



**T.C.
ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI**

**GEÇİCİ KORUMA STATÜSÜNDEKİ SURİYELİ KADINLARIN
AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARI**

**UZMANLIK TEZİ
DR. FURKAN BAKIRHAN**

**DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ FERİT KAYA**

ADYAMAN 2023



**T.C.
ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI**

**GEÇİCİ KORUMA STATÜSÜNDEKİ SURİYELİ KADINLARIN
AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARI**

**UZMANLIK TEZİ
DR. FURKAN BAKIRHAN**

**DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ FERİT KAYA**

ADYAMAN 2023



ONAY SAYFASI

Dr. Öğr. Üyesi Ferit KAYA danışmanlığında Dr. Furkan BAKIRHAN tarafından yapılan “Geçici Koruma Statüsündeki Suriyeli Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları” başlıklı tez çalışması 23/03/2023 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından **HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALINDA** tıpta uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN.....: Dr. Öğr. Üyesi Ferit KAYA
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
(İmza)

ÜYE.....: Prof. Dr. İbrahim KORUK
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
(İmza)

ÜYE.....: Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ACAR
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
(İmza)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

23/03/2023

Prof. Dr. Mehmet TURGUT
Adıyaman Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekan V.
(imza)

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca akademik anlamda donanımlı bir şekilde yetişmemde büyük bir emeğe sahip olan Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ferit Kaya'ya,

Gerek saha gerek klinik rotasyonlarında uzmanlık eğitimime katkı sunan Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan ve yapmış olan tüm hocalarıma,

Tanıştığımız ilk günden itibaren her daim yanımda olan, desteğini esirgemeyen, varlığıyla beni her zaman mutlu eden çok değerli eşim Elfide Gizem Bakırhan'a,

Hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen ve bugünlere gelmemde büyük bir emeğe sahip olan değerli annem Sultan Bakırhan, değerli babam Memet Bakırhan ve kardeşlerime teşekkürü bir borç bilirim.

Bu tez, bugünlere gelmemde büyük bir emeğe sahip olan eşime, anne ve babama atfedilmiştir.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	I
TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR.....	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	V
TABLolar DİZİNİ	VI
ÖZET	VII
SUMMARY	IX
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. SORUNUN BOYUTU	2
2.2. GÖÇ TANIMI VE ÇEŞİTLERİ	7
2.3. HUKUKSAL ÇERÇEVEDE KAVRAMLAR	8
2.4. GÖÇ VE İNSAN	11
2.5. GÖÇ VE SAĞLIK	11
2.6. GÖÇ, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI	13
2.7. AİLE PLANLAMASI	14
2.7.1. Aile Planlamasının Önemi	15
2.7.2. Aile Planlaması Danışmanlığı	17
2.7.3. Türkiye’de ve Dünya’da Aile Planlaması Kullanım Durumu	18
2.8. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ.....	18
2.8.1. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri	18
2.8.2. Modern Yöntemler	26
2.9. TUTUM KAVRAMI VE ÖLÇÜLMESİ	44
3. GEREÇ VE YÖNTEM	45
3.1. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TİPİ	45
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	45
3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	46
3.4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	47
3.4.1. Anket Formu	47
3.4.2. Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği	48
3.5. İSTATİKSEL ANALİZ.....	48
3.6. ARAŞTIRMA SINIRLILIKLARI	48
4. BULGULAR	49
4.1. KATILIMCILARIN BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	49
4.2. KATILIMCILARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ.....	52
4.3. KATILIMCILARIN AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ	54
4.4. BAZI VERİLERİN ORTALAMALARININ MODERN YÖNTEM KULLANIMINA GÖRE KİYASLANMASI	60
4.5. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİNE GÖRE MODERN YÖNTEM KULLANIM SIKLIĞININ KİYASLANMASI	62
4.6. AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ BAZI VERİLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ	67
4.7. MODERN YÖNTEM KULLANIMI İÇİN LOJİSTİK REGRESYON ANALİZ	72
5. TARTIŞMA	73
6. SONUÇLAR.....	78
KAYNAKLAR.....	81
EKLER	89

KISALTMALAR

- AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome
CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
FSH: Folikül Uyarıcı Hormonun
GnRH: Gonadotropin-Releasing Hormone
HIV: Human Immunodeficiency Virus
IOM: Uluslararası Göç Örgütü
IUD: İntra Uterin Device
KEK: Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler
KOK: Kombine Oral Kontraseptif
LH: Lüteinizan Hormon
LNG-RİA: Levonorgestrel İçeren RİA
OKS: Oral kontraseptif
PEK: Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler
RİA: Rahim İçi Araç
TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNFPA: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Suriye Arap Cumhuriyeti ve Türkiye'nin doğuşta beklenen yaşam sürelerinin yıllara göre kıyaslanması	3
Şekil 2. Suriye'de yıllara göre bazı sağlık göstergeleri değişimi.....	4
Şekil 3. Ülkelere göre toplam kayıtlı Suriyeli mülteci sayıları.....	4
Şekil 4. Suriye'de yıllara göre ölüm nedenleri	5
Şekil 5. Türkiye'de yıllara göre geçici koruma kapsamındaki Suriyelilerin sayılarının değişimi	6
Şekil 6. Göçmen, Sığınmacı ve Mülteci kavramlarının şematik gösterimi	8
Şekil 7. Servikal mukus takip çizelgesi	22

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Aile planlaması yöntemlerinin sınıflandırılması	19
Tablo 2. KOK hapların alınması unutulduğunda yapılacaklar	33
Tablo 3. Hormon preparatı içeren enjekte edilen kontraseptifler	38
Tablo 4. Katılımcıların bazı sosyodemografik verilerinin ortalamaları.....	49
Tablo 5. Katılımcıların yaş gruplarına, medeni durumlarına ve evlilik sürelerine göre dağılımı	49
Tablo 6. Katılımcıların aile tiplerine, evdeki kişi sayısına, Suriye’de ve Türkiye’de yaşanan yere göre dağılımları.....	50
Tablo 7. Katılımcıların ve eşlerinin eğitim seviyelerine göre dağılımı	51
Tablo 8. Katılımcıların meslek dağılımları	51
Tablo 9. Katılımcıların eşlerinin meslek dağılımları	52
Tablo 10. Katılımcılara ait bazı obstetrik verilerin ortalaması	52
Tablo 11. Katılımcıların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı.....	53
Tablo 12. Katılımcıların obstetrik öyküleri ve tercihleri	54
Tablo 13. Katılımcıların aile planlaması algısı	55
Tablo 14. Katılımcıların modern yöntem tercihleri ve kullanım sıklığı	56
Tablo 15. Aile planlaması yöntem kullanımı ile ilgili bazı veriler	57
Tablo 16. Katılımcıların yöntem kullanırken gebe kalma durumu.....	57
Tablo 17. Katılımcıların yöntemleri kimin önerdiği, yöntemi seçme nedeni, yöntem kullanma kararını kimin verdiği ve yöntemin nereden temin edildiğinin dağılımları.....	58
Tablo 18. Katılımcıların yöntem kullanmama durumları ve nedenlerinin dağılımı	59
Tablo 19. Katılımcıların gelecekte aile planlaması tercihleri	60
Tablo 20. Katılımcıların aile planlaması ile ilgili bilgi kaynaklarının dağılımı.....	60
Tablo 21. Modern yöntem kullanımına göre bazı verilerin ortalamalarının kıyaslanması	61
Tablo 22. Yaş gruplarına ve evlilik süresi gruplarına göre modern yöntem kullanımının kıyaslanması	62
Tablo 23. Yaşanılan yerlere, aile tipine ve evdeki kişi sayılarına göre modern yöntem kullanımının kıyaslanması	63
Tablo 24. Eğitim seviyelerine ve eşlerin eğitim seviyelerine göre modern yöntem kullanımının kıyaslanması	64
Tablo 25. Mesleklerle ve ekonomik durum algısına göre modern yöntem kullanımının kıyaslanması	65
Tablo 26. Gebelikle ilgili bazı obstetrik özelliklere göre modern yöntem kullanımının kıyaslanması	66
Tablo 27. Doğumla ilgili bazı obstetrik özelliklere göre modern yöntem kullanımının kıyaslanması	66
Tablo 28. Düşük yapma ve küretaj olma durumlarına göre modern yöntem kullanımlarının kıyaslanması.....	67
Tablo 29. Aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının bazı sosyodemografik verilere göre kıyaslanması	68
Tablo 30. Aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının bazı sosyodemografik verilere göre kıyaslanması	70
Tablo 31. Aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının modern yöntem kullanımına ve doğumla ilgili obstetrik verilere göre kıyaslanması.....	71
Tablo 32. Aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının gebelikle ilgili obstetrik verilere göre kıyaslanması	72
Tablo 33. Modern yöntem kullanımı için lojistik regresyon analiz sonuçları	73

ÖZET

Geçici koruma statüsündeki Suriyeli kadınların aile planlamasına yönelik bilgi, tutum ve davranışları

Furkan BAKIRHAN

Suriyeli geçici koruma altında kadınların doğurganlık özelliklerinin yanı sıra aile planlanması yöntemlerine yönelik bilgi düzeyleri, tutumları, davranışlarını ve bununla ilişkili faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırma olup Adıyaman Göçmen Sağlığı Merkezine başvuran 18-49 yaş arası kadınlar arasında yapılmıştır. Örneklem sayısı 288 kişi olarak belirlenmiştir. Veri toplanmasında literatür taraması yapılarak hazırlanan anket formu ve aile planlaması tutum ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler istatistik paket programa (SPSS 22.0) kaydedilerek; hata kontrolleri, tablolar ve istatistiksel analizler bu program aracılığıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, medyan değerleri ile ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler t testi, one way anova, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi ile incelenmiştir. Kategorik yapıdaki değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-Kare ve Fischer's kesin Ki-Kare testiyle incelenmiştir. Analizlerden elde edilen olası faktörler kullanılarak modern aile planlaması yöntem kullanımını öngörmeye lojistik regresyon analizi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilip, $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Çalışmada Suriyeli kadınların yaş ortalamasının $31,02 \pm 7,72$, evlilik sürelerinin ortalamasının $11,78 \pm 7,44$, ilk doğum yaşlarının ortalamasının $19,37 \pm 3,19$, gebelik sayılarının ortalamasının $4,74 \pm 2,42$, ortalama doğum sayılarının $3,87 \pm 1,98$ olduğu saptandı. Suriyeli kadınların %65,3'ünün ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip olduğu, %93,1'inin ev hanımı, %51,4'ü 5 ve üzeri gebelik sayısına sahipti. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının %21,0 olduğu, %28,5'inin düşük yaptıkları, %5,6'sının küretaj (isteyerek düşük) yaptırdığı saptandı. Katılımcıların tamamının küretajı onaylamadıklarını ve gelecekte küretaj yaptırmayacakları belirlendi.

Aile planlaması tanımını katılımcıların %71,9'unun bilmediği saptandı. RİA, KOK ve kondom en sık bilinen yöntemler olduğu saptandı. Herhangi bir zamanda modern yöntem kullanım sıklığının %51,7 olduğu saptandı. En sık kullanılan yöntemler sırasıyla RİA, KOK, kondom ve geri çekme olduğu saptandı.

Çalışmamızda Suriyeli kadınların %51,0'ının yöntemler ile ilgili bilgi eksikliği olduğu, %52,4'ünün aile planlaması yöntemlerinin nereden temin edileceğini bilmediği, %27,1'inin sağlığa zararlı olacağı kaygısının olduğu, %20,0'ının yöntemleri temin etmede zorluk yaşadıkları için yöntem kullanmadıkları belirlendi. Ayrıca aile planlaması yöntemleri kullanmayanların %43,8'inin dini nedenlerden dolayı yöntem kullanmadıkları saptandı.

Çalışmamızda aile planlaması yöntemi kullananların %93,0'ında kocaların karar verme sürecine dahil iken yöntem kullanmayanlarda bu oran %83,8'di.

