, Savcı vs.

TABLO 6 - Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Oturdıkları Konutun Tipine Göre Dağılımı(Aralık 1988-Mart 1989).

KADIN SAYISI	KONUT TİPİ			TOPLAM
	Apartman Dairesi	Ev	Kerpiç Ev	
ADET	83	19	381	483
%	17.18	3.93	78.88	99.99

Tablodan da görüldüğü gibi, araştırma kapsamına alınan kadınların çoğu % 78.88 yöreye özgü kerpiç evde, % 3.93 'ü beton evde ve % 17.18 'i Apartman dairesin de oturmaktadır.

Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Kadınların Ailelerinde kişi başına düşen aylık gelire göre dağılımı tablo 7 'de , Aile tipine göre dağılımı ise tablo 8 'de verilmiştir.

TABLO 7 - Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların, Ailelerinin Kişi Başına Düşen Aylık Gelirlerine Göre Dağılımı(Aralık 1988-Mart 1989).

KADIN SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN AYLIK GELİR				TOPLAM
	0-50 Bin	51-99 Bin	100-199 Bin	200 + Bin	
ADET	349	93	36	5	483
%	72.26	19.25	7.45	1.04	100

TABLO 8 - Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların, Aile Tiplerine Göre Dağılımı(Aralık 1988-Mart 1989).

KADIN SAYISI	AİLE TİPİ		TOPLAM
	Çekirdek	Geniş	
ADET	422	61	483
%	87.37	12.63	100

Not = Eşlerden birinin anne ve / veya babası yada kardeşlerinden biriyle oturma geniş aile kabul edilmiştir.

TABLO 9 - Baskil İlçesindeki 15 -49 Yaş Grubu Evli Kadınların Hane Halkı Sayısına Göre Dağılımı (Aralık 1988- Mart 1989).

KADIN SAYISI	HANE HALKI SAYISI												TOPLAM
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
ADET	8	47	110	86	88	53	38	23	12	10	5	3	483
%	1.66	9.73	22.77	17.81	18.22	10.97	7.87	4.76	2.48	2.07	1.04	0.62	100

Tablodan da görüldüğü gibi Kadınların % 34.16 'sının hane halkı sayısı dört veya daha az % 65.84 'ünün ise beş ve daha fazladır.

Bu da Baskil ilçesindeki ailelerde birey sayısının fazla olduğunu göstermektedir.

2- Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Doğurganlık Ölçüleri :

TABLO 10 - Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı(Aralık 1988-Mart 1989).

KADIN SAYISI	GEBELİK SAYISI						TOPLAM
	0	1	2	3	4	5+	
ADET	11	45	67	78	61	221	483
%	2.28	9.32	13.87	16.15	12.63	45.75	100.00

TABLO 11 - Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Canlı Doğum Sayısına Göre Dağılımı(Aralık 1988-Mart 1989).

KADIN SAYISI	CANLI DOĞUM SAYISI						TOPLAM
	0	1	2	3	4	5+	
ADET	21	57	98	73	64	170	483
%	4.35	11.80	20.29	15.11	13.25	35.20	100.00

Tablo 10 'da da anlaşıldığı gibi kadınların büyük bir kısmı % 45.75 'inin 5 ve daha sayıda gebeliği olmasına rağmen , Tablo 11 'de görüldüğü gibi bunların ancak % 35.20 'si canlı doğum ile sonuçlanmıştır.

TABLO 12 - Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Düşük Sayısına Göre Dağılımı(Aralık 1988-Mart 1989).

KADIN SAYISI	DÜŞÜK SAYISI						TOPLAM
	0	1	2	3	4	5+	
ADET	291	102	55	20	6	9	483
%	60.25	21.12	11.39	4.14	1.24	1.86	100.00

Kadınların % 39.75 'i en az bir kez düşük yapmıştır. İsteyerek yapılan düşük ise % 22.39 'dur.

Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların yaşayan çocuk sayısına göre dağılımı tablo 13 'de verilmiştir.

TABLO 13 - Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı(Aralık 1988-Mart 1989).

KADIN SAYISI	YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI						TOPLAM
	0	1	2	3	4	5+	
ADET	22	59	112	83	83	124	483
%	4.55	12.22	23.19	17.18	17.18	25.67	99.99

TABLO 14 - Baskil İlçesinde 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Ölü Doğum Sayılarına Göre Dağılımı(Aralık 1988-Mart 1989).

KADIN SAYISI	ÖLÜ DOĞUM			TOPLAM
	0	1	2+	
ADET	439	34	10	483
%	90.89	7.04	2.07	100

Tablodan da görüldüğü gibi kadınların % 90.89 'unun hiç ölü doğumu olmamış % 7.04 'ünün bir, % 2.07 'sinin ise iki ve daha fazla sayıda ölü doğumu olmuştur.

TABLO 15 - Baskil İlcesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların İsim Verilmeden Önce Ve İsim Verildikten Sonra Bildikleri Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı (Aralık 1988 - Mart 1989).

	AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ									N SAYISI
	Etkili- Modern Yöntemler						Etki Derecesi Sınırlı Geleneksel Yöntem.			
	Hap	Kaput	RIA	Kadın Sterl.	Erkek Sterl.	hazne Uygu. Yönte.	Takvim	Geri Çekme	Diğer	
İsim verilmeden Bildikleri Aile Planlaması Yön.	369 76.40	187 38.72	317 65.63	23 4.76	10 2.07	96 19.87	29 6.00	319 66.05	8 1.66	483
İsim Verildikten Sonra Bildikleri Aile plan. Yön.	61 12.63	128 26.50	74 15.32	82 16.98	49 10.15	169 34.99	49 10.15	131 27.12	0	483
İsim verilmeden Önce veya isim veril sonra Bilin	430 89.03	315 65.22	391 80.95	105 21.74	59 12.22	265 54.86	78 16.15	450 93.17	8 1.66	483

Tablodan da görüldüğü gibi kadınların % 89.03 'ü hapi , % 65.22 'si Kaputu % 80.95 'i RiA 'yı, ve % 93.17 'si geri çekmeyi bilmektedir.

TABLO 16 - Baskil İlçesinde 15-49 Yaş Grubu Yöntem Kullanan Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı (Aralık 1988- Mart 1989).

KADIN SAYISI	KULLANILAN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ									Hizmet	TOPLAM
	Etkili - Modern Yöntemler						Etki drs. Sınırlı Geleneksel Yön.				
	Hap	Kaput	RiA	Kadın Steril.	Erkek Steril.	Hazne ucu. Yön.	Takvim	Geri Çekme	Gelene. Yöntem		
ADET	18	17	53	3	0	5	4	251	1	131	483
%	3.73	3.52	10.97	0.62	0	1.04	0.83	51.97	0.20	27.12	100

TABLO 17 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınlardan Son Üç Aydır Yöntem Kullanmayanların Yöntem Kullanmama Nedenlerine Göre Dağılımı (Aralık 1988- Mart 1989).

KADIN SAYISI	SON ÜÇ AYDIR YÖNTEM KULLANMAMA NEDENLERİ							TOPLAM
	Çocuk İstiyor	Gebe-	Adetten Kesilme Döneminde	Çocuğu Olmuyor	Sütü Kuruyor	Eşinden Ayrı	Günah	
ADET	10	35	10	43	9	7	1	115
%	8.69	30.43	8.70	37.39	7.82	6.08	0.87	100

* Kadınların 5 'i histerektomi olduğu için çocuğu olmamaktadır. Geriye kalan 38 kadın bilimsel bir açıklama yapmaksızın "ben hep öyleyim her doğumdan sonra iki yıl çocuğum olmuyor" demektedir.

TABLO 18 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Son Kez Gebe Kaldıklarında Yöntem Kullanıp Kullanmama Durumuna Göre Dağılımı (Aralık 1988- Mart 1989).

KADIN SAYISI	Yöntem Kullanırken Gebe Kalanlar	İsteyerek Gebe Kalanlar	Cevapsız	TOPLAM
ADET	214	259	10	483
%	44.30	53.62	2.07	100

Kadınların % 44.30 'u son kez gebe kaldıklarında herhangi bir aile planlaması yöntemi ile korunurken gebe kalmışlardır.

TABLO 19 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınlardan Son Kez Gebe Kaldıklarında Aile Planlaması Yöntemi İle Korunanların Gebe Kalırken Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı (Aralık 1988-Mart 1989).

KADIN SAYISI	SON GEBELİKTE KULLANILAN YÖNTEM						TOPLAM
	Etkili - Modern Yöntemler				Etki Derecesi Sınırlı Geleneksel Yöntemler		
	Hap	Kaput	RiA	Hazneye Uygula. Yöntem.	Takvim	Geri Çekme	
ADET	17	5	4	6	3	179	214
%	7.94	2.34	1.87	2.80	1.40	83.64	99.99

Tablodan da görüldüğü gibi yöntem kullanırken gebe kalan kadınların çok büyük bir kısmı % 83.64'ü geri çekmeyi , % 7.94'ü hap'ı , % 2.34'ü kaput'u , % 1.87'si RiA'ı , % 2.80'i hazneye uygulanan yöntemleri , % 1.40'ı ise Takvim yöntemini kullanırken gebe kalmışlardır.

TABLO 20 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların İlk Gebelik Yaşlarına Göre Dağılımı(Aralık1988 - Mart1989).

KADIN SAYISI	İLK GEBELİK YAŞI												TOPLAM
	12	13	14	15	16	17	18	19	20-24	25-29	30-34	35+	
ADET	1	1	15	41	47	66	60	47	161	28	3	1	471
%	0.21	0.21	3.18	8.71	9.98	14.01	12.74	9.98	34.16	5.94	0.64	0.21	99.99

Tablodan da görüldüğü gibi kadınların büyük bir çoğunluğunun (%57.56) ilk gebelik yaşı 12 - 19 yaşları arasındadır. 35 ve üzerindeki yaş grubunda ise bu oran % 0.21 dir.

TABLO 21 - Baskil İlçesindeki 40 - 19 Yaş Grubu Evli Kadınların Son Gebelik Yaşlarına Göre Dağılımı(Aralık 1988- Mart 1989).

KADIN SAYISI	Son kez 40-44 Yaş Grubunda Gebe kalan	Son kez 45-49 Yaş Grubunda Gebe Kalan	40-49 Yaş Grubunda Hiç gebelik Olmayanlar	40-49 Yaş Toplam Kadın Sayısı
ADET	5	2	93	100
%	5	2	93	100

TABLO 22 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Son Gebelik Yaşlarına Göre Dağılımı (Aralık 1988- Mart 1989).

KADIN SAYISI	SON GEBELİK YAŞI					TOPLAM
	15-19	20-24	25-29	30-34	35+	
ADET	26	165	156	82	41	470
%	5.53	35.11	33.19	17.45	8.72	100

Tablodan da görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların % 5.53 'ünün son gebelik yaşı 15 - 19 arası , %35.11 'inin 20- 24 yaş grubu , % 33.19 'unun 25-29 , % 17.45 'inin 30-34 ve % 8.72 'sinin 35 yaş ve yukarısidir.

TABLO 23 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzeyleri Ve İlk Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımı. (Aralık 1988- Mart 1989) .

Sosyo-Ekonomik Düzey	İLK EVLENME YAŞI				Toplam
	-19	20-24	25-29	30+	
Üst Sosyo-Ekonomik Düzey	1 (20)	3 (20)	0 (0)	1 (20)	5 (100)
Orta Sosyo-Ekonomik Düzey	111 (60.33)	66 (35.87)	7 (3.80)	0 (0)	184 (100)
Alt Sosyo-Ekonomik Düzey	212 (72.1)	68 (23.1)	13 (4.4)	1 (0.3)	294 (100)
Toplam	324 (67.08)	137 (28.36)	20 (4.14)	2 (0.41)	483 (100)

Üst Sosyo-ekonomik Düzey, Orta Sosyo-ekonomik düzey ile birleştirildiğinde ve 25 - 29 yaş grubu ile 30+ yaş grubu birleştirildiğinde

$$\chi^2: 10.162 \quad SD=2 \quad P < 0.01$$

Tablodan da görüldüğü gibi sosyo-ekonomik düzey düştükçe ilk evlenme yaşı da düşmektedir. İlk evlenme yaşı - 19 olanlar üst sosyo-ekonomik düzeyde % 20 iken orta sosyo-ekonomik düzeyde % 60.33 ve alt sosyo-ekonomik düzeyde % 72.1 'dir. İlişki istatistiksel olarak anlamlıdır.