Araştırmamıza göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı yüksektir. Çalışmamızda katılımcıların aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi eksikliği olduğu ve yöntemlerin nereden temin edileceği bilmediği görülmüştür. Ayrıca dini nedenlerden dolayı yöntem kullanılmaması oranı yüksekti. Bu durumun çözümü için aile planlaması danışmanlık hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır. Aile planlaması eğitimi planlanırken erkekleri hedeflemek aile planlaması hizmetlerine erişimi iyileştirmek için çok önemlidir. Bireye özgü aile planlaması danışmanlık hizmeti verilmesi ve uygun etkili bir aile planlaması yöntemi seçilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, kontraseptif yöntemler, Suriye, sığınmacı

SUMMARY

Knowledge, attitudes and behaviors of Syrian women under temporary protection status towards family planning

Furkan BAKIRHAN

It was conducted to reveal the fertility characteristics of Syrian women under temporary protection, as well as their knowledge levels, attitudes, behaviors and related factors regarding family planning methods.

Our study is a cross-sectional study and was conducted among women between the ages of 18-49 who applied to Adıyaman Provincial Immigrant Health Center. The sample number was determined as 288 people. A questionnaire form prepared by literature review and family planning attitude scale were used in data collection. The obtained data were recorded in the statistical package program and error checks, tables and statistical analyzes were made through this program. Descriptive statistics are expressed as numbers and percentages. Continuous variables were expressed as mean $\pm$ standard deviation, median values. Relationships between continuous variables are examined with the t test, one-way anova, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis H test. The relationships between the variables in the categorical structure were examined with Chi-Square and Fischer's exact Chi-Square test. Logistic regression analysis was used to predict the use of modern family planning methods using possible factors obtained from the analyzes. The results were evaluated within the 95% confidence interval and the $p < 0.05$ value was accepted as significant.

In the study, it was determined that the average age of Syrian women was 31.02 ± 7.72 , the average duration of marriage was 11.78 ± 7.44 , the average age of first birth was 19.37 ± 3.19 , the average number of pregnancies was 4.74 ± 2.42 , and the average number of births was 3.87 ± 1.98 . It was determined that 65.3% of Syrian women had secondary school or lower education level, 93.1% were housewives, 51.4% had 5 or more pregnancies, the unmet need for family planning was 21.0%, 28.5% had abortions, and 5.6% had abortion (involuntary abortion). All of the participants stated that they did not approve of curettage and that they would not have abortion in the future.

71.9% of the participants stated that they did not know the definition of family planning. It has been determined that the most common methods are IUD, COC and condom.

The rate of using modern methods at any given time was 51.7%. The most commonly used methods were IUD, COC, condom and withdrawal, respectively.

In our study, the reason why Syrian women did not use any method at any time; 51.0% of them stated that they lacked information about the methods, 52.4% of them did not know where to obtain family planning methods, 27.1% of them stated that they were worried that they would be harmful to health, and 20.0% of them had difficulty in obtaining the methods. In addition, 43.8% of those who did not use family planning methods stated that they did not use it for religious reasons.

In our study, while the husbands were included in the decision-making process in 93.0% of those who used family planning method, this rate was 83.8% in those who did not use the method.

According to our research, the unmet need for family planning is high. In our study, it was observed that the participants lacked knowledge about family planning methods and did not know where to obtain the methods. In addition, the rate of not using the method for religious reasons was high. In order to solve this situation, family planning consultancy services should be expanded. Involving men in planning family planning education is crucial to improving access to family planning services. Family planning consultancy service should be given individually, and it should be ensured that an appropriate and effective family planning method is selected.

Keywords: Family planning, contraceptive methods, Syrian, asylum seeker

1. GİRİŞ

Suriye’de iç karışıklıklar nedeniyle 2011 yılından bu yana milyonlarca kişi göç etmek zorunda kalmıştır (1). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği’nin kayıtlarına göre Aralık 2021 itibariyle dünya genelinde kayıtlı 5.684.672 Suriyeli mülteci bulunmakta iken bunun 3.736.925 kişisi Türkiye’de ikamet etmektedir (2). Türkiye’de ikamet edenlerin yarısını çocuklar oluştururken yüzde 46’sı ise kadın ve kız çocuklarından oluşmaktadır (3). Kadınların %49,0’ını ise 15-49 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır (4).

Elverişsiz konaklama koşulları, toplu yaşama zorunluluğu, ekonomik sıkıntılar, dil engeli, sağlık güvencelerinin olmaması gibi nedenlerle göç, mülteci sağlığını olumsuz etkilemektedir (5). Suriyeli sığınmacı kadınların olumsuz yaşam koşulları, fırsatlara erişimde karşılaştıkları güçlükler, yaşadıkları maddi sıkıntılar ve geleneksel düşünce kalıpları sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmakta ve dolayısıyla tüm bu olumsuz koşullar sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz etkilemektedir (1,6).

Düşük sosyal statü ve geleneksel yaşam normları aile planlamasının yetersiz kullanımına, bunun sonucu olarak çok sayıda plansız gebeliğe ve gebelikte yetersiz doğum öncesi bakım alınmasına neden olmaktadır (1,6).

Ayrıca sığınmacı kadınların erken yaşta evlenmeleri, korunmasız cinsel ilişkiye girmeleri, iki yıldan daha kısa aralıklarla hamile kalmaları, aile planlamasından yararlanamama gibi sorunları bulunmaktadır (6). Gümüş ve ark. (7) Suriyeli sığınmacı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların yüzde 68,9’unun ilk hamileliklerinin 19 yaş ve altında olduğu, yüzde 42,7’sinin beş ve daha fazla çocuğu olduğunu saptamıştır. Sağlık Bakanlığı’nın Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’nde yer alan riskli gebelik tanımında kadının 18 yaş altı veya 35 yaş üstü olması, iki yıldan sık gebelik ve grandmultiparite (beş ve üzeri doğum) riskli gebeliği tanımlayan özellikler arasında yer almaktadır (8).

Tüm bu nedenler mülteci kadınlarda yüksek doğurganlık, üreme sağlığı sorunları ve hatta erken doğum ve spontan düşük gibi sorunların oluşmasına neden olmaktadır (1). Suriyeli mülteci kadınların yaşadığı tüm bu üreme sağlığı sorunları ve doğurganlığın yüksek olması, aile planlamasının mülteci kadınlar için bir gereklilik olduğunu düşündürmektedir.

Başarılı ve etkili bir aile planlaması programı anne ve çocuğun sağlığını korumakta, riskli gebeliklerin sayısını azaltmakta, istenmeyen gebeliklerin önüne geçmekte ve anne ve çocuk ölümlerini önemli ölçüde azaltmaktadır (6).

Bu çalışma Suriyeli geçici koruma altında kadınların doğurganlık özelliklerinin yanı sıra aile planlanması yöntemlerine yönelik bilgi düzeyleri, tutumları, davranışlarını ve bununla ilişkili faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SORUNUN BOYUTU

Ülkemiz coğrafi ve stratejik konumu itibariyle tarih boyunca olduğu gibi günümüzde de göç hareketlerinin hem geçiş noktası hem de nihai durağı haline gelmiş milyonlarca göçmene ev sahipliği yapmıştır (9). 2011 yılı Arap Baharı sonrasında ortaya çıkan göç dalgası ile birlikte bu rakam bugün 4 milyona ulaşmıştır (10).

Türkiye'nin en uzun kara sınırına sahip olan Suriye Arap Cumhuriyeti'nin 2010 yılı dünya bankası verilerine göre 21,36 milyon nüfusu olduğu görülmüştür (11).

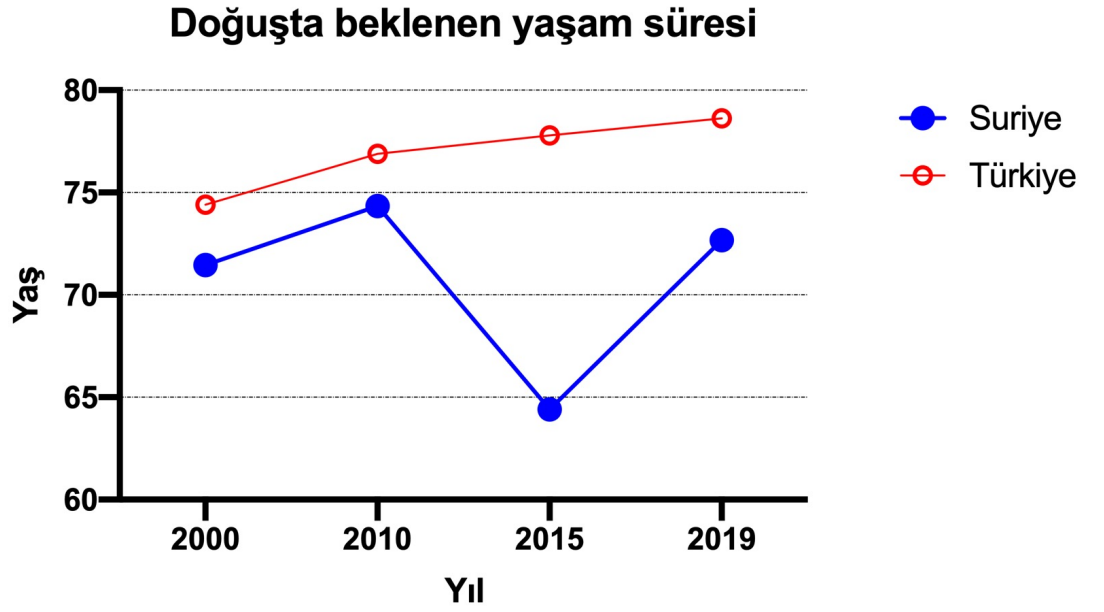
Arap Baharı başta Tunus, Mısır, Libya, Yemen ve Suriye'yi etkisi altına almıştır. Suriye'ye 2011 yılında sıçrayan protestolar zamanla iç savaşa dönüşmüştür (12).

Ülkelerinde çatışmalardan, ekonomik nedenlerden, düşünce ve inanç sistemi baskılarından özellikle de işkence zulüm veya ölüm cezası gibi tehditlerden kaçarak yaşadıkları yerleri terk etmek zorunda kalmışlardır (13). Suriye'deki savaş ortamı Suriyelileri hem ülkelerinde hem de göç ettikleri ülkelerde giderek kötüleşen yaşam koşulları ile karşı karşıya bırakmıştır (14).

Savaşların sağlık üzeri doğrudan ve dolaylı etkileri vardır. Doğrudan etkiler yaralanmalar, sakatlıklar ve ölümler iken ekolojik yıkım, alt yapı sistemlerinin tahribata uğraması, bozulmuş barınma ve beslenme olanakları, kötü sosyo-ekonomik koşullar, artan hastalık maruziyetleri, tıbbi bakım koşullarının kötüleşmesi ve halk sağlığı müdahalelerinin olanaksızlaşması gibi nedenler savaşların sağlık üzerine olan dolaylı etkilerindendir. Mortalite açısından ölümlerin yüzde 20'si şiddete, silahlı yaralanmalara bağlı iken yüzde 80'i kötü yaşam koşullarına ve bunların neden olduğu hastalıklara bağlıdır (15).

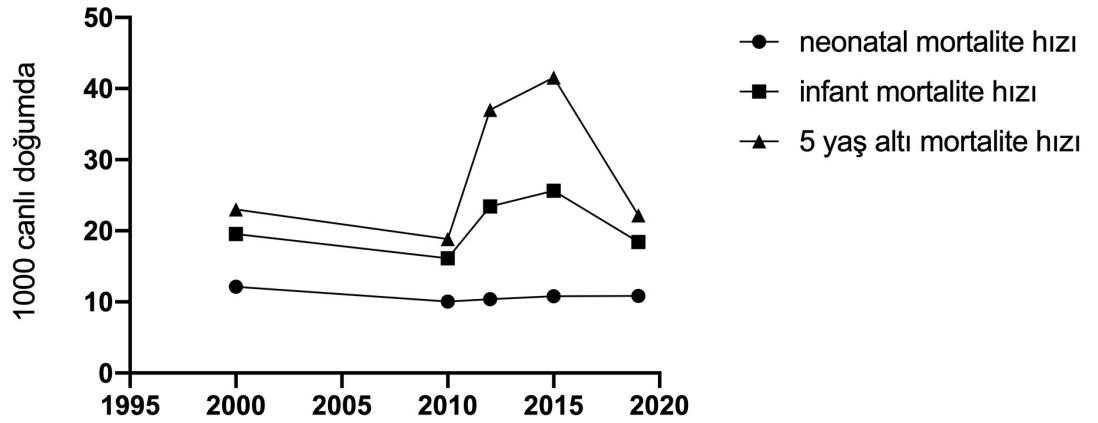
Suriye 'de en çok ihtiyaç duyulan yerlerde sağlık hizmetleri saldırıya uğramış ülkenin hastaneleri ve sağlık merkezleri kullanılamaz hale gelmiştir (16).

Tüm hastanelerin yaklaşık dörtte biri aynı zamanda tüm birinci basamak sağlık merkezlerinin üçte biri işlevselliğini kaybetmiştir. Ayrıca sağlık profesyonellerin yerinden edilmesi, ölümü, yaralanması gibi nedenlerle sayılarının büyük ölçüde azalması sağlık hizmetlerini sekteye uğratmıştır. Suriye'deki 20,5 milyon insanın yarısından fazlasının ciddi şekilde sağlık yardımına ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir (17).



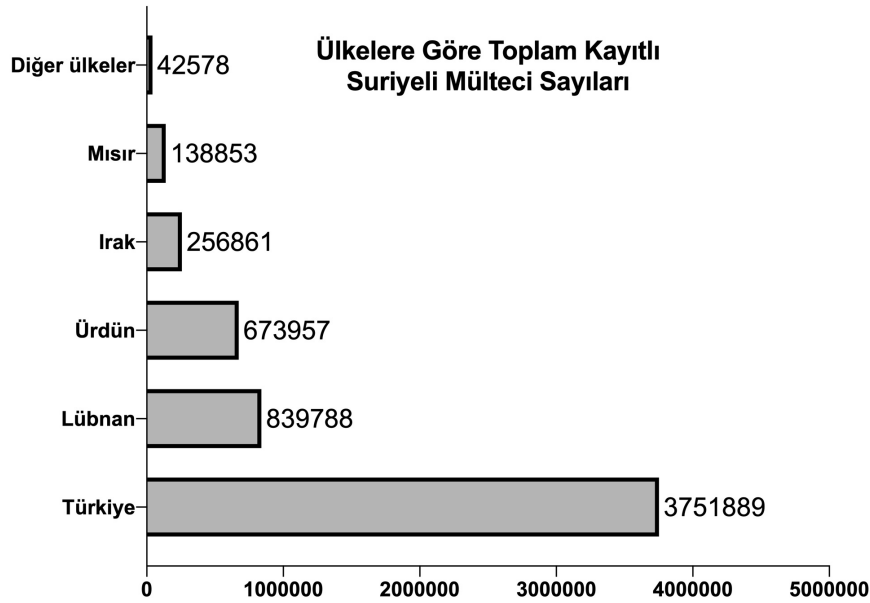
Şekil 1. Suriye Arap Cumhuriyeti ve Türkiye'nin doğuştaki beklenen yaşam sürelerinin yıllara göre kıyaslanması

2010 yılı verilerine göre doğuştaki beklenen yaşam süresi erkeklerde 73,2, kadınlarda 75,63 olarak saptanmıştır. 2015 yılında erkeklerde 60,88 ve kadınlarda 68,37'ye düştüğü saptanmıştır. Genç nüfusa sahip olan Suriye Arap Cumhuriyeti'nin yıllara göre doğumda beklenen yaşam süreleri Şekil 1'de verilmiştir. 2010 yılı verilerine göre 5 yaş altı mortalite hızı 1000 canlı doğumda 18,87 iken 2012 yılında 37,00, 2015 yılında 41,57 olduğu görülmüştür (18).

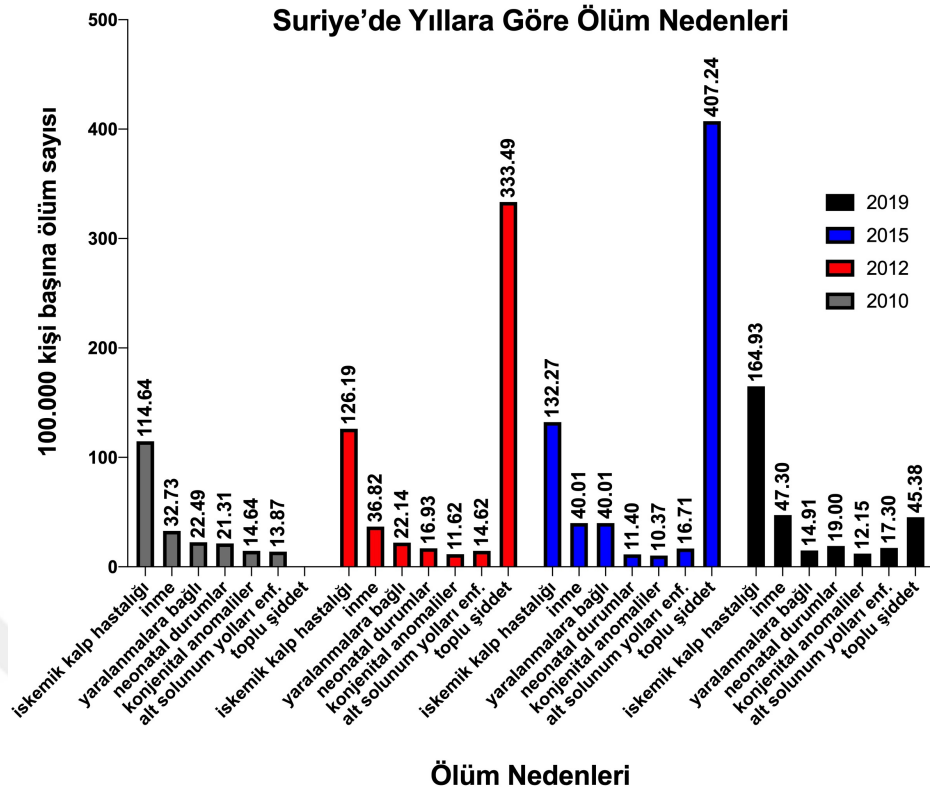


Şekil 2. Suriye’de yıllara göre bazı sağlık göstergeleri değişimi

Dünya çapında yaklaşık 1 milyar göçmen bulunmaktadır. Bunlar arasında dünya nüfusunun %3,6’sını oluşturan 281 milyon uluslararası göçmen bulunmaktadır. Uluslararası göçmenlerin 82,4 milyonu zorla yerinden edilmiştir (19). Suriye içerisinde yerinden edilmiş 6,7 milyon kişi olup 5,7 milyonu komşu ülkelerde olmak üzere dünya genelinde 6,6 milyon Suriyeli mülteci bulunmaktadır. Suriye’de 13,4 milyon kişinin insani yardım ve korunma yardımına ihtiyacı olduğu belirtilmiştir (20). Suriyeliler başta Türkiye olmak üzere sırasıyla Lübnan, Ürdün, Irak, Mısır gibi komşu ülkelere sığınmışlardır (2).



Şekil 3. Ülkelere göre toplam kayıtlı Suriyeli mülteci sayıları

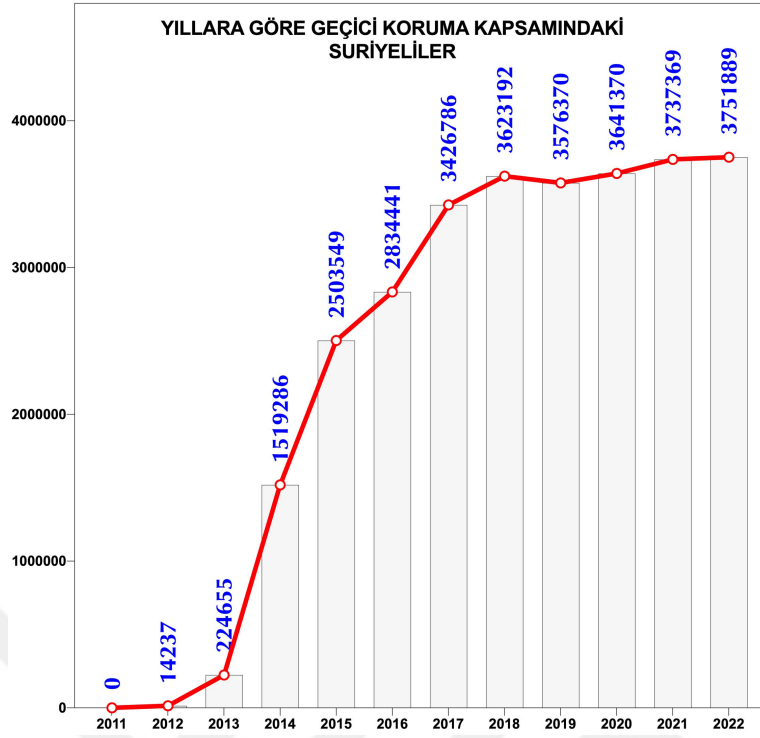


Şekil 4. Suriye’de yıllara göre ölüm nedenleri

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre Suriye’de 2012 yılında toplu şiddete bağlı ölümler yüz bin kişi başına 333,49 ile en önemli ölüm sebebi haline gelmiştir. 2015 yılında toplu şiddete bağlı ölümler daha da artarak yüz bin kişi başına 407,24 olmuştur (21). Suriye’de çatışmaların başladığı andan Mart 2022 tarihine kadar 228.647 sivil öldürülmüştür (22).

Tarih boyunca göç hareketlerinin önemli duraklarından olan Türkiye bu süreçte Suriyelileri misafir olarak görmüş ve açık kapı politikası izlemiştir. Türkiye’de hazır olunmamasına rağmen kamplar kurulmuş Suriyeli sığınmacılar bu kamplara yerleştirilip tüm imkanlardan faydalanabilsinler diye gerekli düzenlemeler yapılarak geçici koruma statüsü sağlanmıştır (23).

Türkiye bu krizin başlamasıyla giderek artan sığınmacı akınına maruz kalmıştır. Türkiye kayıtlı 3.751.889 sığınmacı sayısı ile dünyada en fazla sığınmacı ağırlayan ülke konumundadır (2,10).



Şekil 5. Türkiye’de yıllara göre geçici koruma kapsamındaki Suriyelilerin sayılarının değişimi

Türkiye’de, Göç İdaresi Başkanlığı’nın 17.03.2022 tarihli verilerine göre, 50.963 kişi Adana, Hatay, Kahramanmaraş, Kilis ve Osmaniye illerinde olmak üzere toplam 7 geçici barınma merkezinde barındırılmaktadır. Geçici koruma kapsamında bulunan Suriyelilerin 3.700.926 kişisi geçici barınma merkezleri dışında ikamet etmektedir (10).

Geçici koruma kapsamındaki Suriyelilerin %53,8’ini erkekler oluşturuyorken %46,2’sini kadınlar oluşturmaktadır. Kadınlar yaş bakımından değerlendirildiğinde %49,2’sini 15-49 yaş arası olduğu görülmüştür. Popülasyona genel olarak bakıldığında 65 yaş ve üzeri bireylerin sıklığı %1,9 iken 18 yaş altı bireylerin sıklığı %47,5’tir. Suriyelilerin %70,9’unu kadınlar ve çocuklar oluşturmaktadır (10).

Türkiye’deki Suriyeliler ekonomik, sağlık, eğitim, güvenlik gibi konularda hem Türkiye toplumunu etkilemiş hem de kendileri etkilenmiştir (24).