TABLO 24 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların
Sosyo-Ekonomik Düzey Ve Gebelik Sayısına Göre Dağılımı
(Aralık 1988-Mart 1989).

Sosyo-Ekonomik Düzey	GEBELİK SAYISI						Toplam
	0	1	2	3	4	5+	
Üst Sosyo-Ekonomik Düzey	0 (0)	3 (60)	2 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
Orta Sosyo-Ekonomik Düzey	9 (4.89)	23 (12.50)	41 (22.28)	42 (22.82)	27 (14.67)	42 (22.82)	184 (100)
Alt Sosyo-Ekonomik Düzey	2 (0.68)	19 (6.46)	24 (8.16)	36 (12.25)	34 (11.56)	179 (60.88)	294 (99.99)
Toplam	11 (2.28)	45 (9.32)	67 (13.87)	78 (16.15)	61 (12.63)	221 (45.75)	483 (100)

Üst Sosyo-ekonomik düzey, Orta Sosyo-ekonomik düzey ile birleştirildiğinde ;

$$\chi^2 = 77.983 \quad SD ; 5 \quad P < 0.001$$

Tablodan da anlaşıldığı gibi sosyo-ekonomik düzey düştükçe gebelik sayısı artmaktadır. Üst sosyo-ekonomik düzeyde 5 ve daha fazla sayıda gebelik yok iken alt sosyo-ekonomik düzeyde % 60.88 dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır.

TABLO 25 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların
Sosyo-Ekonomik Düzey Ve Canlı Doğum Sayısına Göre Dağılımı
(Aralık 1988- Mart 1989) .

Sosyo-Ekonomik Düzey	CANLI DOĞUM SAYISI						Toplam
	0	1	2	3	4	5+	
Üst Sosyo-Ekonomik Düzey	1 (20)	2 (40)	2 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
Orta Sosyo-Ekonomik Düzey	13 (7.06)	33 (17.93)	60 (32.61)	34 (18.48)	22 (11.96)	22 (11.96)	184 (100)
Alt Sosyo-Ekonomik Düzey	7 (2.38)	22 (7.48)	36 (12.24)	39 (13.26)	42 (14.29)	148 (50.34)	294 (99.99)
Toplam	21 (4.35)	57 (11.80)	98 (20.29)	73 (15.11)	64 (13.25)	170 (35.20)	483 (100)

Üst sosyo-ekonomik düzey ile Orta sosyo-ekonomik düzey birleştirildiğinde;

$$\chi^2 = 93.783 \quad SD = 5 \quad P < 0.001$$

Tablodan da görüldüğü gibi sosyo-ekonomik düzey düştükçe canlı doğum sayısı artmaktadır. Alt sosyo-ekonomik düzeydekilerin % 50.34 'ünün 5 ve daha fazla canlı doğumu vardır. Bu oran orta sosyo-ekonomik düzeyde % 11.95 ve üst sosyo-ekonomik düzeyde ise % 0'dır.

Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır.

TABLO 26 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların
Sosyo-Ekonomik Düzey Ve Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Dağılımı
(Aralık 1988-Mart 1989).

Sosyo-Ekonomik Düzey	YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI						Toplam
	0	1	2	3	4	5+	
Üst Sosyo-Ekonomik Düzey	1 (20)	2 (40)	2 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
Orta Sosyo-Ekonomik Düzey	13 (7.06)	33 (17.93)	65 (35.33)	37 (20.11)	23 (12.5)	13 (7.06)	184 (99.99)
Alt Sosyo-Ekonomik Düzey	8 (2.72)	24 (8.16)	45 (15.31)	46 (15.65)	60 (20.41)	111 (37.75)	294 (100)
Toplam	22 (4.56)	59 (12.21)	112 (23.19)	83 (19.18)	83 (17.18)	124 (25.67)	483 (99.99)

Üst sosyo-ekonomik düzey ile orta sosyo-ekonomik düzey Birleştirildiğinde ;

$$\chi^2 = 84.077 \quad SD=5 \quad P < 0.001$$

Tablodan da görüldüğü gibi sosyo-ekonomik düzey düştükçe yaşayan çocuk sayısı artmaktadır. Üst sosyo-ekonomik düzeyde 5 ve daha fazla yaşayan çocuğu olan kadın (% 0) yoktur. Orta sosyo-ekonomik düzeyde % 7.06 ve alt sosyo-ekonomik düzeyde ise % 37.75 dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır.

TABLO 27 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların
Sosyo-Ekonomik Düzey Ve Ölen Çocuk Sayısına Göre Dağılımı
(Aralık 1988-Mart 1989).

Sosyo-Ekonomik Düzey	ÖLEN ÇOCUK SAYISI						Toplam
	0	1	2	3	4	5+	
Üst Sosyo-Ekonomik Düzey	5 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
Orta Sosyo-Ekonomik Düzey	156 (84.78)	22 (11.96)	3 (1.63)	2 (1.09)	0 (0)	1 (0.54)	184 (100)
Alt Sosyo-Ekonomik Düzey	160 (57.14)	71 (24.15)	29 (9.86)	16 (5.44)	4 (1.36)	6 (2.04)	294 (99.99)
Toplam	329 (68.12)	93 (19.25)	32 (6.62)	18 (3.72)	4 (0.83)	7 (1.45)	483 (99.99)

Üst sosyo-ekonomik düzey ile Orta sosyo-ekonomik düzey birleştirildiğinde ve 3,4 ve 5 kategorileri bir grupta ele alındığında;

$$\chi^2 = 44.615 \quad SD=3 \quad P<0.001$$

Tablodan da görüldüğü gibi tüm sosyo-ekonomik gruplarda hiç ölen çocuğu olmayan oranı fazladır. Üst sosyo-ekonomik düzeyde çocuğu ölen hiç yokken orta sosyo-ekonomik düzeyde % 11.96 alt sosyo-ekonomik düzeyde ise % 24.15 kişinin 1 çocuğu ölmüştür. Aradaki ilişki istatistiksel olarak çok önemlidir.

TABLO 28 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların
Sosyo-Ekonomik Düzey Ve İdeal Çocuk Sayısına Göre Dağılımı
(Aralık 1988-Mart 1989).

Sosyo-Ekonomik Düzey	İDEAL ÇOCUK SAYISI						Toplam
	0	1	2	3	4	5+	
Üst Sosyo-Ekonomik Düzey	0 (0)	0 (0)	4 (80)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
Orta Sosyo-Ekonomik Düzey	2 (1.84)	10 (5.43)	119 (64.67)	44 (23.91)	9 (4.89)	0 (0)	184
Alt Sosyo-Ekonomik Düzey	3 (1.02)	9 (3.06)	143 (48.63)	93 (31.63)	37 (12.58)	9 (3.06)	294
Toplam	5 (1.03)	19 (3.93)	266 (55.09)	138 (28.57)	46 (9.52)	9 (1.86)	483

Üst Sosyo-ekonomik düzey ile orta sosyo-ekonomik düzey birleştirildiğinde ve 4 ile 5+ kategorilerinde tek grupta, 0 ile 1 Kategorileri tek grupta ele alındığında;

$$\chi^2 = 21.269 \quad SD = 3 \quad P < 0.001$$

Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır.

Kadınların sosyo-ekonomik düzeye göre toplam düşük sayıları Tablo 29 'da isteyerek yaptıkları düşük sayıları ise Tablo 30 'da verilmiştir.

TABLO 29 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzeyleri Ve Yaptıkları Düşük Sayısına Göre Dağılımı (Aralık1988-Mart1989).

Sosyo-Ekonomik Düzeğ	DÜŞÜK SAYISI						Toplam
	0	1	2	3	4	5+	
Üst Sosyo-Ekonomik Düzeğ	5 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
Orta Sosyo-Ekonomik Düzeğ	114 (61.96)	46 (25)	18 (9.78)	2 (1.09)	2 (1.09)	2 (1.09)	184 (100)
Akt Sosyo-Ekonomik Düzeğ	172 (58.50)	56 (19.05)	37 (12.58)	18 (6.12)	4 (1.36)	7 (2.38)	294 (99.99)
Toplam	291 (60.25)	102 (21.12)	55 (11.39)	20 (4.14)	6 (1.24)	9 (1.86)	483 (100)

Üst sosyo-ekonomik düzey ile orta sosyo-ekonomik düzey birleştirildiğinde ;

$$X^2 = 11.142 \quad SD = 5 \quad P < 0.05$$

TABLO 30 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzeyleri Ve İsteyerek Yaptıkları Düşük Sayısına Göre Dağılımı (Aralık 1988-Mart1989).

Sosyo-Ekonomik Düzey	İSTEYEREK YAPILAN DÜŞÜK SAYISI					Toplam
	0	1	2	3	4+	
Üst Sosyo-Ekonomik Düzey	5 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
Orta Sosyo-Ekonomik Düzey	145 (78.80)	25 (13.58)	11 (5.98)	2 (1.08)	1 (0.54)	184 (100)
Alt Sosyo-Ekonomik Düzey	222 (75.51)	29 (9.86)	26 (8.84)	9 (3.06)	8 (2.72)	294 (100)
Toplam	372 (77.02)	54 (11.18)	37 (7.66)	11 (2.28)	9 (1.86)	483 (100)

Üst sosyo-ekonomik düzey orta sosyo-ekonomik düzey ile birleştirildiğinde ;

$$\chi^2 = 7.752 \quad SD = 4 \quad P < 0.05$$

TABLO 31 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzeyleri Ve Son Düşükte Başvurdukları Yollara Göre Dağılımı (Aralık1988-Mart1989).

Sosyo-eko- nomik Düzey	SON DÜŞÜKTE BAŞVURULAN YOLLAR								Toplam
	Aspira. Vakum DxC	Ağızdan İçilen İlaç	İğne	Rahime Sokulan Madde	Ağır Kaldırmak	Araba Sarsıntısı	Spertan Düşük	Diğer	
Orta Sosyo-eko. Düzey	36 (51.42)	0 (0)	3 (4.29)	0 (0)	2 (2.86)	1 (1.43)	28 (40)	0 (0)	70 (100)
Alt Sosyo-eko. Düzey	60 (49.18)	7 (5.74)	3 (2.46)	1 (0.82)	9 (7.38)	0 (0)	41 (33.60)	1 (0.82)	122 (100)
Toplam	96 (50)	7 (3.65)	6 (3.12)	1 (0.52)	11 (5.73)	1 (0.52)	69 (35.94)	1 (0.52)	192 (100)

Üst Sosyo-ekonomik düzey Orta sosyo-ekonomik düzey ile birleştirildiğinde ve Kadının kendi başına uyguladığı yöntemler (Ağızdan içilen ilaç, iğne, Rahime sokulan maddeler, Ağır kaldırmak, Araba sarsıntısı ve diğer) birleştirildiğinde;

$$\chi^2= 2.913 \quad SD= 2 \quad P>0.1$$

TABLO 32 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-ekonomik Düzey ve Sorulduktan Sonra İsteyerek Yapılan Düşüğü Aile Planlaması Yöntemi Kabul Etme Durumuna Göre Dağılımı (Aralık1988-Mart1989).

Sosyo-ekonomik Düzey	İsteyerek Yapılan Düşüğü A.P Yön.Kabul Eden	İsteyerek Yapılan Düşüğü A.P Yön.Kabul Etmeyen	Toplam
Üst Sosyo-ekonomik Düzey	1 (20)	4 (80)	5 (100)
Orta Sosyo-ekonomik Düzey	39 (21.19)	145 (78.80)	184 (99.99)
Alt Sosyo-ekonomik Düzey	58 (19.72)	236 (80.27)	294 (99.99)
Toplam	98 (20.28)	385 (79.71)	483 (99.99)

Üst Sosyo-ekonomik düzey ile orta sosyo-ekonomik düzey birleştirildiğinde;

$$\chi^2 = 0.147 \quad SD = 1 \quad P > 0.5$$

İsteyerek yapılan düşüğün aile planlaması yöntemi olup ,olmadığı sorulduğunda , üst sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların % 20 'si , orta sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların % 21.19 'u ve alt sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların % 19.72 'si isteyerek yapılan düşüğü aile planlaması yöntemi olarak kabul ettiklerini belirtmişlerdir.

Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş grubu evli kadınların sosyo-ekonomik düzeylerine göre isim verilmeden bildikleri aile planlaması yöntemleri tablo 33 'de, isim verildikten sonra bildikleri aile planlaması yöntemleri ise Tablo 34 'de verilmiştir.

TABLO 33 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzeyleri Ve İsim Verilmeden Bildikleri Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı (Aralık 1988- Mart 1989).

Sosyo-eko. Düzey	İsim Verilmeden Bildikleri Aile Planlaması Yöntemleri									n Sayısı
	Etkili - Modern Yöntemler						Etki derecesi sınırlı Geleneksel Yöntemler			
	Hap	Kaput	RiA	Kadın Steril.	Erkek Steril.	Hazneye Uygulanır Yöntem.	Takvim	Geri Çekme	Gelenek. Yöntem	
Üst Sosyo-eko. Düzey	4 (80)	3 (60)	4 (80)	1 (20)	1 (20)	2 (40)	2 (40)	2 (40)	0 (0)	5
Orta Sosyo-eko. Düzey	150 (81.52)	91 (49.45)	143 (77.71)	16 (8.69)	9 (4.89)	58 (31.52)	20 (10.86)	126 (68.48)	3 (1.63)	184
Alt Sosyo-eko. Düzey	215 (73.13)	93 (31.63)	170 (57.82)	6 (2.04)	0 (0)	36 (12.24)	7 (2.38)	191 (64.96)	5 (1.70)	294
Toplam	396 (76.39)	187 (38.72)	317 (65.63)	23 (4.76)	10 (2.07)	96 (19.87)	29 (6.0)	319 (66.04)	8 (1.65)	483

TABLO 34 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzeyleri Ve İsim Verildikten Sonra Bildikleri Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı (Aralık 1988 - Mart 1989).

Sosyo-eko. Düzeş	İsim Verildikten Bildikleri Aile Planlaması Yöntemleri								n Sayısı
	Etkili - Modern Yöntemler						Etki Dnc.Sımr. Gelenek.yön.		
	Hap	Kaput	RiA	Kadın Steril.	Erkek Steril.	Hazneye Uyglanan Yöntem.	Takvim	Geri Çekme	
Üst Sosyo-eko. Düzeş	5 (100)	4 (80)	5 (100)	3 (60)	2 (40)	5 (100)	4 (80)	5 (100)	5 (100)
Orta Sosyo-eko. Düzeş	175 (95.10)	149 (80.98)	164 (89.13)	74 (40.22)	49 (26.63)	130 (70.65)	56 (30.43)	175 (95.10)	184 (100)
Aİt Sosyo-eko. Düzeş	250 (85.03)	162 (55.10)	222 (75.51)	28 (9.52)	8 (2.72)	130 (44.22)	18 (6.12)	270 (91.83)	294 (100)
Toplam	430 (89.03)	315 (65.22)	391 (80.95)	105 (21.74)	59 (12.21)	265 (54.86)	78 (16.15)	450 (93.17)	483 (100)

Baskil İlçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların sosyo-ekonomik düzeylerine göre kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre dağılımı tablo 35 'de , Aile planlaması yöntemi kullanmayı uygun bulma düzeyine göre dağılımı ise tablo 36 'da verilmiştir.

TABLO 35 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzeyleri Ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı (Aralık1988 - Mart 1989).

Sosyo-eko. Düze y	Kullanılan Aile Planlaması Yöntemleri									Toplam
	Etkili - Modern Yöntemler						Etki derecesi sınırlı Geleneksel Yöntemler			
	Hap	Kaput	RiA	Kadın Steril.	Erkek Steril.	Hazneye Uygulanar Yöntem.	Takvim	Geri Çekme	Gelenek. Yöntem	
Üst Sosyo-eko. Düzey	1 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (25)	1 (25)	1 (25)	0 (0)	4 (100)
Orta Sosyo-eko. Düzey	6 (4.51)	5 (3.76)	24 (18.04)	2 (1.50)	0 (0)	2 (1.50)	3 (2.26)	91 (68.42)	0 (0)	133 (99.99)
Alt Sosyo-eko. Düzey	11 (5.12)	12 (5.58)	29 (13.49)	1 (0.46)	0 (0)	2 (0.93)	0 (0)	159 (73.95)	1 (0.46)	215 (99.99)
Toplam	18 (5.11)	17 (4.83)	53 (15.06)	3 (0.85)	0 (0)	5 (1.42)	4 (1.13)	251 (71.31)	1 (0.28)	352 (99.99)

Üst sosyo-ekonomik düzey ile Orta sosyo-ekonomik düzey birleştirildiğinde , etkili modern yöntemler bir grupta , etki derecesi sınırlı geleneksel yöntemler bir grupta ele alındığında;

$$\chi^2 = 0.955 \quad SD = 1 \quad P > 0.5$$

TABLO 36 = Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzey Ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Uygun Bulma Düzeyine Göre Dağılımı (Aralık1988 - Mart1989).

Sosyo-ekonomik Düzey	A.P. Yöntemi Kullanmayı Uygun Bulma Düzeyi		Toplam
	Uygun	Uygun Değil	
Üst Sosyo-ekonomik Düzey	5 (100)	0 (0)	5 (100)
Orta Sosyo-ekonomik Düzey	179 (100)	0 (0)	179 (100)
Alt Sosyo-ekonomik Düzey	270 (96.43)	10 (3.57)	280 (100)
Toplam	454 (97.85)	10 (2.15)	464 (100)

Üst ve orta sosyo-ekonomik düzeyler birleştirildiğinde Exact test ile

$P < 0.01$

Kadınların sosyo-ekonomik düzeyine göre eşinin aile planlaması yöntemi kullanmayı uygun bulma düzeyi tablo 37 'de , Aile planlaması amacıyla Sağlık personeline gitme durumu tablo 38 'de verilmiştir.

TABLO 37 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzeyleri Ve Eşinin Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Uygun Bulma Düzeyine Göre Dağılımı (Aralık1988 - Mart1989).

Sosyo-ekonomik Düzey	Eşin, A.P. Yöntemi Kullan. Uygun Bulma Durumu		Toplam
	Uygun	Uygun Değil	
Üst Sosyo-ekonomik Düzey	5 (100)	0 (0)	5 (100)
Orta Sosyo-ekonomik Düzey	179 (100)	0 (0)	179 (100)
Alt Sosyo-ekonomik Düzey	261 (93.21)	19 (6.79)	280 (100)
Toplam	445 (95.91)	19 (4.09)	464 (100)

Üst ve Orta Sosyo-ekonomik düzeyler birleştirildiğinde ve Exact Test ile

$P < 0.001$

TABLO 38 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzey Ve " Gebelikten Korunmak İçin Başvuracağınız Kişiler Bir Erkek Hekim Yada Bu Konuda Yetkili Ebe-Hemşire Olduğunda Hangisini Seçersiniz " Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı (Aralık1988-Mart1989).

Sosyo-Ekonomik Düzey	Gebelikten Korunmak İçin Başvuracağı Kişiler Erkek Hekim ve Ebe -Hemşire Olduğunda Hepsini Tercih Eder					Toplam
	Cevapsız	Erkek Doktor	Ebe Hemşire	Farketmez	Hiçbiri	
Üst Sosyo-Ekonomik Düzey	0 (0)	2 (40)	1 (20)	2 (40)	0 (0)	5 (100)
Orta Sosyo-Ekonomik Düzey	2 (1.09)	58 (31.52)	96 (52.17)	28 (15.22)	0 (0)	184 (100)
Alt Sosyo-Ekonomik Düzey	0 (0)	27 (9.18)	225 (76.53)	30 (10.20)	12 (4.08)	294 (100)
Toplam	2 (0.41)	87 (18.01)	322 (66.66)	60 (12.42)	12 (2.48)	483 (100)

Üst sosyo-ekonomik düzey ile Orta sosyo-ekonomik düzey birleştirildiğinde , ve Farketmez , Hiçbiri kategorileri bir grupta ele alındığında ve cevapsızlar dışlandığında;

$$\chi^2 = 44.184 \quad SD = 2 \quad P < 0.001$$

Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır.

Baskil ilçesinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların eğitim durumuna göre canlı doğum sayısı tablo 39 'da verilmiştir.

TABLO 39 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eğitim Durumlarına Ve Canlı Doğum Sayılarına Göre Dağılım (Aralık1988-Mart1989).

Eğitim Durumu	Canlı Doğum Sayısı						Toplam
	0	1	2	3	4	5+	
Okur-yazar Değil	7 (2.86)	19 (7.75)	30 (12.24)	24 (9.90)	27 (11.02)	138 (56.33)	245 (100)
Okur-yazar	1 (2.70)	0 (0)	4 (10.81)	8 (21.62)	8 (21.62)	16 (43.24)	37 (99.99)
İlkokul	9 (6.38)	19 (13.48)	44 (31.21)	29 (20.56)	25 (17.73)	15 (10.64)	141 (100)
Orta + Lise	3 (5.66)	15 (28.30)	18 (33.96)	12 (22.64)	4 (7.55)	1 (1.89)	53 (100)
Yüksekokul	1 (14.29)	4 (57.14)	2 (28.57)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (100)
Toplam	21 (4.35)	57 (11.80)	98 (20.29)	73 (15.11)	64 (13.25)	170 (35.20)	483 (100)

Yüksekokul ,Orta ve Lise Kategorileri bir grupta, Okur-yazar olmayanlar ile okur-yazarlar bir grupta ve 4 ile 5+ çocuğu olanlar bir grupta ele alındığında ;

$$\chi^2 = 110.936 \quad SD = 8 \quad P < 0.001$$

Baskil İlçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların eğitim durumlarına göre yaşayan çocuk sayısı Tablo 40 'da , ideal çocuk sayısı ise Tablo 41 'de verilmiştir.

TABLO 40 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eğitim Durumu Ve Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Dağılımı (Aralık1988-Mart1989).

Eğitim Durumu	Yaşayan Çocuk Sayısı						Toplam
	0	1	2	3	4	5+	
Okur-yazar Değil	8 (3.26)	21 (8.57)	34 (13.88)	22 (8.98)	57 (23.27)	103 (42.04)	245 (100)
Okur-yazar	1 (2.70)	0 (0)	4 (10.81)	14 (37.84)	5 (13.51)	13 (35.14)	37 (99)
İlkokul	9 (6.38)	19 (13.48)	52 (36.88)	37 (26.24)	16 (11.35)	8 (5.67)	141 (100)
Orta + Lise	3 (5.66)	15 (28.30)	20 (37.74)	10 (18.87)	5 (9.43)	0 (0)	53 (100)
Yüksekokul	1 (14.29)	4 (57.14)	2 (28.57)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (100)
Toplam	22 (4.56)	59 (12.22)	112 (23.19)	83 (17.18)	83 (17.18)	124 (25.67)	483 (100)

Yüksekokul mezunları ile Ortaokul ve Lise mezunları birleştirildiğinde ve yaşayan çocuk sayıları 0 ve 1 olanlar bir grupta, 4 ve 5+ olanlar bir grupta değerlendirildiğinde ve okur-yazar olmayanlar ile okur-yazarlar birleştirildiğinde;

$$X^2 = 126.94 \quad SD = 6 \quad P < 0.001$$

Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır.

TABLO 41 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eğitim Durumu Ve İdeal Çocuk Sayısına Göre Dağılımı (Aralık1988-Mart1989).

Eğitim Durumu	İdeal Çocuk Sayısı						Toplam
	0	1	2	3	4	5+	
Okur-yazar Değil	4 (1.63)	9 (3.67)	117 (47.76)	77 (31.43)	30 (12.25)	8 (3.26)	245 (100)
Okur-yazar	0 (0)	0 (0)	17 (45.95)	13 (35.13)	6 (16.22)	1 (2.70)	37 (100)
İlkokul	1 (0.71)	5 (3.55)	88 (62.41)	39 (27.66)	8 (5.67)	0 (0)	141 (100)
Orta + Lise	0 (0)	4 (7.55)	38 (71.70)	9 (16.98)	2 (3.77)	0 (0)	53 (100)
Yüksekokul	0 (0)	1 (14.29)	6 (85.71)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (100)
Toplam	5 (1.04)	19 (3.93)	266 (55.07)	138 (28.57)	46 (9.52)	9 (1.86)	483 (99.99)

Yüksekokul mezunları ile Ortaokul ve Lise mezunları birleştirildiğinde ve ideal çocuk sayısı 0 ve 1 olanlar bir grupta, 4 ve 5+ olanlar bir grupta ele alındığında ve okur-yazar olmayanlar ile okur-yazarlar birleştirildiğinde;

$$\chi^2 = 24.164 \quad SD = 6 \quad P < 0.001$$

Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır.

TABLO 42 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eğitim Durumlarına Ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı (Aralık1988-Mart1989).

Eğitim Durumu	Kullanılan Aile Planlaması Yöntemleri									Toplam
	Etkili - Modern Yöntemler						Etki derecesi sınırlı Geleneksel Yöntemler			
	Hap	Kaput	RiA	Kadın Steril.	Erkek Steril.	Haznege Uyglanar Yöntem.	Takvim	Geri Çekme	Gelenek. Yöntem	
Okur-Yazar Değil	8 (4.73)	8 (4.73)	22 (13.01)	2 (1.18)	0 (0)	1 (0.59)	0 (0)	127 (75.15)	1 (0.59)	169 (100)
Okur-Yazar	0 (0)	0 (0)	1 (3.12)	0 (0)	0 (0)	1 (3.12)	0 (0)	30 (93.75)	0 (0)	32 (99.99)
İlkokul	7 (6.60)	7 (6.60)	20 (18.87)	1 (0.94)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	71 (66.98)	0 (0)	106 (99.99)
Orta +Lise	3 (7.5)	1 (2.5)	9 (22.5)	0 (0)	0 (0)	2 (5)	4 (10)	21 (52.5)	0 (0)	40 (100)
Yüksekokul	0 (0)	1 (20)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	1 (20)	0 (0)	2 (40)	0 (0)	5 (100)
Toplam	18 (5.11)	17 (4.83)	53 (15.06)	3 (0.85)	0 (0)	5 (1.42)	4 (1.13)	251 (71.31)	1 (0.28)	352 (99.99)

Yüksekokul mezunları ile Ortaokul ve Lise mezunları birleştirildiğinde ve etkili modern yöntemler bir grupta, etki derecesi sınırlı geleneksel yöntemler bir grupta ele alındığında;

$$\chi^2 = 13.343 \quad SD = 3 \quad P < 0.01$$

Tablodan da görüldüğü gibi okur-yazar olmayan kadınların % 75.15 'i okur-yazarların % 93.75 'i ilkökul mezunlarının % 66.98 'i, Ortaokul ve Lise mezunlarının % 52.5 'i ve Yüksekokul mezunlarının % 40 'ı etki derecesi sınırlı geleneksel bir yöntem olan geri çekmeyi kullanmaktadırlar. Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır.

TABLO 43 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eğitim Durumuna Ve İsim Verildikten Sonra Bildikleri Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı (Aralık 1988-Mart 1989).

Eğitim Durumu	İsim Verildikten Sonra Bildikleri Aile Planlaması Yöntemleri								n Sayısı
	Etkili - Modern Yöntemler						Etki Dış Sınırlı Gelen Yöntem.		
	Hap	Kaput	RiA	Kadın Steril.	Erkek Steril.	Hazneye Uygun Yöntem.	Takvim	Geri Çekme	
Okur-Yazar Değil	203 (82.85)	131 (53.47)	177 (72.24)	23 (9.38)	9 (3.67)	105 (42.85)	8 (3.26)	222 (90.61)	245 (100)
Okur-Yazar	34 (91.98)	30 (81.08)	32 (86.48)	4 (10.81)	2 (5.40)	21 (56.75)	3 (8.10)	36 (97.29)	37 (100)
İlkokul	134 (95.03)	103 (73.05)	123 (87.23)	40 (28.36)	19 (13.47)	95 (67.37)	30 (21.27)	134 (95.03)	141 (100)
Orta +Lise	53 (100)	45 (84.90)	52 (98.11)	32 (60.37)	23 (43.39)	37 (69.81)	31 (58.49)	51 (96.22)	53 (100)
Yüksekokul	7 (100)	6 (85.71)	7 (100)	6 (85.71)	6 (85.71)	7 (100)	6 (85.71)	7 (100)	7 (100)
Toplam	431 (89.23)	315 (65.21)	391 (80.95)	105 (21.74)	59 (12.21)	265 (54.68)	78 (16.15)	450 (93.17)	483 (100)

TABLO 44 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Yaş Grupları Ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanıp Kullanmama Durumlarına Göre Dağılımı(Aralık 1988- Mart 1989).

Yaş Grupları	Aile Planlaması Yöntemi Kullanma		Toplam
	Yöntem Kullanan	Yöntem Kullanmayan	
15 - 19	3 (33.33)	6 (66.67)	9 (100)
20 - 24	46 (60.53)	30 (39.47)	76 (100)
25 - 29	87 (77.68)	25 (22.32)	112 (100)
30 - 34	91 (86.67)	14 (13.33)	105 (100)
35 - 39	65 (80.25)	16 (19.75)	81 (100)
40 - 44	40 (66.67)	20 (33.33)	60 (100)
44 - 49	20 (50)	20 (50)	40 (100)
Toplam	352 (72.88)	131 (27.12)	483 (100)

$$\chi^2 = 38.38 \quad SD = 6 \quad P < 0.001$$

Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır.

Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş grubu evli kadınların yaş grupları ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanma durumuna göre dağılımı tablo 45 'de verilmiştir.

TABLO 45 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Toplam Gebelik Sayısına Ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumuna Göre Dağılımı (Aralık1986 - Mart1989).

Gebelik Sayısı	A.P. Yöntemi Kullanma Durumu			Toplam
	Etkili Yöntem	Etkisiz Yöntem	Hiçbiri	
0	0 (0)	0 (0)	11 (100)	11 (100)
1	6 (13.33)	21 (46.67)	18 (40)	45 (100)
2	15 (22.38)	35 (52.24)	17 (25.37)	67 (100)
3	12 (15.38)	51 (56.38)	15 (19.23)	78 (100)
4	17 (27.87)	30 (49.18)	14 (22.95)	61 (100)
5+	4 (1.81)	124 (56.11)	56 (25.33)	221 (100)
Toplam	91 (18.84)	261 (54.04)	131 (27.12)	483 (100)

Gebelik sayısı 0 ve 1 olanlar bir grupta ele alındığında;

$$\chi^2 = 56.435 \quad SD = 8 \quad P < 0.001$$

Aradaki ilişki istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır.

TABLO 46 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Ortalama İlk Adet Görme Yaşı, İlk Evlenme Yaşı, Gebelik Sayısı, Ölü Doğum Sayısı, Düşük Sayısı, Yaşayan Çocuk ve Ölen Çocuk Sayısına Göre Dağılımı (Aralık 1988 - Mart 1989).

	İlk Adet Görme Yaşı	İlk Evlenme Yaşı	Gebelik Sayısı	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Düşük Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı
Aritmetik Ortalama	14	18	5	4	0.1	0.7	3.45	0.55
Max.	20	31	16	14	3	0	11	5
Min.	10	12	0	0	0	0	0	0
St. sapma	1	3	3	3	0.4	1	2	1.0

TABLO 47 - Baskil İlçesindeki 15 - 49 Yaş Grubu Evli Kadınların Ortalama Gebelik Aralığı, İlk Gebelik Yaşı, Kadınların Yaşları, Kişi Başına Düşen Aylık Gelir ve İdeal Çocuk Sayısına Göre Dağılımı (Aralık1988-Mart1989).

	Ortalama Gebelik Aralığı	İlk Gebelik Yaşı	Araştırma- ya Alınan Kadınların Ortalama Yaşları	Kişi Başına Aylık Gelir Yaşları	İdeal Çocuk Sayısı
Aritmetik Ortalama	14.2ay	19	32	46	2
Max.	75	35	49	600	9
Min.	0	12	16	5	0
St. sapma	12.8	4	8	44	0.9

TABLO 48 - Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Yıllara, Canlı Doğum Sayısına Ve Ölen Bebek Sayısına Göre Dağılımı (Aralık 1988 - Mart 1989).

YIL	CANLI DOĞUM SAYISI	ÖLEN BEBEK SAYISI
1985	75	3
1986	54	5
1987	53	4

$$\text{Bebek Ölüm Hızı} = \frac{13}{182} \times 1000 = \% 065.9 \text{ 'dur.}$$

1985-87

TABLO 49 - Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Halen Gebe Olma Durumuna Göre Dağılımı (Aralık 1988 - Mart 1989).

HALEN GEBE OLANLAR	HALEN GEBE OLMAYANLAR	TOPLAM
32	451	483
(6.62)	(93.37)	99.99

TABLO 50 - Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Yaş Gruplarına Ve Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı (Aralık1988 - Mart1989).

YAŞ GRUPLARI	YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI						TOPLAM
	0	1	2	3	4	5+	
10-19 Yaş	3 33.33	3 33.33	2 22.22	1 11.11	0 0	0 0	9 99.99
20-24 Yaş	12 15.79	25 32.89	33 43.42	6 7.89	0 0	0 0	76 99.99
25-29 Yaş	3 2.68	20 17.86	46 41.07	23 20.53	18 16.07	2 1.79	112 100
30-34 Yaş	2 1.90	7 6.67	22 20.95	29 27.62	24 22.86	21 20.00	105 100
35-39 Yaş	1 1.23	3 3.70	4 4.94	13 16.05	19 22.46	41 50.62	81 100
40-44 Yaş	1 1.67	0 0	4 6.67	9 15.00	16 26.66	30 50	60 100
45-49 Yaş	0 0	1 2.50	1 2.50	2 5.00	6 15.00	30 75.00	40 100
TOPLAM	22 4.55	59 12.22	112 23.19	83 17.18	83 17.18	124 25.67	483 99.99

Yaşayan çocuk sayısı 0 ve 1 olanlar kategorisi bir grup, Yaş grubu 35 - 49 arası olanlar kategorisi bir grup olarak alındığında ve yaşayan çocuk sayısı 3, 4 ve 5+ olanlar bir grup olarak alındığında ;

$$\chi^2 = 214.977 \text{ SD : 6 } P < 0.001$$

TABLO 51 - Baskil İlçesindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Yaş Grupları Ve Canlı Doğum Sayılarına Göre Dağılımı
(Aralık1988-Mart1989).

YAŞ GRUPLARI	YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI						TOPLAM
	0	1	2	3	4	5+	
10-19 Yaş	3 33.33	3 33.33	2 22.22	1 11.11	0 0	0 0	9 99.99
20-24 Yaş	12 15.79	25 32.89	28 36.84	9 11.84	2 2.63	0 0	76 99.99
25-29 Yaş	3 2.68	19 16.96	44 39.29	20 17.86	17 15.18	9 8.03	112 100
30-34 Yaş	2 1.90	7 6.67	19 18.10	22 20.95	22 20.95	33 31.43	105 100
35-39 Yaş	1 1.23	2 2.47	4 4.94	10 12.35	13 16.05	51 62.96	81 100
40-44 Yaş	0 0	0 0	1 1.67	9 15.00	7 11.67	43 71.66	60 100
45-49 Yaş	0 0	1 2.50	0 0	2 5.00	3 7.50	34 85.00	40 100
TOPLAM	21 4.35	57 11.80	98 20.29	73 15.11	64 13.25	170 35.20	483 100

TARTIşMA

1. Yaş = Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların ortalama yaşı 32 ± 6 'dır. Kadınların en küçüğü 16, en büyüğü 49 yaşındadır. (Tablo 1)

2. Eğitim Düzeyi : Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların % 50.72 'si okur-yazar değildir. % 7.66 'sı okur-yazar, % 29.19 'u ilkokul, % 10.97 'si Ortaokul ve Lise % 1.45 'i ise Yüksekokul mezunudur.

Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların kocalarının eğitim düzeylerine göre dağılımlarına bakıldığında % 7.04 'ü okur-yazar değil, %5,38 'i okur-yazar, % 28.36 'sı ilkokul , % 48.65 'i Ortaokul ve Lise, %10.56 'sı ise Yüksekokul mezunudur. Kadınların eğitim düzeyi, eşlerinin eğitim düzeyinden çok daha düşüktür (Tablo 2 ve 3) .1988 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün , Türkiye genelini temsil edecek bir örneklem üzerinde yaptığı bir araştırmaya göre Türkiye 'deki kadınların % 27.1 'i okur-yazar değil, % 11.5 'i okur-yazar, % 46.9 'u ilkokul, % 13.1 'i Ortaokul ve Lise, % 1.5 'i Yüksekokul mezunudur. Kocalarının eğitim düzeyine göre dağılımlarına bakıldığında %4.0 'ı okur-yazar değil, % 8.4 'ü okur-yazar, % 58.3 'ü ilkokul, % 9.0 'u ortaokul, % 15.3 'ü Lise ve % 5.1 'i ise Üniversite mezunudur(15). Baskil ilçesindeki 15-49 yaş grubu evli kadınların ve kocalarının eğitim düzeyi, Türkiye geneline göre daha düşüktür.

3.Kişi Başına Aylık Gelir : Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların % 7.45 'inin ailesinde kişi başına düşen aylık gelir 0 - 50 bin,

19.25 'inin 51 - 99 bin,  7.45 'inin 100 - 199 bin ve  1.04 'ünün 200 + bin liradır(Tablo 7) .Türkiye geneli için , 1985 yılı fiyatları ile kişi başına yıllık gelir 1053 ABD Dolarıdır(14). Baskil ilçesinde kişi başına düşen aylık gelir, Türkiye ortalamasının altındadır.

4. Hane Halkı Sayısı : Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların hane halkı sayısına göre daēılımlarına bakıldığında  1.66 'sı iki ,  9.73 ' ,  22.77 'si dört ve  65.84 ' ise beş ve daha fazla sayıda hane halkına sahiptir (Tablo 9).

5. Aile Tipi ve Konut Tipi : Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların yaşadıkları konutun tipine göre daēılımlarına bakıldığında 17.18 'i Apartman dairesinde,  3.93 ' Beton ev 'de ve  78.88 'i ise greye özgü kerpiç evde yaşamaktadırlar(Tablo 6) .

Kadınların  87.37 'si çekirdek,  12.65 ' geniş aile tipine sahiptir (Tablo 8) .

1988 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün yapmış olduēu Türkiye nüfus ve saēlık araştırması sonucuna göre Türkiye geneli için çekirdek aile  67.1, Geniş aile ise  32.9 dur. Baskil de çekirdek aile oranı Türkiye genelinden daha yüksektir (15) .

6. İlk Evlenme Yaşı : Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların ortalama ilk evlenme yaşı 18 ± 3 'tür. En küçük evlenme yaşı 12, en büyük evlenme yaşı ise 31 dir.

Sosyo - ekonomik düzeye göre ilk evlenme yaşına bakıldığında, ilk evlenme yaşı 10 - 19 yaş grubunda olma oranı üst sosyo-ekonomik düzeyde  20 iken Orta Sosyo-ekonomik düzeyde  60.33, alt sosyo-ekonomik düzeyde ise  72.1 'dir. Sosyo-ekonomik düzey düştükçe ilk evlenme yaşıda düşmektedir. Üst sosyo-ekonomik düzeyde ilk evlenme yaşı 20-24 yaş

grubunda yoğunlaşırken (% 60) orta ve alt sosyo-ekonomik düzeyde ise 15 - 19 yaş grubunda yoğunlaşmıştır(Tablo 23) .1988 yılı Türkiye nüfus ve sağlık araştırması bulgularına göre ortalama ilk evlenme yaşı 18.2 'dir. Baskil bulguları, Türkiye bulguları ile uygunluk göstermektedir(15) .

7. Gebelik Sayısı : Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların % 2.28 'inin hiç gebeliği olmamış, % 97.72 'inin ise bir veya daha fazla sayıda gebeliği olmuştur. Kadınların ortalama gebelik sayıları ise 5 'dir. Sosyo-ekonomik düzeye göre gebelik sayısına bakıldığında, Üst sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların % 60 'ı bir, % 40 'ı ise 2 kez gebe kalmışlardır. Üç ve daha fazla sayıda gebeliği olan kadın yoktur. Orta sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların % 12.50 'si bir, % 22.28 'i iki, % 22.82 'si üç , % 14.67 'si dört ve % 22.82 'si 5 ve daha fazla sayıda gebe kalmıştır. Alt sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların % 6.46 'sı iki, % 12.25 'i üç, % 11.56 'sı dört ve % 60.88 'i ise beş ve daha fazla sayıda gebe kalmışlardır. Sosyo-ekonomik düzey düştükçe gebelik sayısı da artmaktadır(Tablo 24) .

1988 yılı Türkiye nüfus ve Sağlık araştırması bulgularına göre ortalama gebelik sayısı 4.046 'dır. Baskil bulguları Türkiye bulgularından daha yüksektir (15) .

8. Canlı Doğum sayısı : Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların % 4.35 'inin hiç canlı doğumu olmamış, % 95.65 'inin ise en az bir canlı doğumu olmuştur. Ortalama canlı doğum sayısı 4±3 'dür. Sosyo-ekonomik düzeye göre canlı doğum sayısına bakıldığında üst sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların % 20 'sinin hiç canlı doğumu yoktur % 40 'ının 1 ve 2 canlı doğumu vardır. Üç veya daha fazla sayıda canlı doğumu olan kadın ise yoktur. Alt sosyo-ekonomik düzeye bakıldığında

kadınların ancak % 4.35 'inin hiç canlı doğumu olmamıştır. % 7.48 'inin bir, % 12.24 'ünün iki, %13.26'sının üç, % 14.29 'unun dört ve % 50.34 'ünün ise beş veya daha fazla sayıda canlı doğumu olmuştur(Tablo 25).

Eğitim düzeyini göre canlı doğum sayısına bakıldığında okur-yazar olmayanlarda beş ve daha fazla sayıda canlı doğum yapma oranı % 56.33, okur-yazar olanlarda % 43.24, ilkokul mezunlarında % 10.64, ortaokul ve lise mezunlarında % 1 dir. Üniversite mezunu olupta 5 veya daha fazla sayıda canlı doğum yapan kadın ise yoktur (Tablo 39). 1988 yılı Türkiye nüfus ve sağlık araştırması sonuçlarına göre Türkiye'deki kadınların ortalama canlı doğum sayısı 3.193 'tür. Bu oran Baskil araştırması oranından daha düşüktür (15).

9. Yaşayan Çocuk Sayısı : Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların % 4.55 'inin hiç yaşayan çocuğu yoktur. %12.22 'sinin bir, %23.19 'unun iki, % 17.18 'inin üç ve dört, % 25.67 'sinin ise beş ve daha fazla sayıda yaşayan çocukları vardır. Ortalama yaşayan çocuk sayısı 3.45 'dir. Sosyo-ekonomik düzeye göre incelendiğinde üst sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların % 20 'sinin hiç yaşayan çocuğu yok % 40 'ının 1 ve 2 yaşayan çocuğu vardır. 3 ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğu olan kadın ise yoktur. Alt sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların %2,72 'sinin hiç yaşayan çocuğu yoktur. % 8.16 'sının bir, % 15.31 'inin iki, %15.65 'inin üç, %20.41 'inin dört ve % 37.75 'inin ise beş ve daha fazla yaşayan çocukları vardır(Tablo 26). Eğitim düzeyine göre incelendiğinde okur-yazar olmayan kadınlarda beş ve daha fazla yaşayan çocuğu olma oranı % 42.04 iken okur-yazarlarda %35.15 , ilkokul mezunlarında %5.67 'dir, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarında ise beş ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğu olan kadın yoktur (Tablo 40). 1988 yılı Türkiye nüfus araştırmasına göre

kadınların ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.705 'tir. Baskil bulguları daha yüksektir.

10. Ölen Çocuk Sayısı : Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların ortalama ölen çocuk sayısı 0.55 'tir. 1988 yılı Türkiye nüfus ve sağlık araştırması bulgularına göre ise bu oran 0.488 'dir. Baskil bulguları Türkiye bulgularına benzerdir.

11. İdeal Çocuk Sayısı : Sosyo-ekonomik düzeye göre incelendiğinde üst sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların % 85 'i iki çocuğu, % 20 'si ise 3 çocuğu ideal çocuk sayısı olarak belirtirken , orta sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların % 64.67 'si iki çocuğu, % 23.91 'i üç çocuğu ideal çocuk sayısı olarak belirtmişlerdir. Alt sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların % 48.63 'ü iki, %31.61 'i ise üç çocuğu ideal çocuk sayısı olarak belirtmişlerdir(Tablo 28). Eğitim düzeyine göre ideal çocuk sayısına bakıldığında okur-yazar olmayan kadınların % 3.67 'si bir, % 47.76 'sı iki, % 31.43 'ü üç, % 12.25 'i dört ve %3.26 'sı ise beş ve daha fazla sayıda çocuğu ideal görürken, Yüksekokul mezunu kadınların %14.29 'u bir, %87.71 'i ise iki çocuğu ideal görmektedir. 3 ve daha fazla sayıda çocuğu ideal çocuk sayısı olarak belirten ise yoktur(Tablo 41). Baskil ilçesindeki kadınların ortalama ideal çocuk sayıları 2 ± 0.9 'dur. 1988 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması sonucuna göre okur-yazar olmayan kadınların %4.0 'ı bir, %43.8 'i iki, %22.8 'i üç %15.4 'ü dört ve %4.3 'ü ise beş ve daha fazla sayıda çocuğu ideal çocuk sayısı olarak görürken, Üniversite mezunu kadınların %18.8 'i bir, %65.0 'ı iki, %8.8 'i üç ve %2.5 'i dört çocuğa ideal olarak görmektedir. Beş ve daha fazla sayıda çocuğa ideal gören kadın ise yoktur(15).

Baskil araştırması ile Türkiye araştırması sonuçları karşılaştırıldığında, okur-yazar olmayan kadınların ideal çocuk sayıları benzerdir. Fakat Üniversite mezunlarında durum farklılık göstermektedir. İki grupta da ideal çocuk sayısı 1 ve 2 çocukta yoğunlaştığı halde Türkiye araştırmasına göre dört çocuğu ideal gören kadın varken, Baskil araştırmasındaki kadınların tümü 1 ve 2 çocukta yoğunlaşmaktadır.

12. Düşük Sayısı : Kadınların %60.25 'i hiç düşük yapmamış, %39.75 'i ise en az bir kere yada daha fazla sayıda düşük yapmıştır. İsteyerek yapılan düşük ise %22.99 'dur. Sosyo-ekonomik düzeye göre incelendiğinde alt sosyo-ekonomik düzeyde isteyerek bir düşük yapan kadın sayısı %9.86, beş ve daha fazla sayıda düşük yapan kadın sayısı ise %3.06 'dır. Orta sosyo-ekonomik düzeyde isteyerek bir düşük yapan kadın sayısı %13.58, beş ve daha fazla sayıda düşük yapan kadın ise % 1.08 dir. Üst sosyo-ekonomik düzeyde ise düşük yapan kadın yoktur (Tablo 29).

13. Son Düşükte Başvurulan Yollar : Son düşükte başvuru yolları bakıldığında kadınların %50 'si Aspirasyon, Vakum ve DxC ile %14.06 'sı ise kendi başına yaptığı bazı uygulamalarla, düşük yapmıştır. Spontan düşük yapan kadın sayısı ise %35.94 'tür. Kendi başına düşük yapan kadınların %3.65 'i ağızdan içilen ilaçlarla, %3.12 'si iğne ile, %0.52 'si Rahime sokulan maddelerle son düşüklerini yaptıklarını belirtmişlerdir(Tablo 31). 1988 yılı Türkiye nüfus ve sağlık araştırması sonuçlarına göre 1987 yılı için evli kadınlarda düşük oranı %32.8 'dir. Bunun %23.6 'sını isteyerek yapılan düşükler oluşturmaktadır. Eğitim düzeyine göre yapılan istemli düşükler okur-yazar olmayanlarda %18.2 'iken ortaokul ve üzeri eğitim görenlerde %26.9 'dur. Eğitim düzeyi yükseldikçe istemli düşük sayısında

yükselmektedir. Baskil bulguları ile Türkiye bulguları benzerdir.