Suriyeli sığınmacılar Türkiye’de geçici koruma statüsü ile devlet koruması altında ve sağlık hizmetleri, eğitim, iş sahibi olabilme imkânı, sosyal yardım, tercümanlık hizmetleri gibi hizmetlere erişim hakkına sahip olmalarına rağmen kalıcı

olmadıklarından birtakım sorunlarla karşılaşmaktadır. Ayrıca riskli iş kollarında ve sağlıksız ortamlarda çalıştırılmaları sağlıklarını olumsuz etkilemektedir (25).

Türkiye’de toplumun genel olarak sığınmacılara karşı koruyucu bakış açısı olmakla birlikte uzayan ülkedeki kalış süreleri nedeniyle ekonomi, sığınmacıların kalıcılığı, güvenlik ve sığınmacıların toplumsal uyumları konularında endişelerinin olduğu görülmektedir (26).

Türkiye’de Suriyeli sığınmacıların neredeyse yarısı 18 yaş altı ve neredeyse tamamının geçici barınma merkezleri dışında yaşadıkları göz önüne alındığında olumsuz yaşam koşulları ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sıkıntıların da etkisiyle bulaşıcı hastalıklar gibi ciddi halk sağlığı sorunlarına neden olabileceği öngörülmektedir (27).

2.2. GÖÇ TANIMI VE ÇEŞİTLERİ

Göç kavramı için benzer tanımlamalar yapılmasına rağmen bazı farklılıklar bulunmaktadır. Türk Dil Kurumu göçü; “Ekonomik, toplumsal, siyasi sebeplerle bireylerin veya toplulukların bir ülkeden başka bir ülkeye, bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine gitme işi, taşınma, hicret, muhaceret” olarak tanımlamıştır (28).

Uluslararası Göç Örgütü (IOM) ise göçü, “Bir kişinin veya bir grup insanın uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içinde yer değiştirmesidir. Göç, süresi, yapısı ve nedeni ne olursa olsun insanların yer değiştirdiği nüfus hareketleridir. Buna, mültecilerin, yerinden edilmiş kişilerin, ekonomik göçmenlerin, aile birleşimi gibi farklı amaçlarla hareket eden kişilerin göçü de dâhildir.” şeklinde tanımlamaktadır (29,30).

Göç kavramı temelde iç göç ve uluslararası göç olarak incelenmekle birlikte ayrıca nedenlerine göre (gönüllü-zorunlu), amacına göre (ekonomik-ekonomik göç için olmayan), süresine göre (geçici-sürekli), yasal statüsüne göre (yasal-illegal), göç edenin özelliğine göre (vasıflı-vasıfsız), son yerleşim yerine göre (transit-yerleşik) gibi çeşitli sınıflandırmalar da yapılmaktadır (31–33).

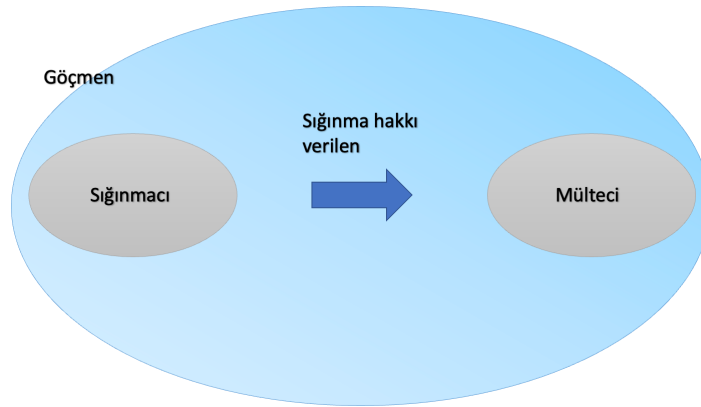
İç göç ister kısa süreli ister uzun süreli olsun ülke sınırları içindeki nüfus hareketliliği olarak tanımlanmakta iken Uluslararası göç ise kişilerin başka bir ülkeye yerleşmek üzere ikamet ettikleri ülkelerinden ayrılmaları olarak tanımlanmaktadır (29,34).

İnsanların isteğine bağılı olarak ekonomik refahını ve yaşam kalitelerini artırmak gibi nedenlerle gerçekleştirdikleri göçlere gönüllü göç denilmekte iken zorunlu göçler ise siyasi baskılar, savaşlar, zulüm gibi sebeplerle insanların iradeleri dışında gerçekleşmektedir (31,35).

2.3. HUKUKSAL ÇERÇEVEDE KAVRAMLAR

Göçmen, sığınmacı ve mülteci kavramları tam anlaşılmmakla birlikte sıklıkla birbirlerinin yerine yanlış olarak kullanılmaktadır. Bu kavramları ayırştırmak bu durumda olan bireylerin yasal haklarını anlamak için oldukça önemlidir.

Uluslararası ölçekte, evrensel olarak kabul edilmiş bir göçmen tanımı bulunmamaktadır. Göçmen IOM'ne göre "Uluslararası hukukta tanımlanmayan, bir ülke içinde veya uluslararası bir sınırın ötesinde, geçici veya kalıcı olarak ve çeşitli nedenlerle olağan ikamet yerinden uzaklaşan bir kişinin genel laik anlayışını yansıtan bir şemsiye terim" olarak tanımlanmaktadır. Birleşmiş Milletlere göre ise Göçmen kavramı sebepleri, gönüllü olup olmaması, göç yolları, düzenli veya düzensiz olması fark etmeksizin yabancı bir ülkede bir yıldan fazla ikamet eden bir birey olarak tanımlar. Göçmen kavramı geniş kapsamlı olup her türlü göç hareketini içermektedir. Mülteciler ve sığınmacılar göçmen olarak ele alınabilseler de her göçmen mülteci ya da sığınmacı değildir (29,36).



Şekil 6. Göçmen, Sığınmacı ve Mülteci kavramlarının şematik gösterimi

Uluslararası hukukta “sığınmacı” kavramı, kendi ülkesini terk ederek başka bir ülkeye gidip orada sığınma talebinde bulunan kişiyi ifade ederken sığınma başvurusunu değerlendirdiği, uluslararası ve iç hukuk kurallarını uygulayarak sığınma hakkını verdiği kimselere ise, “mülteci” denilmektedir (29).

1948 tarihinde, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nda, Uluslararası insan hakları hukukunun temel taşı olan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi kabul edilmiştir. Sığınma hakkı, diğer insan hakları ile beraber düzenlenmiştir (37). “Herkesin zulüm altında başka ülkelere sığınma ve sığınma olanaklarından yararlanma hakkı vardır” ifadesine yer verilmiştir (38). 1951 tarihli Cenevre’de yapılan Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşme ve 1967 tarihli protokolde yer alan mülteci tanımı; “ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden, zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan, ya da söz konusu korku nedeniyle, yararlanmak istemeyen kişi” olarak ifade edilmiştir (39).

Uluslararası hukukla Türkiye’de bazı kavramlar farklılık göstermektedir. Türkiye Cenevre Sözleşmesine koymuş olduğu coğrafi kısıtlama ile Avrupa’da meydana gelen olaylar sebebiyle sığınan kişilere mülteci denilmekte iken Avrupa dışındaki olaylar sebebiyle sığınan kişilere sığınmacı denilmekteydi (40). Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ile kavram kargaşasına neden olan sığınmacı yerine şartlı mülteci tabiri kullanılmıştır (9). Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununda mülteci, şartlı mülteci, ikincil koruma ve geçici koruma gibi uluslararası koruma statülerine yer verilmiştir (41). İlk üç statü bireyseldir. Buna karşın geçici koruma statüsü toplu göç döneminde bireysel olarak gelen yabancılara sağlanmaktadır.

Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu’nda Mülteci için “Avrupa ülkelerinde meydana gelen olaylar nedeniyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişiye statü belirleme işlemleri sonrasında mülteci statüsü verilir.” ifadesi yer almaktadır (41).

Şartlı mülteci için “Avrupa ülkeleri dışında meydana gelen olaylar sebebiyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan, ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişiye statü belirleme işlemleri sonrasında şartlı mülteci statüsü verilir. Üçüncü ülkeye yerleştirilinceye kadar, şartlı mültecinin Türkiye’de kalmasına izin verilir.” İfadesi yer almaktadır (41).

İkincil koruma için “Mülteci veya şartlı mülteci olarak nitelendirilemeyen, ancak menşe ülkesine veya ikamet ülkesine geri gönderildiği takdirde; a) Ölüm cezasına mahkûm olacak veya ölüm cezası infaz edilecek, b) İşkenceye, insanlık dışı ya da onur kırıcı ceza veya muameleye maruz kalacak, c) Uluslararası veya ülke genelindeki silahlı çatışma durumlarında, ayırım gözetmeyen şiddet hareketleri nedeniyle şahsına yönelik ciddi tehditle karşılaşacak olması nedeniyle menşe ülkesinin veya ikamet ülkesinin korumasından yararlanamayan veya söz konusu tehdit nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancı ya da vatansız kişiye, statü belirleme işlemleri sonrasında ikincil koruma statüsü verilir.” İfadeleri yer almaktadır (41).

Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ile geçici koruma tanımlanmış, Geçici Koruma Yönetmeliği ile de geçici korumaya ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir. Geçici koruma için “Ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel veya bu kitlesel akın döneminde bireysel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılardan haklarında bireysel olarak uluslararası koruma statüsü belirleme işlemi yapılamayan yabancılara uygulanır.” ifadesi yer almıştır. Bu yönetmeliğe göre ülkemizde ikamet eden Suriye vatandaşları geçici koruma statüsünde bulunmaktadır (41,42).

2.4. GÖÇ VE İNSAN

Göç hareketliliğinin yıkıcı etkilerinin olmasının yanında büyük problemlere neden olmaktadır. Bireylerin ve toplumların yaşamını psikolojik, sosyal, siyasal, kültürel, ekonomik ve sağlık alanlarında etkilemektedir (43). Ayrıca göç eden bireyler yeni bir dil öğrenmede, kendi kültürlerini devam ettirmeye çalışmakta olup farklı bir kültüre uyum sağlamada, alışkanlıklarından farklı bir yaşama alışma sürecinde, yaşadıkları sosyal izolasyon nedeniyle sosyal ilişkiler kurmada birtakım güçlükler yaşamaktadır. Bu nedenlerle zorunlu göçler toplumların bilinç altında derin izler bırakmakta, insanların çevresini, yaşam koşullarını ve ruhsal yapısını derinden etkilemektedir(44).

Vasıfsız iş kollarında, tehlikeli ve ağır işlerde, hiçbir önlem alınmadan, ucuz insan gücü, kayıt dışı ve sigortasız olarak çalıştırılan sığınmacılar, istihdam içerisinde taahhüt edilen ücretin verilmemesi gibi emek gaspına uğramakta olup ciddi ekonomik sıkıntılar yaşamakta ve bunun sonucunda sağlık sorunları yaşamaktadırlar (5,45).

Maddi durumlarının elverişsizliği nedeniyle birden çok aile ile aynı evde yaşadıklarından hane başına düşen kişi sayısının yüksek olduğu ve kiralanan evlerin çoğunlukla bodrum katları, depolar, eski dükkanlar gibi temel ihtiyaçların karşılanamayacağı yerler olmasından dolayı sığınmacılar için barınma öncelikli bir sorundur (15,46). Sığınmacıların kaldıkları konutlarda önemli bir sorun olan rutubet astım, bronşit, alerji, kronik ağrı gibi hastalıklarla ilişkilidir. Ayrıca kalabalık yaşam hava yolu ile ve temas ile bulaşan enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkmasına ve daha kolay yayılmasına neden olmaktadır (47).

2.5. GÖÇ VE SAĞLIK

Ruhsal problemler, beslenme bozuklukları, bulaşıcı hastalıkların sıklığının hem göç esnasında hem de göç edilen ülkelerde artışı, kronik hastalıkların sıklığında artış, çevre sağlığı sorunları gibi göçün sağlık üzerine birçok etkisi bulunmaktadır.

Savaş nedeniyle ülkesini terk etmek zorunda kalan sığınmacıların şiddet yaşama ya da tanıklık etme, tehdit altında yaşama, gözaltına alınma, aile fertlerinden birinin kaybı veya aile fertlerini geride bırakma, mülkiyetini kaybetme ve cinsel istismara uğrama gibi ciddi travmalar yaşamışlardır (48,49). Sağlıkları ve ruhsal durumları çok bozulmuş olan sığınmacılar post travmatik stres bozukluğu, anksiyete, depresyon, gibi

ruhsal sorunlar özellikle çocuk ve kadınlar için önemli bir sağlık sorunu oluşturmakta ayrıca yaşanmış travmalar, geri gönderilme korkusu, gelecek kaygısı, dışlanmışlıkların ruhsal sorunları arttırması beklenmektedir (50,51). Ayrıca göç eden bireyler iş bulamama, sosyal statü değişimi, dil engeli, kültürel farklılıklar gibi stres faktörleriyle karşılaşmakta olup ruhsal ve fiziksel birçok sağlık probleminin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (47,52).

Özellikle zorunlu göçlerde günlük gereksinimleri karşılayacak güvenli ve sağlıklı gıdaya ulaşarak yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması oldukça zordur. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanamadığı toplumlarda, anne ve bebek ölüm hızlarında artış; çocuklarda büyüme, gelişme ve zekâ gerilikleri hatta ölümcül olabilen malnütrisyon gibi ciddi sorunların görüldüğü; karbonhidrat ağırlıklı beslenme dolayısıyla obezite ve kronik hastalıkların görülme sıklığının artması; bulaşıcı hastalıkların daha kolay yayılması, daha ağır seyretmesi gibi birçok sağlık sorunlarını ortaya çıkarmaktadır (47,53). Beslenme sorunları açısından özellikle bebekler, çocuklar, yaşlılar, gebeler ve kadınlar daha fazla risk altındadır (47).

Göç esnasında oluşan elverişsiz çevre koşulları, hijyen eksikliği, toplu alanlarda yaşama, temiz su kaynaklarının ve kanalizasyon alt yapısının yetersiz kalması gibi nedenler bulaşıcı hastalıkların etiyolojisinde oldukça önemlidir (54). Temiz suya ulaşamama sonucu ihtiyaçların giderilememesi ya da kontamine sularla giderilmesi de bulaşıcı hastalıkların artışına sebep olmaktadır (54). Bulaşıcı hastalıklar yayılımlarında beslenme bozuklukları da önemli rol oynamaktadır (47). Kızamık, ishalleri hastalıklar, akut solunum yolu enfeksiyonları, tüberküloz, sıtma, meningokok enfeksiyonu, hepatit ve Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) gibi bulaşıcı hastalıklar göçmenlerde en sık gözlenen hastalık ve ölüm nedenleri arasındadır (47,55). Ayrıca göç sonucunda koruyucu hizmetlerin çoğu aksar. Aksayan koruyucu hizmetlerin başında bağışıklama hizmetleri gelmektedir. Göçmen çocuklarda bulaşıcı hastalıklar, önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir (56).

Göçmenlerin göç ettikleri ülkeyi en çok korkutan sağlık sorunlarından biri bulaşıcı hastalıklardır. Kitleli nüfus hareketleri, enfeksiyon hastalıklarının yayılımına ve yerleşmesine neden olmaktadır. Bu göçmen toplumunda gözlenen enfeksiyon hastalıklarının sıklığı ile göçle gidilen bölgedeki enfeksiyon sıklığının ve çeşitliliğinin

farklı olmasından kaynaklanmaktadır (54,55). Göçmen nüfuslar, bir bölgede daha önceden gözlenmeyen leishmaniasis, Chagas hastalığı ve sıtma gibi enfeksiyon etkenlerini bölgeye taşıyarak uygun vektörler aracılığıyla göçle gelen bölgede salgınlara neden olabilirler. Ayrıca, elimine edilmiş bir enfeksiyon etkenini de getirebilirler. Dünya genelinde yaygın bazı hastalıkların görülme sıklığının yerli vakaların sıklığı azalmasına rağmen artmasına neden olabilirler (55).

Sağlık hizmetlerinden yararlanamayan, koruyucu önlemlerin alınamadığı ve kronik hastalığa neden olabilecek risk faktörlerine duyarlı olan göçmenlerde ilerleyen zamanla birlikte diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları, kronik solunum sistemi hastalıkları ve kas-iskelet sistemi hastalıkları morbidite ve mortaliteye katkıda bulunan en yaygın kronik hastalıklardan bazılarıdır (57,58). Mülteciler genellikle gecekondularda yaşadıklarından, kronik hastalıklar için bilinen risk faktörlerinden olan fiziksel aktivite eksikliği, yetersiz beslenme ve tütün tüketimini sürdüren yaşam koşullarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar (58). Ayrıca göç sürecinde yaşanan tüm olumsuzluklar göçmenler için bir stres kaynağı oluşturmakta olup kronik hastalık gelişimi açısından riskli hale getirmektedir (33).

Göçün çevrede ve doğal kaynaklarda hızlı değişimlere neden olduğu gösterilmiştir (59). Göçün neden olduğu nüfus artışı, günümüzün en önemli çevre sorunları arasındadır. Gürültü, hava kirliliği, içme ve kullanma suyu, radyasyon ve atıklar gibi pek çok çevre sağlığı konusunda nüfus artışıyla birlikte sorunlar yaşanabilir (47).

2.6. GÖÇ, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI

Göç eden ailelerin çoğunlukla ekonomik durumu kötü, eğitim seviyesi düşük ve ataerkil yapıya sahip olması; erkeklere göre kadının sırtına daha ağır yük bindirmekte ve şiddet ya da cinsel istismar dahil daha çok sorun yaşayabilmektedirler (57).

Göçmen kadınlar hem cinsiyetleri hem de toplumsal cinsiyet temelli sorunlar nedeniyle üreme sağlığı sorunlarıyla sık karşılaşmaktadırlar (60). Üreme Sağlığı WHO tarafından sağlık tanımına ek olarak “bireylerin doyurucu ve güvenli cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları ne zaman ve de ne sıklıkla kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri olması demektir.” şeklinde tanımlanmıştır (60).

Göçmen kadınların cinsel şiddet, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), aile planlaması hizmetlerinden yararlanamama, gebelik ve doğum komplikasyonları gibi üreme sağlığı sorunları bulunmaktadır(60).

Göçmen kadınlar dil sorunu, eğitimsizlik, sağlık hizmetlerinin nerelerde verildiği, nasıl yararlanılacağı, ücretli olup olmadığı gibi gidilen ülkenin sağlık sistemi hakkında bilgi eksikliği olmasından; bağışıklama, aile planlaması veya gebe-loğusa takibi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden ya da tanı tedavi edici hizmetlerden yararlanmakta sıkıntı yaşamaktadırlar (57).

Göç eden toplumlar doğurganlığını artırma çabasına girmekte ve aile planlaması hizmetlerinden yeterince yararlanılmadığından dolayı istenmeyen gebeliklere ve kadın hastalıklarına neden olmaktadır. Ayrıca sağlıklı bir anne ve çocuk sağlığı için en önemli basamaklardan biri olan doğum öncesi bakım oranlarını olumsuz etkilemekte, gebelik ve doğum komplikasyonları yaşamakta, maternal ve perinatal mortalitenin arttığı bilinmektedir (47,56,60). Göçmen kadınlarda genital hijyen alışkanlıkları ve üreme sağlığı koruyucu davranışlar açısından yetersizlikler bulunmaktadır (5).

Göçmen kadınlar hem kadın oldukları hem de göçmen oldukları için cinsel taciz, tecavüz ve şiddete maruz kalabilmektedirler. Diğer önemli bir sorun ise fuhuşa zorlanmalarıdır. Bu durum, kadınları istenmeyen gebelikler ve ayrıca HIV enfeksiyonu dahil birçok CYBH açısından risk grubuna sokmaktadır (61).

2.7. AİLE PLANLAMASI

WHO aile planlamasını “Eşlerin istedikleri zamanda, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları veya kişisel isteklerine ve ekonomik olanaklarına göre çocuk sayılarını belirlemesi ve doğum aralıklarını istedikleri şekilde belirlemeleridir.” şeklinde tanımlamaktadır (62).

WHO verilerine göre 2019 yılında 15-49 yaş üreme çağındaki kadınların sayısı 1,9 milyarı bulmaktadır. Bunların 1,1 milyarı aile planlamasına ihtiyaç duymakta; 842 milyonu kontraseptif yöntem kullanmakta ve 270 milyonu karşılanmamış kontraseptif ihtiyacı bulunmaktadır (63). WHO 2017 tahminlerine göre, gelişmekte olan bölgelerde üreme çağındaki 214 milyon kadının ve 23 milyon adölesanın karşılanmamış bir doğum kontrol ihtiyacı vardır. Ayrıca modern yöntemlerin kullanımı ile 308 milyon istenmeyen gebeliği önlediği tahmin edilmektedir (62).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun (UNFPA) 2022 yılı raporunda gebe kalmak istemeyen 257 milyon kadın modern aile planlaması yöntemi kullanmadığı tahmin edilmektedir (64).

UNFPA'nın 2022 yılı raporunda günde 331 bin, yılda 121 milyon istenmeyen ve planlanmamış gebelik olduğu tahmin edilmektedir. İstenmeyen gebeliklerin %60,0'ından fazlası küretajla sonuçlanmaktadır. Küretajların %45,0'nın güvenli olmadığı tahmin edilmektedir. Ayrıca her on kadından birinin aile planlaması konusunda kendi kararlarını alamadığı ortaya koyulmuştur (64). 2017 yılında her gün yaklaşık 810 toplamda yaklaşık 295 bin kadın gebelik ve doğumla ilgili önlenemez sebeplerden hayatını kaybetmiştir (65). Güvenli olmayan küretaj dünyada anne ölümlerinin önde gelen nedenidir (64).

2.7.1. Aile Planlamasının Önemi

Kontraseptif yöntem kullanmama, yöntemin hatalı kullanılması sebebiyle oluşan istenmeyen gebelikler duygusal ve fiziksel travmayla sonuçlanabilen önemli halk sağlığı sorunlarından (66). İstenmeyen gebelikler sonucunda oluşan doğumlar, aile fertleri ve doğan çocuk açısından psikolojik ve ekonomik olmak üzere pek çok sorunu beraberinde getirmekle birlikte önemli bir sosyal ve toplumsal problem olarak karşımıza çıkmaktadır (67). Aile planlaması hizmetleri ile ailelerini planlayabilen çiftler daha az fiziksel, duygusal ve finansal güçlük yaşamakta kişisel gelişim ve aile gelişimi için daha fazla zamana, enerjiye ve ekonomik fırsata sahip olmaktadır. Bu da toplumsal refah ve ekonomiye katkı sağlamaktadır (68).

Temel sağlık hizmetleri arasında önemli bir yeri olan aile planlaması ile istenmeyen gebelikler önlenerek, anne sağlığına ve çocuk sağlığına olumlu katkıda bulunmakta ayrıca gebelik ile ilişkili ölümlerin sayısını azaltmaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca istenmeyen gebelik oranlarını azaltarak güvenli olmayan küretaj ihtiyacını da azaltmaktadır (62). Yoksulluğun azaltılması, kadının güçlendirilmesi ve dünya nüfusunu sınırlandırarak sürdürülebilir bir çevre sağlanabilmesi gibi olumlu sonuçları bulunmaktadır (66).

Anne ölümlerinin önlenemez nedenlerinden olan güvenli olmayan düşükler, kanama, sepsis ve travma gibi maternal komplikasyonlarla ilişkili olduğu ve maternal ölümün dördüncü önde gelen nedenidir.