14 . İsteyerek Yapılan Düşüğü Aile Planlaması Yöntemi Kabul Etme Durumu : Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların %20.28 'i isteyerek yapılan düşüğü aile planlaması yöntemi olarak kabul ederken %79.71 'i aile planlaması yöntemi olarak görmemektedir(Tablo 32).

15. İlk ve Son Gebelik Yaşları : Baskil ilçesindeki 15 - 49 yaş grubu evli kadınların %59.02 'sinin ilk gebelik yaşı 12-19 yaş grubu, %34.18 'i 20-24 yaş grubu, %5.94 'ü 25-29 yaş grubu, %0.64 'ü 30-34 yaş grubu, %0.21 'i ise 35+ yaş grubunda olmuştur(Tablo 20).Son gebelik yaşı kadınların %5.53 'ünde 15-19 yaş grubu, %35.11 'inde 20-24 yaş grubu, %33,19 'unda 25-29 yaş grubu, %17.45 'inde 30-34 yaş grubu, %8.72 'sinde ise 35+ yaş grubundadır (Tablo 22). Baskil ilçesinde 15-49 yaş grubu gebelikleri yüksek orandadır. İleri yaşlardaki gebelikler fazla sayıda olmamaktadır.

16. Son Kez Gebe Kaldığında Yöntem Kullanıp Kullanmama Durumu : Baskil ilçesindeki 15-49 yaş grubu evli kadınların %44.30 'u herhangi bir yöntem kullanırken gebe kalmışlardır. Yöntem kullanırken gebe kalan kadınların %7.94 'ü hap, %2.34 'ü kaput. %1.87 'si RiA, %2.80 'i hazneye uygulanan usuller, %1.40 'ı Takvim, %83.64 'ü geri çekme yöntemi kullanırken son kez gebe kalmışlardır(Tablo 18 ve 19).

17. Halen Gebe Olan Kadın Sayısı : Baskil ilçesindeki 15-49 yaş grubu evli kadınların %6.62 'si halen gebe 'dir.

Bu oran 1988 yılı Türkiye araştırması bulgularına göre % 7.7 'dir

Aradaki fark Baskil araştırmasındaki grubun küçük olması ile de açıklanabilir.

18. Kadınların Bildikleri Aile Planlaması Yöntemleri : Baskil ilçesindeki 15-49 yaş grubu evli kadınların bildikleri aile planlaması yöntemlerine bakıldığında kadınların %89.03 'ü hap 'ı, %65.22 'si Kaput 'u, %80.95 'i RiA 'yı, % 21.74 'ü kadında sterilizasyonu, %12.22 'si Erkeklerde sterilizasyonu, %26.15 'i Takvimi, %93.17 'si geri çekmeyi bilmektedir (Tablo 14). Sosyo-ekonomik düzeye göre bildikleri aile planlaması yöntemlerine bakıldığında üst sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların %100 'ü Hap, RiA, Hazneye uygulanan yöntemler ve Geri çekmeyi, %40 'ı ise erkekte sterilizasyonu bilmektedir (Tablo 34). 1988 yılı Türkiye nüfus ve sağlık araştırması bulgularına göre kadınların %98.2 'si herhangi bir aile planlaması yöntemi bilmektedir. Yöntem bilen kadınların %94 'ü hap ve RiA 'yı, % 76 'sı kaput 'u, %85 'i geri çekmeyi bilmektedir. Kentsel alandaki kadınların %98.6 'sı hap ve RiA 'yı, %82.4 'ü kondomu, %88.1 'i ise geri çekmeyi bilmektedir. Kırsal alandaki kadınların %90.5 'i hap 'ı , %91.2 'si RiA 'yı, %66.7 'si kondomu ve %80.2 'si geri çekmeyi bilmektedir. Kırsal alanda aile planlaması yöntemi bilme düzeyi kentsel alana göre daha düşüktür(15). Baskil araştırması ile Türkiye araştırması bulguları karşılaştırıldığında geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemi bilme oranı Baskil ilçesinde Türkiye geneline göre daha yüksek, diğer yöntemleri bilme oranı ise daha düşüktür.

19. Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu : Baskil ilçesindeki 15-49 yaş grubu evli kadınların %27.12 'si hiç bir yöntem kullanmamakta, %72.88 'i ise yöntem kullanmaktadır. Yöntem kullanan kadınların %27.27 'si etkili-modern bir yöntem, %72.72 'si etki derecesi sınırlı geleneksel bir yöntem kullanmaktadır. Yöntem kullanan kadınların %3.73 'ü hapi, %3.52 'si kaputu , %10.97 'si RiA 'yı, %51.97 'si ise geri çekme yöntemini

kullanmaktadır (Tablo 16).

Sosyo-ekonomik düzeye göre incelediğinde üst sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların % 25 'i hap, %25 'i hazneye uygulanan usuler, %25 'i Takvim ve %25 'i ise geri çekme yöntemi kullanmaktadır. Orta sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların %4.51 'i hap, %3.76 'sı kaput, %16.04 'ü RiA ve %68.42 'si geri çekme yöntemi kullanmaktadır. Alt sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların %5.12 'si hap, %5.56 'i kaput, %13.49 'u RiA %73.95 'i ise geri çekme yöntemi kullanmaktadır (Tablo 35). Eğitim düzeyine göre incelendiğinde okur-yazar olmayan kadınların %4.73 'ü hap ve kondom %13.01 'i RiA ve %75.15 'i geri çekme yöntemi kullanmaktadır. Okur-yazar olupta herhangi bir okul bitirmemiş kadınların %3.12 'si RiA 'yı, %3.12 'si hazneye uygulanan yöntemleri ve %93.75 'i ise geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Diğer yöntemler ise kullanılmamaktadır. İlkokul mezunu kadınların %6.60 'ı hap ve kodomu, %18.87 'si RiA ve %66.98 'i ise geri çekme yöntemini kullanmaktadır.Ortaokul ve lise mezunu kadınların %7.5 'i hap , %2.5 'i kaput, %22.5 'i RiA ve %52.5 'i geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Yüksekokul mezunu kadınların ise % 20 'si Kaput, RiA ve hazneye uygulanan yöntemleri %40 'ı ise geri çekme yöntemini kullanmaktadır (Tablo 42) .

Eğitim düzeyi yükseldikçe modern yöntem kullanma oranı artmakta, geleneksel yöntem kullanma oranı ise azalmaktadır. Fakat okur-yazar olmayan grupta yöntem kullanma oranı okur-yazar olupta herhangi bir okul bitirmeyenlere oranla daha yüksektir. 1998 yılı Türkiye nüfus ve sağlık araştırması bulgularına göre kadınların %23 'ü hiç bir yöntem kullanmamaktadır. %77 'si ise herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Yöntem kullananların %49 'u etkili-modern bir yöntem kullanmaktadır. Bölgelere

göre incelendiğinde Batı Anadolu bölgesindeki kadınların %66 'sı modern, %26 'sı geleneksel yöntem kullanmakta %8 'i ise hiç bir yöntem kullanmamaktadır. Doğu Anadolu bölgesindeki kadınların %53.1 'i modern, %25.6 'sı geleneksel bir yöntem kullanmakta, %21.3 'ü ise hiç bir yöntem kullanmamaktadır. Eğitim düzeyine göre incelendiğinde okur-yazar olmayan kadınların %33.8 'i hap 'ı, %19.6 'sı RiA 'yı, %11.5 'i kaput 'u, %42.5 'i ise geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Okur-yazar olupta herhangi bir okul bitirmeyen kadınların %41.5 'i hap 'ı, %20.8 'i RiA 'yı , %19.9 'u kaput 'u, %55.1 'i ise geri çekme yöntemini kullanmaktadır. İlkokul mezunu kadınların %40.9 'u hap 'ı, %25.9 'u RiA 'yı, %25.1 'i kaput 'u , %57.5 'i ise geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Ortaokul ve üzeri eğitim göre kadınların %32.5 'i hap 'ı, %36.6 'sı RiA 'yı, %39.6 'sı kaput 'u ve %58.6 'sı ise geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Ortaokul ve üzeri eğitim göre kadınların %32.5 'i hap 'ı, %36.6 'sı RiA 'yı, %39.6 'sı kaput 'u ve %58.6 'sı ise geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe hap dışındaki tüm yöntemlerin kullanma düzeyi artmaktadır(15). Baskil araştırması ile Türkiye Araştırması karşılaştırıldığında Baskil ilçesinde yöntem kullanma düzeyi Türkiye bulgularına yakın olmakla beraber modern yöntem kullanma düzeyi Türkiye geneline göre çok düşüktür. Baskil 'de yöntem kullanan kadınların büyük bir çoğunluğu etki derecesi sınırlı geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemi kullanmaktadır.

20. Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Uygun Bulma Düzeyi : Baskil ilçesindeki kadınların %97.85 'i aile planlaması yöntemi kullanılmasını uygun bulmakta, %2.15 'i ise uygun bulmamaktadır. Kadınların eşlerinin aile planlaması yöntemi kullanmayı uygun bulma düzeyine bakıldığında %95.91 'i uygun bulmakta, %4.09 'u ise uygun bulmamaktadır. Sosyo-ekonomik

düzeye bakıldığında sadece alt sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların %3.57'si ve bunların kocalarının %6.79'u yöntem kullanmayı uygun bulmamaktadır.Üst ve orta sosyo-ekonomik düzeydeki kadınlar ve bunların eşlerinin tümü ise aile planlaması yöntemi kullanmayı uygun bulmaktadır. Sosyo-ekonomik düzey düştükçe aile planlaması yöntemi kullanmayı uygun bulma düzeyi de düşmektedir (Tablo 36 ve 37).

21. Bebek Ölüm Hızı : Baskil ilçesinde 1985-1987 dönemi için bebek ölüm hızı %065.9'dur.1988 yılı Türkiye araştırmasına göre binde 77.72 'dir. Baskil bulguları Türkiye bulgularından daha düşüktür.

22. Tamamlanmış Doğurganlık Hızı : Tamamlanmış doğurganlık (Doğurgan yaşının sonuna ulaşmış 45-49 yaş grubu kadınların doğurdukları canlı çocuk sayısı) 8.28 çocuktur. 1983 yılı Türkiye araştırmasına göre Doğu Anadolu Bölgesinde binde 8.4 'tür. Bulgular benzerdir (14).

6 - SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucu elde edilen bulgulara göre kadının eğitim düzeyi ,kişi başına düşen aylık gelir,toplam gebelik sayısı,canlı doğum sayısı 1988 yılı Türkiye nüfus araştırması sonuçlarından daha yüksek,aile planlaması yöntemi bilme ve kullanma oranı ise daha düşüktür.Bu fark çalışmanın yapıldığı bölgenin tam kentleşmiş bölgeler ile kırsal bölgeler arasında geçiş bölgesi olması ve Doğu Anadolu bölgesinde olması ile açıklanabilir.

Kadınların Demografik, Sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

1. Kadınların yarısından fazlası (%50.72) okur-yazar değildir. Yüksekokul mezunu kadın sayısı (%1.45) ise çok düşüktür. Çocuklarının eğitim düzeyi kadınlara göre daha yüksektir. Okur-yazar olmayan %7.04, Yüksekokul mezunu ise %10.56 'dır.

2. Kadınların büyük çoğunluğu (%78.88) yöreye özgü kerpiç ev 'de oturmaktadır.

3. Kişi başına düşen aylık gelir çok düşüktür. Kadınların büyük çoğunluğunun ailelerinde (%72.26) kişi başına düşen aylık gelir 0 - 50 bin arasındadır. Ortalama kişi başına aylık gelir ise 46 bin dir.

4. İlçede çekirdek aile tipi hakimdir. Kadınların büyük çoğunluğu (%87.37) Çekirdek aile 'ye sahiptir.

5. Kadınların %65.84 'ünün hane halkı sayısı beş veya daha fazladır.

6. Sosyo-ekonomik düzey düştükçe gebelik sayısı ve buna bağlı olarakta yaşayan çocuk sayısı ve ölen çocuk sayısı artmaktadır.

7. Eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey düştükçe ideal çocuk sayısında artmaktadır. Kadınların büyük bir çoğunluğu (%83.64) 2 ve 3 çocuğu ideal çocuk sayısı olarak görmektedir.