Bu nedenlerle plansız gebelikler ve bunun sonucu olan güvenli olmayan düşüklerin önlenmesinde kontraseptif yöntemlerin doğru ve etkin kullanımı önem arz etmektedir (69). Aile planlaması hizmetlerinin etkin bir şekilde verilemediğinde doğurganlık oranları artmakta ve buna bağlı riskli gebelikler artmaktadır. Riskli gebelikler beraberinde bebek ölümlerini getirmektedir (70). Doğum aralıklarının 24 aydan kısa olduğu ve doğum sayısının 3' ün üstünde olduğu doğumlar yenidoğan ve anneyi olumsuz yönde etkilemektedir (69).

Anne ölümlerinin %40-60'ının önlebileceği düşünülmektedir. Maternal mortalite riski 15 yaşın altındaki ergen kızlar için en yüksek olduğundan ayrıca gebelik ve doğumdaki komplikasyonlar ise 20-24 yaş arasına göre, 10-19 yaş arasındaki kadınlarda daha yüksek olduğundan anne ölümlerinin önlenmesinde erken yaş gebelikleri ve istenmeyen gebelikleri engellenmenin önemi vurgulanmaktadır (65,71). Küçük yaşlarda doğum yapan annelerde gebelik ve doğum sırasında komplikasyon riski, yenidoğan ölüm oranları daha yüksek olmaktadır (72). Çalışmalar, aile planlaması hizmetlerinin kullanılmasıyla anne ölümlerinin %40,0'ına varan oranda önlenilebileceğini göstermiştir (73–75). 2008 yılında 342 bin anne ölümü gerçekleştiği, ancak doğum kontrol yöntemi kullanımının yaklaşık 272 bin anne ölümünü önlediğini (%44 azalma), karşılanmayan doğum kontrolü ihtiyacının karşılanması halinde yılda 104 bin anne ölümünü daha önleyebileceği (%29 azalma) saptanmıştır (74). Başka bir çalışmada aile planlamasının teşvik edilmesi ile tüm anne ölümlerinin %32,0'ını ve çocukluk ölümlerinin yaklaşık %10,0'ını önleme potansiyeline sahip olduğu belirtilmiştir (75).

Aile planlamasının sosyo-ekonomik açıdan da faydaları bulunmaktadır. Çocukların ekonomik ihtiyaçları karşılanmakta ve daha iyi eğitim imkanlarından faydalanmaktadır. Toplum için iyi eğitilmiş bir nesil oluşmasına katkı sağlanmaktadır. Gelecekteki ebeveynler daha fazla eğitim almak, farklı kariyer yolları izlemek veya farklı miktarlarda iş deneyimi ve iş eğitimi almak amacıyla çocuk doğurmayı geciktirmek için aile planlaması hizmetlerini etkili kullanabilirlerse gelirleri artabilecektir. Ayrıca aile planlaması hizmetleri ile ailelerin gelirleri artmasa bile istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ile çocukların koşullarını iyileştirebilecektir (76).

Tüm dünyada yaşam kalitesini tehlikeye atan bir faktör olan CYBH, sebep oldukları direkt ve indirekt hastalıklar (fetal-neonatal ölümler, kanser vakaları, infertilite, AIDS) nedeniyle yüksek düzeyde morbidite ve mortalite yükü oluşturan önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Doğum kontrol yöntemlerinden başta kondom olmak üzere kanser, HIV / AIDS dahil CYBH önlenmesine yardımcı olur (77).

2.7.2. Aile Planlaması Danışmanlığı

Aile planlaması danışmanlığı, bireylere aile planlaması yöntemleri hakkında yönlendirme yapmadan, bilgi ve öneriler sunarak ihtiyaçlarına en uygun kontraseptif yöntemin seçmesini sağlayarak üreme sağlığını iyileştirir (78). Kişilerin verdikleri kararı sahiplenerek, yöntemin etkili kullanılmasına ve uzun süre uygulamalarına yardımcı olur. Aile planlaması danışmanlığı, kişilerin en doğru yöntemi kullanmasına olanak sağladığı için aile planlaması hizmetlerinin çok önemli bir parçasıdır ancak çoğunlukla ihmal edilen bir bölümdür (79).

Aile planlaması kişilere uygun kontraseptif yöntem seçiminde genel danışmanlık, yöntem danışmanlığı ve izlem danışmanlığı olmak üzere üç tipte danışmanlık hizmeti verilmektedir. İlk olarak genel danışmanlık ile kişinin doğurganlık öyküsü ve hedefleri öğrenilerek tüm kontraseptif yöntemlerin avantajları dezavantajları anlatılmalı ve olası kısa-uzun süreli yan etkilerinden bahsedilmesine önem verilmelidir. Yöntem danışmanlığında kişinin ilgilendiği kontraseptif yöntem hakkında detaylı bilgilendirme yapılmalıdır. Kullanılan kontraseptif yöntemden ne derece memnun olunduğu, kullanılan yöntemi kullanılmasını etkileyebilecek olumsuzlukların araştırılması, kontraseptif yöntemin doğru kullanılıp kullanılmadığı, yan etkiler konusunda bilgi verilerek endişelerin giderilmesi ve kişinin aile planlaması yöntem kullanma kararının güçlendirilmesi izlem danışmanlığının amaçları arasındadır (79).

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, gebelik sayısı, iki doğum arasındaki süre, doğurganlık hızı, düşük oranı, canlı doğum ve ölü doğum sayısı, bebek ve anne ölüm oranı, istenmeyen gebelik oranı, bireylerin ve çiftlerin aile planlaması konusunda bilgi sahibi olma durumları doğurganlığı ve aile planlaması hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirmesinde kullanılmaktadır.

2.7.3. Türkiye’de ve Dünya’da Aile Planlaması Kullanım Durumu

2018 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre halen evli olan kadınların %70,0’ı; (%49,0’ı modern, %21,0 doğal aile planlaması yöntemi) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Doğal aile planlaması yöntemlerinden en çok kullanılanı geri çekme yöntemidir. Geri çekme (%20,0), erkek kondomu (%19,0), rahim içi araç (RİA) (%14,0), kadının tüplerinin bağlanması (%10,0), hap (%5,0) ve iğne (%1,0) en çok kullanılan aile planlaması yöntemleridir. Kırsal kesimde halen evli kadınların %45,0’ı modern yöntem kullanmakta; kentsel kesimde ise %50,0’ı modern yöntem kullanmakta, modern yöntem kullanım düzeyi hiç eğitim almamış veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında en düşük iken (%40,0), lise ve üzeri eğitim almış kadınlarda %52,0’a çıkmaktadır. Beş yıl öncesine kıyasla halen evli olan kadınların herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanması %74,0’dan %70,0’a gerilemiş; modern yöntem kullanımı %47,0’dan %49,0’a yükselmiş; doğal aile planlaması yöntem kullanımı %26,0’dan %21,0’a gerilemiştir(72).

Birleşmiş Milletlerin verilerine göre 2022 yılında dünya genelinde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanım oranı %65,0, herhangi bir modern kullanım oranı %58,7, herhangi bir doğal aile planlaması yöntem kullanım oranı %6,3 olduğu görülmüştür (80).

2.8. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Doğal aile planlaması (geleneksel) ve modern aile planlaması yöntemleri olarak aile planlaması yöntemleri ikiye ayrılır. Aile planlaması yöntemlerinin sınıflaması Tablo 1’de gösterilmiştir.

2.8.1. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

Doğal aile planlaması Yöntemleri, menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerinde, siklus başına sadece bir kez ovulasyonun olmasına, sperm ve yumurtanın işlevsel yaşam süresine, kadının bireysel olarak siklus uzunluğunu ve/veya siklusla ilgili semptomları ve belirtileri sürekli olarak izlenmesi ile gebeliğin planlanması ya da gebelik istenmiyorsa, fertil dönem boyunca cinsel ilişkiden kaçınma

yoluyla gebeliğin önlenmesi olarak tanımlanmaktadır (81). Doğurganlık bilincinin gebeliğin planlanmasında kullanılmasıdır.

Doğal aile planlamasının etkili olması için, çiftlerin, cinsel davranışlarında düzenlemeler yapması gerekir. Kadının fertilité belirtilerini her gün izleyip, kaydetmesi gerekecektir. Eşler doğurganlık hakkındaki birbirlerinin görüşlerini ve kadının fertil günlerini bilmeli fertil günlerde cinsel ilişkiden kaçınmalıdır. Fertilitenin en fazla olduğu dönem, ovülasyon günü ile ondan önceki iki günde en üst düzeyde olmak üzere ovülasyondan 5 gün önce başlar ve ovülasyondan 2 gün sonra sona erer. Ovülasyon günündeki meydana gelen değişiklikler nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınılması gereken süre uzun tutulmalıdır (82).

Tablo 1. Aile planlaması yöntemlerinin sınıflandırılması

Doğal Aile Planlaması Yöntemleri	Modern Yöntemler
1. Doğurganlık Farkındalık Yöntemleri	1. Bariyer yöntemler
1.1. Takvim bazlı yöntemler	• Erkek kondomu • Kadın kondomu • Servikal başlık • Spermisit • Diyafram
• Takvim yöntemi	
1.2. Fertilité belirtilerine dayanan yöntemler	
• Servikal mukus • Bazal vücut ısısı • Servikal palpasyon • Semptotermal yöntem • İki gün yöntemi	2. Rahim içi araç
	• Bakırlı RİA • Levonorgestrel içeren RİA
	3. Hormonal kontraseptifler
	• Kombine oral kontraseptifler • Mini haplar • Acil kontrasepsif haplar • Enjekte edilen hormonal kontraseptifler • Transdermal Yama • Deri altı İmplantlar • Vajinal halka
2. Geri çekme	
3. Laktasyonel amenore	
4. Vajinal duş	4. Gönüllü cerrahi sterilizasyon
	• Tüp Ligasyonu • Vazektomi

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Kontraseptif Yöntemler. Ankara; 2005.

Reproductive Health and Research. Johns Hopkins. Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. INFO Project. 4th ed. Family planning a global handbook for providers. 2022 Nov 30.

Doğal aile planlaması yöntemleri arasında, takvim bazlı olan standart günler yöntemi ve takvim yöntemi; fertilité belirtilerine dayanan servikal mukus yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, servikal palpasyon yöntemi ve bu üç yöntemin birleşimi olan semptotermal yöntemler ayrıca iki gün yöntemi yer almaktadır. Diğer doğal aile planlaması yöntemleri geri çekme, laktasyonel amenore ve vajinal duşu içermektedir. Doğal aile planlaması yöntemlerinden fertilité belirtilerine dayanan yöntemler önerilmekte geri çekme, takvim yöntemi, vajinal duş kullanılması önerilmemektedir.

2.8.1.1. Takvim Yöntemi

Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere ve fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması esasına dayanır (82).

Düzenli menstrüel siklusların olması varsayımı, ovülasyonun sonraki menstrüel periyoddan önceki 14. günde olduğu varsayımı (11. ve 17. günler arasında da olabileceği); yumurtanın ovülasyondan sonraki 14-24 saat arasında döllenebileceği varsayımı; spermin 1-3 gün canlı kalabileceği varsayımlarına dayanmaktadır. Yirmisekiz günde bir düzenli adet görülmesi ovulasyonun beklendiği zaman sonraki menstrüel siklusu 11-17 gün öncesi yani 11-17. günlerde beklenmekte buna spermin yaşama süresi ve yumurtanın dölleneceği süre düşünüldüğünde menstrüel siklusun 8-18. günleri arasında cinsel ilişkiden sakınılmalıdır (82).

Stres ve hastalık gibi, kadının siklus süresini büyük ölçüde etkileyebilecek faktörler, gerekli olan önceki altı menstrüel siklus süresinin bilinmemesi yöntemin doğru kullanılmasını sınırlandırmaktadır. Fertil dönem olması gerekenden uzun kabul edildiğinden, daha uzun süre cinsel ilişkiden kaçınılmasını gerektirir (82).

Çok genç yaştaki ve perimenapozal dönemdeki kadınlarda, düşük ve doğum sonrasında düzensiz sikluslar olabileceğinden asla önerilmemektedir (82).