8. Eğitim düzeyi düştükçe canlı doğum sayısında artmaktadır. Beş ve daha fazla sayıda canlı doğum yapma okur-yazar olmayan kadınlarda çok yüksek (%56.33) oranındadır.

Kadının aile planlama yöntemi kullanma ve doğurganlık durumu ile ilgili özellikleri incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

1. Kadınların yarısından fazlasının (%57.56) ilk gebelik yaşı 12-19 yaşları arasındadır. İlk gebeliğin 29 yaşından sonra olması durumu ise çok düşüktür. Buda anne ve bebek sağlığı açısından büyük risk olan 18 yaş öncesi gebeliklerin ilçede yüksek oranda olduğunu göstermektedir.

2. Son gebelik yaşı ise kadınların büyük bir çoğunluğunda (%68.30) 20-29 yaş grubundadır. 35 yaşından sonraki gebelikler az miktardadır.

3. Ortalama ilk evlenme yaşı 18 'dir.Sosyo-ekonomik düzey düştükçe ilk evlenme yaşı düşmektedir.İlk evlenme yaşı düştükçe de çocuk sayısı artmaktadır.

4. Aile planlaması yöntemi bilme ve etkili yöntem kullanma oranı sosyo-ekonomik düzey düştükçe azalmaktadır. Alt sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların %73.956 'i etki derecesi sınırlı geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemini kullanmaktadır.

5. Aile planlaması yöntemi bilme ve etkili-modern yöntem kullanma oranı eğitim düzeyi yükseldikçe artmaktadır. Etki derecesi sınırlı geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemi kullanma oranı okur-yazar kadınlarda %93.75, Yüksekokul mezunu kadınlarda ise %40 'tır. İlçede etki

derecesi sınırlı geleneksel yöntem kullanma oranı çok yüksektir. Bu da ilçede aile planlaması hizmetinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Okur-yazar olmayan kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanma düzeyi okur-yazar olupta herhangi bir okul bitirmemiş kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.

6. Aile planlaması yöntemi kullanma oranı 25-39 yaş grubunda, tüm yaş gruplarına göre daha yüksektir.

7. Gebelik sayısı arttıkça aile planlaması yöntemi kullanma ve etkili yöntem seçme oranı da artmakta, 3-4 gebelikten sonra ise azalmaktadır.

8. Baskil deki kadınların ortalama, ilk adet görme yaşı 14, ilk evlenme yaşı 18, ilk gebelik yaşı 19, Gebelik sayısı 5, canlı doğum sayısı 4, ölü doğum sayısı 0.1, Düşük sayısı 0.7, Yaşayan çocuk sayısı 3.45, Gebelik aralığı 14.2 ay bulunmuştur.

9. Kadınların %39.75 'i en az bir kez düşük yapmışlardır.İsteyerek yapılan büyük ise %22.99 'dur. Düşük yapan kadınların yarısı son düşüğünü Aspirasyon, vakum yada DxC (Dilatasyon ve Küretaj) ile, bir kısmı ise kendi başına uyguladığı yöntemlerle yapmıştır.

10. Kadınların büyük bir kısmı (%44.30) son gebeliklerinde yöntem kullanırken gebe kalmışlardır. Yöntem kullanırken gebe kalan kadınların %83.64 'ü geri çekme yöntemi ile korunurken gebe kalmışlardır.

11. Kadınların hemen hemen hepsi (%87.85) gebelikten korunmak amacıyla aile planlaması yöntemi kullanmayı uygun buldukları halde ancak %72.88 'i herhangi bir yöntem ile korunmaktadır.

12. Gebelikten korunmak için başvuracakları kişiler bir erkek doktor ve ebe-hemşire olduğunda hangisini tercih edeceği sorulduğunda kadınların büyük bir çoğunluğu (%66.66) ebe-hemşire'yi tercih edeceklerini

söylemişlerdir.

Baskil ilçesindeki hızlı nüfus artışını yavaşlatmak için doğurganlığı azaltmak gerekmektedir. Doğurganlığın azaltılması sosyo-ekonomik düzeyin yükseltilmesi ve ailelerin arzu ettikleri çocuk sayısına ulaştıktan sonra aile planlaması yöntemi uygulamaları ve etkili yöntem seçmelerini sağlamakla mümkün olur.Bu nedenle;

1. Toplumun sosyo-ekonomik düzey ve gelir miktarı yükseltilmelidir.
2. Kadının eğitim ve öğretim düzeyini yükseltip, ilk evlenme yaşını ileri yaşlara kaymasını sağlayarak doğurganlığı azaltmak.
3. Doğurganlığı arttıran faktörlerden çocuk ve bebek ölümlerini azaltabilmek için sağlık hizmetlerinin düzeyi yükseltilmeli ve tüm topluma eşit şekilde yaygınlaştırılmalıdır.
4. Doğurganlık hızının en yüksek olduğu 15-19 yaş grubuna öncelik vermek üzere aile planlaması hizmeti almaya hazır olan kadınlarca etkili ve sağlıklı yöntemlerin kullanılmasını yaygınlaştırmak amacıyla sağlık ekibi tarafından eğitim yapılmalı ve kolay alınabilecek şekilde sunulmalıdır.
5. Sık ve çok sayıda doğum yapmanın sadece ailenin mali yükünü artırmayıp aynı ekilde gerek anne gerekse bebek sağlığını olumsuz yönden etkilediği konusunda eğitim yapılmalıdır.
6. Sağlık ocakları ve sağlık evleri aile planlaması hizmetinin götürülmesinde personel ve araç - gereç yönünden daha yeterli hale getirilmelidir.

Baskil'deki aşırı doğurganlığı önlemek ve etkili bir aile planlaması hizmeti sunmak amacıyla,eşlerin kendilerini rahat hissettikleri ve kolayca kabul edebilecekleri yöntemlerin sağlık ocağı personeli tarafından,halka

sunulması gerekir.Hizmet sunacak olan sağlık personelinin aile planlaması konusunda kurs görmesi ,hizmetin etkinliğini arttıracaktır.Hizmet sunulurken toplumu etkileyebilecek liderlerin (Kaymakam,Belediye Başkanı,Milli Eğitim Müdürü,Diyanet Müftüsü,Cami Hacısı v.s.) yardımı da sağlanmalıdır.

Ö Z E T

Elazığ ili Baskil İlçesinde 50 yaşın altındaki bütün evli kadınların aile planlaması konusundaki bilgi seviyelerini ölçerek, aile planlamasına ilişkin davranışlarını öğrenmek ve kontraseptif metodların kullanım prevalansını tespit etmek için bir anket çalışması yapıldı. İlçede yaşayan 494 evli kadının 483'üne anket uygulandı. Araştırmacı, 3 kez gitmesine rağmen 9 kadını evinde bulamadı, iki kadın görüşmeyi reddetti. Bu nedenle cevap oranı %97.8 (494 ün 483) oldu.

45-49 yaş gurubu tüm evli kadınların ortalama tamamlanmış doğurganlık sayısı 6.28 çocuk ve ortalama ilk evlenme yaşı 18 olarak saptandı. Ortalama gebelik sayısı, ölü doğum sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve ölen çocuk sayısı sırasıyla 5, 0.1, 4, 3.45, 0.55 olarak bulundu.

Aile geliri, kadın ve kocanın eğitim düzeyi ,kocanın mesleği ,oturulan konutun tipi ,ilk evlenme yaşı ve aile büyüklüğü ile doğurganlık arasında negatif bir ilişki olduğu saptandı. Aile planlaması yöntemi bilme ve etkili modern yöntem kullanma prevalansı sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeyi ile değişmektedir. Sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeyi yükseldikçe kontraseptif yöntemler hakkındaki bilgi ve modern kontraseptif yöntem kullanma prevalansının yükseldiği saptandı.

Kadınların %97.9 gebelikten korunmak amacıyla aile planlaması yöntemi kullanmayı uygun buldukları halde kontraseptif kullanma prevalansı %72.9 olarak bulundu. Etkili Kontraseptif yöntem kullanmayı uygun bulan bu kadınların ancak %27.3 ünün modern etkili bir yöntem kullandığı görüldü. Etki derecesi sınırlı geneleksi bir yöntem olan geri

çekmeyi kullanan kadınların %83.6'sının bu yöntemi kullanırken gebe kaldığı saptandı.

Bu çalışmanın sonuçları Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün tüm Türkiye'yi temsil eden bir örneklem üzerinde yapmış olduğu araştırma sonuçlarıyla karşılaştırıldı ve soruna çözüm yolları önerildi.

A FAMILY PLANNING SURVEY IN BASKIL, ELAZIĞ

(December 1988-March 1989)

Summary;

A questionnaire survey of all the married women aged under 50 was carried out in Baskil in Elazığ in order to measure the level of contraceptive knowledge, to find out the attitudes to family planning and to determine the prevalence of current use of contraceptive methods. 483 women interviewed by means of a questionnaire. The researcher was unable to find 9 women at home though she went their homes three times. Two women refused to be interviewed. Thus the response rate was 97.8% (483 out of 494).

The ever-married women aged 45-49 appeared to have had on the average 8.26 children ever born. The mean age at first marriage was found out as 18. The average no. of pregnancies, no. of still births, no. of children died were estimated as 5, 0.1, 4, 3.45, 0.55 respectively.

Family income, educational status of woman and husband, husband's profession, age at first marriage, family size appeared to be inversely related to fertility. Both the level of contraceptive knowledge and the prevalence of current use of modern contraceptive methods varied by socio-economic level. Increasing socio-economic level appeared to increase the knowledge for all methods and the prevalence of modern contraceptive use.

97.9 % of the women approved a married couple using family planning methods. Although the prevalence of use of contraception was estimated as 72.9%, only 27.3 percent of those who reported current use of

contraception,seemed to use modern effective methods.83.6 % of those who had been using withdrawal as a contraceptive method,became pregnant as a result.

Some comprisons were also made between the findings of this survey and those of others surveys among which 1988 Turkish population and health survey by Hacettepe University Institute of population studies was given consideration most.

8 - KAYNAKLAR

1. Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Aile Planlaması Ders Kitabı. Ankara , 2-162,1984.
2. Population Reports, "Doğurganlığı Etkileyen Yasa Ve Politikalar;Son On YıldaKiGelişmeler." Yasa Ve Politika. Seri: E , No:7,106-110,1986
3. Akın,A. Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı. Ankara ,2-85,1983.
4. Devlet İstatistik Enstitüsü. Genel Nüfus Sayımı İdari Bölünüş Ankara ,1985.
5. Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Nüfus Planlaması Hakkında kanun, Tüzük Ve Yönetmelikler. Ankara ,1-14,1983.
6. Population Reports, " Aile Planlaması İle Daha Sağlıklı Anne Ve Çocuklar".Aile Planlaması Programları. Seri: j, No: 27,674-690, 1987.
7. Doğu,E.Toplum Ve İnsan .Turhan Kitabevi, Ankara ,1984.
8. Hayran,O.Ve Diğerleri."Kent Kadınlarında Doğurganlık ve Gebelikten korunmaya ilişkin bir örnek olay " . Nüfusbilim Dergisi. cilt:9,Semih Ofset Matbaacılık Ankara ,55-60,1987.
9. Tuncer, B. Ekonomik Gelişme Ve Nüfus. Hacettepe Üniversitesi Yayını d-20, Ankara ,4,1976.
10. Population Reports , "Kontraseptif Kullanmayı Bıraktıktan Sonraki Gebelikler:Söylentilerin Giderilmesi".Aile Planlaması Programları. Seri : J No:28, 714-715, 1987.
- 11.Fişek.N."Cinsel İlişkiden Sonra Olası Gebeliğin Önlenmesi." Hacettepe

- Toplum Hekimliği Bülteni, Sayı : 2 Ankara , 10,1986.
- 12.Erenus.N."Türkiye'de Aile Planlaması Sorunları." Aile Planlaması Sorunları.Ankara Jinekoloji Derneği Yayınları No:42, Ankara, 7-12, 1983.
13. Ersoy, İ. Aile Planlamasına İlişkin İslami Görüşler.Türkiye Aile planlaması Derneği Yayını.Ankara ,8,1979.
14. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Nüfus, Aile, Sağlık 1983 Ankara ,7-10,1984.
- 15.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 1988 Turkish Population and Health Survey Ankara, 15-30,1989.
- 16.Tezcan, S. Türkiye 'de Bebek Ve Çocuk Ölümleri.Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayını. Ankara ,9-11,1985.
- 17.Biberoğlu, K. "Aile Planlaması Yılında Kontraseptifler Özel Sayısı" Kadın - Doğum Dergisi, Ankara ,1986.
- 18.Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Herkes İçin Sağlık Hedefleri2000 Meteksan Basım Şirketti, Ankara.32-34,1986.
19. Şenlet,P. "Akkuzulu Köyünde Gebeligi Önleyici Yöntem Kullanma Ve Bunu Etkileyen Öğeler" Ana Sağlığı,Aile Planlaması,Doğurganlık konularına İlişkin Araştırma Özetleri(1970-1986). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayını.Ankara,17-21,1986.
- 20.Coşkun, T.ve Diğerleri . Çocuk Sağlığı . SSYB Matbaası, Ankara ,203-212,1988.
- 21.Erder, N. ve Diğerleri. Türkiye'de Ailenin Değişimi. Maya Matbaacılık. Ankara ,130-132,1984.