Takvim yöntemi yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, yöntemi kullanan her 100 kadından yaklaşık 12 gebelik oluşmaktayken doğru kullanıldığında kullanan her 100 kadında 5 gebelik oluşmaktadır (83).

2.8.1.2. Servikal Mukus Yöntemi (Billings Ovülasyon Metodu)

Servikal mukusun izlenerek fertil ve infertil günlerin belirlendiği yöntemdir. Siklus boyunca servikal mucus salgısının niteliği değişmektedir. Kuru günler denilen dönemde menstrüel kanama bittikten sonra birkaç gün, mucus salgısı gözlenmediğinden vajina kuru hissedilir. Kuru günlerden sonra mukusu fark edilmeye başlanır. Rengi sarıdan beyaza kadar değişebilen mucus tipik olarak yapışkan, koyu kıvamlı ve pürüklüdür(82).

Islak günler denilen dönemde yani ovülasyon yaklaşırken, mucus artar, inceler ve rengi berraklaşır. Daha elastik, kaygan olur ve iki parmak arasında süner. Spermilerin ortalama 3-5 gün yaşamasına ve yumurtaya doğru ilerlemesini sağlar (82).

Ovülasyondan sonra progesteron miktarı artar ve mucus özelliğini kaybederek azalır, yapışkan ve pürüklü olur. Vajina kuru hissedilir. Spermilerin birkaç saatten fazla yaşamasını ve hareket etmesini zorlaştırır. Spermilerin ve zararlı bakterilerin uterusu girmesini önlemektedir (82).

Servikal mucus yönteminde, menstrüel kanamanın bitmesinden sonra vajinasını her gün kontrol etmeye başlar. Bu kontrolü kaygan, ince ve bol mukusun son gününden 8-10 gün sonrasına kadar sürdürür. Mukustaki değişikliklerle, ovülasyonun yakın olduğunu veya gerçekleştiğini belirleyebilir. Mucus kontrollerin akşamları yapılması ve o gün döllenmeye uygun mucus olup olmadığının kaydedilmesi önerilmektedir (82).

Kanamalı günler, ilk infertil dönem, fertil dönem ve infertil dönem olmak üzere bir menstrüel siklusa dört dönem vardır.

Kanamalı günler, yeni bir menstrüel siklusun başladığını gösterir. Gebelik istenmiyorsa, bazen folikül erken olgunlaşmaya başlar ancak kanama mukusun farkedilmesini engelleyebileceğinden, kadının doğurgan döneminin başladığını bilmesi mümkün olmaz bundan dolayı kanamalı günlerde cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır.

İlk infertil dönem tipik bir siklusa kanamalı günlerden sonra hiç akıntının görülmediği ve vajinada kuruluk hissedildiği birkaç günlük dönemdir. Bu günlerin sayısı kadınlar arasında ve sikluslar arasında farklılık gösterebilir.

Bazende siklus kısa sürecekse bu dönem hiç görülmeyebilir ve kanamalı günlerden hemen sonra mukus farkedilmeye başlanabilir.

Fertil dönemde, ilk infertil dönemden sonra mukusun görülmeye başlaması ve/veya vajinadaki kuruluk hissinin kaybolmasıyla başlamaktadır. Bu dönemde mukusun östrojenin etkisiyle günden güne niteliği değişmekte vajinada ıslaklık ve kayganlık hissedilmektedir. Islaklık, yağlanma, kayganlık hissinin ve/veya şeffaf, uzayan mukusun görüldüğü en son gün zirve günüdür. Bazen zirve gününden sonraki ikinci günde ovülasyon gerçekleştiği ve ovum yirmi dört saat kadar canlı kalabildiği için, fertil dönem zirve gününden sonra 3 gün daha sürebilmektedir. Gebelik istenmiyorsa fertil dönemde cinsel ilişkiden sakınılmalıdır.

İnfertil dönem ise zirve gününden sonraki 4. günün sabahı başlar ve bir sonraki adet döneminin başlangıcına kadar devam eder (82).



Şekil 7. Servikal mukus takip çizelgesi

Yöntemi kullanacak kadın her tuvalete gittiğinde, vajina girişini silmeli ve bulaşan akıntının uzayıp uzamadığını, yoğunluğunu, niteliğini gözlemlemelidir. Bu yöntemi kullanan kadın her gün çamaşır değiştirmeli, günlük ped kullanmalı ayrıca iç çamaşırına bulaşan akıntıyı da gözlemlemelidir. Kadın gün boyu vajina girişinde mukusun verdiği hisse dikkat etmeli, her akşam gözlemlerini değerlendirerek, o günü mukus izlem çizelgesine kaydetmelidir (82).

Servikal mukus yönteminin etkililiği, kadının servikal mukusu iyi izlemesine, kaydetmesine, doğru yorumlamasına, çiftin yöntemin kurallarına uymasına bağlıdır. Servikal mukus yöntemi yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, yöntemi kullanan her 100 kadından yaklaşık 23 gebelik oluşmaktayken doğru kullanıldığında kullanan her 100 kadında 3 gebelik oluşmaktadır (83).

2.8.1.3. Bazal Vücut Isısı Kontrolü

Ovülasyondan sonra korpus luteumdan salgılanan termojenik olan progesteron hormonunun etkisiyle vücut ısı $0,2^{\circ}\text{C}$ - $0,5^{\circ}\text{C}$ arasında yükselmekte ve bir sonraki menstrüasyona kadar yaklaşık 11-17 gün yüksek ısıda kalmaktadır. Buna bazal vücut ısı yönteminin esasını oluşturan termal kayma denilmektedir (82).

Ovülasyon, muhtemelen ilk ısı yükselişinden önceki gün gerçekleşir. Menstrüel kanamanın ilk gününden infertil dönemin başladığı, ısı artışı saptanan üçüncü günün akşamına kadar cinsel ilişkiden kaçınarak gebelikten korunabilir (82).

Hastalık, stres, düzensiz uyku, ölçüm hatası ve benzeri birçok durumdan etkilenebileceğinden bazal vücut ısı, fertil-infertil dönemleri belirlemede yetersiz kalabilir. Bazal vücut ısı yönteminin tek başına kullanılmaması gerektiğini, servikal mukus ve/veya servikal palpasyon yöntemleri ile birlikte kullanılması daha güvenilir olabilmektedir (82).

Bazal vücut ısı menstrüel siklus boyunca her sabah yataktan kalkmadan önce, aynı saatte oral yoldan ölçülür ve tarih belirtilerek bir çizelgeye kaydedilir. Isı kayıtlarına bakarak menstrüel siklusun ilk 10 gününde ölçülen hastalık ya da başka bir nedenle artmış olanları göz önüne almaksızın, ısıların en yüksek değeri belirlenir. En yüksek olanının $0,1^{\circ}\text{C}$ üstünden ısı çizgisi denilen bir çizgi çekilir. İnfertil dönem, ısı çizgisi üzerinde art arda gelen üçüncü yüksek ısının kaydedilişinin akşamı başlar. İnfertil dönem başladıktan sonra, sonraki menstrüel siklus başlayana kadar ısı ölçümüne ara verebilir (82).

2.8.1.4. Servikal Palpasyon

Kadının, her defasında aynı konumda olmak üzere çömelmiş ya da ayakta iken palpasyonla serviks kıvamındaki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır. İnfertil dönemde serviks sert, eksternal servikal os kapalı ve servikse kolay ulaşılırken ovulasyondan 4-5 gün önce yükselen östrojen hormonunun etkisiyle, serviks yumuşar, servikal os açık ve serviks pelvis içinde yükseldiğinden palpasyonla servikse daha zor ulaşılır veya serviks az hissedilir. Ovülasyonu hemen izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır (82).

Servikal palpasyon, siklus boyunca kanama dönemi dışında her gün, gece yatmadan önce, her seferinde aynı pozisyonda yapılmalı ve elde edilen sonuçlar kaydedilmelidir (82).

Ovülasyon, kadının palpasyonla serviksindeki değişiklikleri tanımlamasıyla belirlenmekte ve ilk değişiklikleri belirlediği andan serviksin kolayca hissedildiği, serviksin sert ve osun kapalı olduğu zamana kadarki süreçte fertil sayılır. Gebelik istenmiyorsa fertil günlerde cinsel ilişkiden sakınılmalıdır (82).

Semptotermal yöntemin en güvenilir parametresi olduğu ancak yöntemin etkililiği, kadının serviks değişikliğini doğru tanımlayabilmesine bağlı olduğundan, bireysel farklılıklar gösterebilmektedir (82).

2.8.1.5. Semptotermal Yöntem

Semptotermal yöntem, fertilite belirtilerinin servikal mukus, bazal vücut ısısı ve servikal palpasyon yöntemleri kullanılarak gözlenmesi ve yorumlanmasına dayanmaktadır. Semptotermal yöntemde, servikal mukustaki ve vücut ısısındaki fizyolojik değişikliklerle servikal palpasyonda hissedilen bulgular bir arada değerlendirilerek kaydedilir (82).

Servikal mukus, bazal vücut ısısı ve servikal palpasyon yöntemlerinin birleşimi olduğundan diğerlerinden daha etkilidir. Semptotermal yöntem yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, yöntemi kullanan her 100 kadından yaklaşık ikisinde gebelik oluşmaktayken doğru kullanıldığında kullanan her 100 kadından 1'inden azında gebelik oluşmaktadır (83).

2.8.1.6. İki Gün Yöntemi

Yöntemi kullanan kadınlar her gün fertil olup olmadıklarını belirlemek için servikal sekresyonların varlığına göre cinsel ilişkiden kaçınarak gebelikten korunmaktadırlar (84).

Kadın kendine “Bugün salgıları fark ettim mi?” ve “Dün salgıları not ettim mi?” sorularını sorar ve bu soruların cevabı bugün veya dün herhangi bir türde servikal salgı fark etmişse, bugün kendisini doğurgan olarak kabul etmelidir. Hamileliği önlemek için bu günlerde korunmasız ilişkiden kaçınması gerekmektedir. Bugün veya dün servikal sekresyon fark edilmemişse gebe kalma olasılığı çok düşüktür (85).

Servikal mukus, semptomtermal yöntem gibi servikal salgıların tanımlanmasına dayanan test edilmiş diğer doğurganlık farkındalığına dayalı yöntemlerden daha basit olup farklı servikal sekresyon türleri arasında ayrım yapmayı gerektirmez. Bunun yerine, herhangi bir türde salgı bulunması doğurganlığın bir göstergesi olarak kabul edilir. Salgılar, adet kanaması veya meni dışında kadının vajinasından geldiğini algıladığı herhangi bir madde olarak kabul edilir (85).

İki gün yöntemi yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, yöntemi kullanan her 100 kadından yaklaşık 14'ünde gebelik oluşmaktayken doğru kullanıldığında kullanan her 100 kadında 4'ünde gebelik oluşmaktadır (83).

2.8.1.7. Laktasyonel Amenore

Emzirmeye dayalı bir aile planlaması yöntemi olan laktasyonel amenore yöntemi adet kanaması olmadıkça emzirmeye gebelikten korunma olarak tanımlanmaktadır. Emzirmenin bebek için beslenmenin sağlaması, bebeğin enfeksiyonlardan korunması, doğurganlığın doğal yoldan düzenlenmesi ve ana ile çocuk arasındaki bağların güçlendirilmesi gibi yararları bulunmaktadır (82,83).

Yöntemin etkili olabilmesi için emzirme ovulasyona neden olan hormonların salınmasını geçici olarak engellediğinden hem gece hem de gündüz her istedikçe, gece en az 1 kez olmak üzere sık aralıklarla (6-10 kez) ve en az dört dakika emzirilmesini gerektirir ayrıca gündüz aralıkları 4, gece aralıkları 6 saatten uzun olmamalıdır. Bebeğin beslenmesinin neredeyse tamamı (en az %85,0'ı) anne sütü ile sağlanmalıdır. Aylık kanama geri gelmediği ve kadın tamamen emzirdiği sürece doğumdan sonra 6 aya kadar etkili olabilir (82,83).