- 22.Devlet Planlama Teşkilatı V. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Sağlık, Ankara ,115-119,1983.
23. Gülesen, Ö. Ve Diğerleri " Engürücü Ve Umur Bey Köylerinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi ,Tutum Ve Davranışlar " Sağlık Dergisi .Cilt:60 ,Sayı:2,SSYB Yayın Organı .Ankara, 83-96,1986.
- 24.Güler ,K Ve Diğerleri." SSK Okmeydanı Hastanesi Kadın- Doğum Klinigine Başvuran Kadınların Kontraseptif Kullanma Oranı Ve Seçtikleri Yöntem İle İlgili Epidemiyolojik Bir Çalışma ". Hemşirelik Bülteni , Cilt:2, Sayı:5,75-76, 1985.
- 25.Sümbüloğlu, K. Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler. TTB Ankara Tabip Odası Yayını. Ankara ,52-54,1982.
- 26.Population Reports Counseling Guide. Series:J, Number:36, 14-15,1987.
- 27.Population Reports " Minilaparotomi VeLaparaskopi:Güvenli,Etkili Ve Yaygın Olarak Kullanılan İki Yöntem." Kadının Kısırlaştırılması. Seri C, No9 ,127, 1987.
- 28.Population Reports "Hormonal Contraception: New Long- Acting Methots "Injectables and Implants.Series:k, Number:3 , 62,1987.
- 29.Population Reports "Employment-Baset Family Planning Programs" Family Planning Programs Series:J, Number:34 ,924, 1987.
- 30.Tunçbilek,E. Türkiye 'de Bebek Ölümleri Temel Etkenler. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü Yayını.Ankara,3-4, 1988.
- 31.Population Reports " Radio-Spreading The Word On Family Planning " Family Planning Programs. Series:J, Number:32 ,654-655, 1986.
- 32.Population Reports " Counseling Makes A Difference" Family Planning

- Programs . Series:J, Number:35, 9,1987.
- 33.Population Reports " Fertility And Family Planning Surveys : An Update " Special Topics. Series:M, Number:8, 303, 1985.
- 34.Üner, S. Nüfus Bilim Sözlüğü. Hacettepe Üniversitesi Yayını 0-17 Ankara ,1972.
- 35.Bilgel, N. "Abidinpaşa Eğitim, Araştırma ve Sağlık Grubu Başkanlığı Bölgesinde Doğurganlık Durumuna Etkili Faktörler" Uzmanlık Tezi. Ankara, 1-4,1982.
- 36.Özyurda, F. "Abidinpaşa ve Tuzlucaayır Sağlık Ocağı Bölgesinde Düşük Sorununu Etkileyen Faktörler ve Bu Sorunun Çözümünde, Aile Planlaması Rolü" Uzmanlık Tezi. Ankara ,26,1981.
- 37 Başbuğ, A, ve Diğerleri. "Ankara Doğumevinde Küretaj Yaptırmak İçin Başvuran Kadınların, Sosyo-ekonomik ve Demografik Özellikleri" Bitirme Tezi. Ankara, 14-20,1985.
- 38.Akın, A. ve Bulut, A. Aile Planlaması Hizmetlerinde Hekim Eğitim Rehberi. Ankara ,46,1986.
- 39.Akın, A. Rahim İçi Araç Uygulama El Kitabı , Ankara, 1986.
- 40.Population Reports "IUDs-A New Look " Intra Uterin Devices Series:B, Number:5 .7, 1988.
41. Devlet Planlama Teşkilatı V. Beş Yıllık Plan Destek Çalışmaları:2 "V. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde Sektörel Gelişmeler 1985-89" Ankara, 208,1985.
- 42.Doğan,A "Dünyada Yaygınlaşan Kadın Sterilizasyonu " Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. Sayı:4 Metaksan Limited Şirketi Ankara ,6 -7,1986

- 43.Fişek,N."Geri Çekme: Yaygın Olarak Kullanılan Bir Yöntem"Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni,Sayı:1,Ankara,3 ,1987.
- 44.Fişek,N. "Aile Planlamasında Kullanılan Engelleyici Yöntemler"Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni . Sayı:4 Ankara,11-12, 1985.
- 45.Öztekin,Z. " Doğum Kontrolünde Dünya Değerlendirmesi " Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni Sayı 1 ,Ankara,6, 1988
- 46.Arslan,A."Aile Planlamasında Hemşirenin Yeri"Türk Hemşireler Dergisi,Cilt:36,Sayı:2,Ankara,48-50, 1986.
- 47.Taşkın,L." Aile Planlamasının Aile Ve Toplum Yönünden Önemi"Türk Hemşireler Dergisi. Sayı:1,Ankara,25-27, 1984.
- 48.İnanç,N. Yurdanur,N. " Gebe Ve Doğum Yapmış Annelerin Aile Planlamasına İlişkin Bilgi Tutum Ve Uygulamalarının Saptanması" Türk Hemşireler Dergisi,Sayı:3, Ankara ,29-33,1983.
- 49.Bulut, A." Aile Planlaması Ve Ana Çocuk Sağlığı " Türk Hemşireler Dergisi . Sayı:3,Cilt:37, Ankara,7-10, 1987.

ELAZIĞ BASKİL BÖLGESİNDE 15-49 YAŞ ARASI KADINLARIN AİLE
PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN DAVRANIŞ, BİLGİ, DÜŞÜNCE VE
TUTUMLARI ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

- .../.../...
- Form Sıra No :
- 1-Adı Soyadı:
- 2-Sağlık Evi:
- 3-Adresi :
- 1-Köy
- 2-Merkez İlçe
- 4-Medeni Hali :
- 1-Evli
- 2-Boşanmış
- 3-Boşanmış fakat ayrı yaşıyor
- 4-Dul(Eşi ölmüş)
- 5-Doğum Tarihi :
- .../.../...
- 6-Eğitim Durumu :
- 1-Okur-yazar değil
- 2-okur-yazar
- 3-İlkokul
- 4-Ortaokul
- 5-Lise ve dengi okul
- 6-Yüksekokul yada Üniversite
- 7- Eşin Eğitim Durumu :
- 1-Okur-yazar değil
- 2-Okur-yazar
- 3-İlkokul
- 4-Ortaokul
- 5-Lise ve dengi okul
- 6-Yüksekokul yada Üniversite
- 8-Ev İşlerinin yanısıra başka bir işte çalışıyor musunuz?
- 1-EvetNe iş yapıyor sunuz?
- 2-Hayır
- 9- Eşiniz ne iş yapıyor?
-

- 18-Toplam gebelik sayısı :
- 19-Toplam canlı doğum sayısı :
- 20-Toplam yaşayan çocuk sayısı :
- 21-Toplam ölü doğum sayısı :
- 22-Toplam düşük sayısı :
- 23-Ortalama gebelik sayısı :
- 24-Ortalama doğum aralığı :
- 25-Yaşayan kız çocuk sayısı :
- 26-Yaşayan erkek çocuk sayısı :

HER DÜŞÜK İÇİN 27-31 'İ SOR.

Düşünceler	Bu Düşüğü Kim Başlattı? 1-Kendiliğinden 2-Kendisi 3-Akraba,Komşu 4-Ara-ebesi 5-Hükümet ebesi 6-Hastahane de Doktor 7-Özel Muayaneha Doktor 8.Başka(belirtiniz)	Bu Düşüğü Kim Bitirdi? 1-Kendiliğinden 2-Kendisi 3-Akraba,Komşu 4-Ara-ebesi 5-Hükümet ebesi 6-Hastahane de Doktor 7-Özel Muayaneha Doktor 8.Başka(belirtiniz)	Başvurduğu Yollar 1-Aspirasyon, Vakum 2-DxC 3-Ağızdan içilen ilaç 4-İğne 5-Rahime Soku- lan Madde 6-Ağır Kaldırmak 7-Başka(belirtiniz)	Düşük Yapılan Yaş

- 27-Toplam düşük sayısı :
- 28-İsteyerek yapılan düşük sayısı :
- 29-Son düşükte başvurduğu yollar :
- 30-Son düşüğün kimin başlattığı :
- 31-Son düşüğün kimin bitirdiği :
- 32-Eğer seçmek mümkün olsaydı bütün hayatınız boyunca kaç çocuğunuz olsun isterdiniz?
-ERKEK
-KIZ
-TOPLAM

Bilindiği gibi evli bir çiftin uygulayabileceği gebe kalmayı sonraya bıraktıracak yada istemiyorsa çocuk sahibi olmayı önleyecek çeşitli usuller vardır. Bunlara aile planlaması usulleri denir.Siz bu aile planlaması usullerinden herhangi birini biliyormusunuz yada hiç duydunuz mu?

1-Evet

2-Hayır

34	35	36	37	38
Usuller	Usullerden Hangisini Biliyorsunuz?	(Usulünü) Hiç Duydunuz mu?	(Usulünü) Hiç Kullandınız mı?	Halen Hangi Usulü Kullanıyorsunuz?
	Evet	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet
01 Gebeliği önleyici hap (Ağızdan alınan)	1	2 3	1 2	01
02 Kaput,Kırhf (Prezervatif)	1	2 3	1 2	02
03 Hazneye Uygulanan Usuller (Köpük,Tablet, krem,Jel)	1	2 3	1 2	03
04 Rahim içi Araç	1	2 3	1 2	04
05 Kadının Kısırlaştırılması	1	2 3	1 2	05
06 Erkeğin Kısırlaştırılması	1	2 3	1 2	06
07 İsteyerek Düşük	0	1 2	2 3	07
08 Tehlikesiz günler (Takvim) Ritm	1	2 3	1 2	08
09 Geri Çekme (Dışarı akıtma)	1	2 3	1 2	09
10 Başka Usul (Belirtin)	1		1 2	10
				90 kullanmıyor.


☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Şimdiki usulünüzü kaç aydır kullanıyor sunuz?

Kesintisiz olarakAy

40-41 'i USUL KULLANMAYANLAR CEVAPLAYCAK.

--	--	--

40-Siz yada eşiniz geçen ay bir usul kullandınız mı?

1-Evet

2-Hayır(D konulduğunda 90 kodunu yuvarlak içine al)

41-Gebeliği önlemek yada ertelemek için bir aile planlaması usulü kullanmayışınızın başlıca sebebi sizce nedir?

--	--

42-Son defa gebe kaldığınız sırada herhangi bir aile planlaması usulüyle korunuyor muydunuz?

1-Evet

2-Hayır

43-Hangi usulü kullanıyordunuz?

44-Evli bir çiftin ihtiyaç duyduklarında aile planlaması usul-
lerinden biriyle korunması sizce uygun mudur?

1-Evet

2-HayırNiçin?.....

--	--	--

45-Sizce kocanız evli bir çiftin ihtiyaç duyduklarında aile
planlaması usullerinden biriyle korunmasını uygun bulur mu?

1-Evet

2-HayırNiçin?.....

--	--	--

46-Gebelikten korunmak için yardım isteyeceğiniz kişinin
erkek olması başvurunuzu geciktirme veya başvurmama
şeklinde sizi etkiler mi?

1-Evet

2-Hayır

--

47-Gebelikten korunmak için başvuracağınız kişiler bir erkek
hekim yada bu konuda yetkili ebe-hemşire olduğunda
hangisini tercih edersiniz?

1-Erkek Doktor

2-Ebe-hemşire

3-Başka

--