Doğumdan sonra ilk 56 günde meydana gelen kanamalar adet kanaması olarak kabul edilmez. Adet olarak kabul edilen kanamalar için en az 2 tam gün kanama veya 2 gün lekelenme ve 1 gün kanama veya 3 gün lekelenme şeklinde olması gerekmektedir. Bu durumlarda yöntem güvenilirmez, doğurgan dönem başlamış sayılır (82).

Yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, doğumdan sonraki ilk 6 ayda kullanan her 100 kadından yaklaşık 2 gebelik oluşmaktayken doğru kullanıldığında doğumdan sonraki ilk 6 ayda kullanan her 100 kadında 1'den az gebelik oluşmaktadır (83).

2.8.1.8. Geri Çekme

Koitus interruptus olarak da adlandırılan yöntem cinsel ilişki esnasında penisi, ejakülâtın gelmesinden önce partnerinin vajinasından çıkararak spermleri vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir (82).

Yaygın olarak kullanıldığı şekliyle eşleri ilk yıl içinde geri çekmeyi kullanan her 100 kadında yaklaşık 20 gebelik, ayrıca her seks eyleminde doğru şekilde kullanıldığında, eşleri ilk yıl içinde geri çekmeyi kullanan her 100 kadında yaklaşık 4 gebelik oluşmaktadır (83).

En az etkili doğum kontrol yöntemlerinden biridir. Başarı, kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu yansıtır (83).

2.8.1.9. Vajinal Duş

Cinsel ilişkiden hemen sonra vajina duvar ve kanalındaki spermlerin, vajina suyla yıkanarak uzaklaştırmaya çalışılması prensibine dayanmaktadır. Spermler birkaç saniye içinde servikal mukusa geçebileceğinden hiçbir kontraseptif etkisi yoktur.

2.8.2. Modern Yöntemler

2.8.2.1. Bariyer Yöntemler

2.8.2.1.1. Kondom

Cinsel ilişki sırasında ereksiyon halindeki penise takılan kılıf görevi gören erkek prezervatifleri, ince lateks kauçuktan yapılmış olup bariyer oluşturarak spermleri vajinadan uzak tutmaktadır (83).

Erkek prezervatifinin sağlık faydaları gebelik riskleri ve HIV dahil olmak üzere CYBH karşı korunmaya yardımcı olmaktadır. CYBH tekrarlayan pelvik inflamatuvar hastalığa ve kronik pelvik ağrıya, serviks kanserine, erkek ve kadın infertilitesine neden olmaktadır. Tutarlı ve doğru kullanıldığında kondom kullanımı, prezervatif olmadan meydana gelebilecek HIV bulaşmasını %80,0 ile %95,0 oranında önlemektedir (83).

Hormonal yan etkilerin olmaması, geçici veya yedek bir yöntem olarak kullanılabilmesi, kolay ulaşılabilir olması ve hem hamileliğe hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunmaya yardımcı olduğundan kullanıcıları bu yöntemi

sevdiklerini belirtmişlerdir. Latekse alerjik reaksiyonu olmayan herkes güvenle kullanabilir (83).

Korunmasız tek bir cinsel ilişki hamileliğe ve/veya CYBH'ye neden olabileceğinden her cinsel ilişkide prezervatif kullanmak oldukça önemlidir. Prezervatif kullanımında hata olması durumunda acil kontrasepsiyon düşünülmelidir (83).

Yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, eşleri ilk yıl boyunca erkek prezervatifi kullanan her 100 kadından yaklaşık 13 gebelik; her cinsel ilişkide doğru kullanıldığında ise eşleri ilk yıl boyunca erkek prezervatifi kullanan her 100 kadında yaklaşık 2 gebelik beklenmektedir (83).

Kadın kondomu ise özellikle cinsel eşleri prezervatif kullanmayan kadınlara CYBH'lerden korunma şansı vermektedir. Erkek kondomu gibi genital teması ve spermlerin vajinaya dökülmesini önlemektedir. Kadın kondomu herhangi bir fiziksel temastan önce kondom vajinaya yerleştirilmeli ve her cinsel ilişki için yeni bir kadın kondomu kullanılmalıdır (83).

Kullanıcılar, kullanımlarını kadınların başlatabilmesi, cinsel ilişki sırasında erkek prezervatiflerinden daha doğal hissettirmesi, cinsel ilişkiden 8 saat önceye kadar takılabileceğinden cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması, erkek prezervatifleri gibi cinsel ilişki hissini köreltmemesi, boşalmadan hemen sonra çıkarılması gerekmemesi gibi nedenlerle kadın kondomunu sevdiklerini belirtmişlerdir (83).

Yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, eşleri ilk yıl boyunca kadın kondomunu kullanan her 100 kadından yaklaşık 21 gebelik; her cinsel ilişkide doğru kullanıldığında ise eşleri ilk yıl boyunca kadın kondomunu kullanan her 100 kadında yaklaşık 5 gebelik beklenmektedir (83).

2.8.2.1.2. Servikal Başlık

Servikal başlık adlı, daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçük olan özel tip diyaframlar da kullanılmaktadır. Diyafram gibi etkinliğinin artırılması için spermisit ile birlikte kullanılmalıdır (83).

Servikal başlığı seks yapmadan 42 saat öncesine kadar istenilen zaman takılabilirken cinsel ilişkiden sonra en az 6 saat takılı kalmalı, ancak servikal başlık

takıldığı andan itibaren 48 saatten fazla takılı bırakılmamalı aksi takdirde toksik şok sendromu riski artmaktadır (83).

Servikal intraepitelyal neoplazi veya serviks kanseri için tedavi alınan durumlarda servikal başlık verilmemelidir (83).

Doğum yapmış kadınlarda yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, ilk yılda spermisitli servikal başlık kullanan her 100 kadında yaklaşık 32 gebelik; Her seks eyleminde doğru kullanıldığında, ilk yılda servikal başlık kullanan her 100 kadında yaklaşık 26 gebelik beklenmektedir. Doğum yapmamış kadınlarda daha etkili olup yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, ilk yılda spermisitli servikal başlık kullanan her 100 kadında yaklaşık 16 gebelik; her seks eyleminde doğru kullanıldığında, ilk yılda servikal başlık kullanan her 100 kadında yaklaşık 9 gebelik beklenmektedir (83).

2.8.2.1.3. Spermisitler ve Diyaframlar

Spermisitler, en yaygın kullanılan nonoksinol-9 olan cinsel ilişkiden önce vajinanın servikse yakın bir yerine sokulan sperm öldürücü maddelerdir (83).

Sperm hücrelerinin membranına zarar vererek, onları öldürerek veya hareketlerini yavaşlatarak etki göstermektedir (83).

Spermisitler, yan etki olarak peniste ya da vajinanın içinde veya çevresinde tahriş, vajinal lezyona neden olabilir. HIV enfeksiyonu için risk altında olan veya HIV taşıyan kadınlar başka bir yöntem kullanmalıdır (83).

Yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, ilk yılda spermisit kullanan her 100 kadından yaklaşık 21 gebelik; her cinsel ilişkide doğru kullanıldığında ise spermisit kullanan her 100 kadında yaklaşık 16 gebelik beklenmektedir (83).

Diyafram serviksi örten lateksten yapılan yaygın olarak kullanılan bir bariyer yöntemidir. Etkililiğinin yüksek olması için, spermisitlerle birlikte kullanılması önerilmelidir (82).

Diyafram, spermin servikse girmesini engelleyerek çalışmakta ve spermisitler spermi öldürür veya etkisiz hale getirir. Her ikisi de spermin yumurtayla buluşmasını engelleyerek kontrasepsiyon sağlamaktadır. Ancak bariyer yöntem olmasına rağmen CYBH önleme konusunda güvenilmemelidir. Belirli CYBH'lere karşı bir miktar koruma sağlayabilir (83).

Peniste ya da vajinanın içinde veya çevresinde tahriş, vajinal lezyon yan etki olarak bildirilmiştir (83). Bilinen sağlık faydaları incelendiğinde hamilelik risklerine; klamidyaya, gonore, pelvik inflamatuvar hastalık, trichomoniasis gibi bazı CYBH'lere; servikal prekanser ve kansere karşı korunmaya yardımcı olabilmektedir (83).

Yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, ilk yıl boyunca diyaframı spermisit ile kullanan her 100 kadından yaklaşık 17 gebelik; her cinsel ilişkide doğru şekilde kullanıldığında, diyaframı ilk yıl boyunca spermisit ile kullanan her 100 kadından yaklaşık 16 gebelik beklenmektedir (83).

2.8.2.2. Rahim İçi Araç

Kadınlar tarafından etkili, güvenilir ve kullanışlı bulunan RİA, dünyada yaygın olarak kullanılan geri dönüşlü, uzun etkili doğum kontrol yöntemidir. RİA, rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren, küçük plastik bir cisimdir.

Özel olarak eğitilmiş bir sağlık uzmanı tarafından vajina ve serviksten geçerek rahim içerisine yerleştirilir. RİA türlerinin hepsinde servikal kanaldan sarkan ipleri bulunmaktadır.

Spermin üst genital yollara ulaşmasına, ovum transportuna ve fertilizasyona engel olarak etki göstermektedirler (82).

Sezaryen doğum dahil olmak üzere doğumdan sonraki 48 saat içinde veya 48 saatten fazla süre geçtiyse en erken doğumdan 4 hafta sonra taktırılabılır. Küretajdan veya düşükten sonra RİA takılması özel ayrı bir eğitim gerektirdiğinden eğitilmediyse 4 hafta sonrasına kadar ertelenmeli ve bu sürede ek yöntem kullanılmalıdır (83).

Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 5 gün içinde acil kontrasepsiyon amacıyla RİA taktırılabılır (83).

Doğumdan itibaren 48 saat ile 4 hafta arasında, benign gestasyonel trofoblast hastalığı varlığında, serviks, endometrium veya over kanseri varlığında, pelvik tüberküloz varlığında, RİA yerleştirilme sırasında CYBH için çok yüksek bireysel risk varlığında, şiddetli veya ilerlemiş HIV klinik hastalığı varlığında, şiddetli trombositopenili sistemik lupus eritematozus varlığında RİA takılmamalıdır (83).

RİA takılmadan önce gebelik dışlanmalı, pelvik muayene ve CYBH risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Pelvik muayene bulgularında vulva, vajen veya servikte ülser varlığında, irinli servikal akıntı varlığında, endometrim, over veya

fallop tüplerinde hassasiyet varlığında, serviksi hareket ettirince karnın alt kısmında ağrı olması durumunda, dokunulunca servikse kolayca kanama olması durumunda RİA kullanılmamalıdır. Ayrıca uterus kavitede anatomik anomali varsa doğru yerleştirilmesini engelleyebileceğinden RİA kullanılmamalıdır. RİA'nın yüksek yerleşimini sağlamak ve perforasyon riskini azaltmak için yerleştirilmeden önce uterusun boyutunun ve pozisyonunun belirlenmesi önemli olup boyut ve pozisyon belirlenemiyorsa, RİA takılmamalıdır. Hamileliği veya altta yatan bir tıbbi durumu düşündüren açıklanamayan vajinal kanaması varsa, RİA kullanımı tanıyı ve herhangi bir tedavinin izlenmesini zorlaştırabileceğinden RİA takılmamalıdır (83).

RİA takılması gonore veya klamidyaya gibi CYBH'yi endometriuma taşıyabileceğinden pelvik inflamatuvar hastalık riskini artırmaktadır. Cinsel partnerin penisinden irin gelmesi, idrar yaparken ağrı veya yanma veya genital bölgede açık yara gibi CYBH semptomları varsa; kendisine veya cinsel partnerine yakın zamanda bir CYBH teşhisi konulduysa; son zamanlarda birden fazla cinsel partneri olmuşsa veya başka partnerleri olan bir cinsel partneri olmuşsa CYBH için risk altında olduğundan RİA takılmamalıdır (83).

RİA'ların bakır ve levonorgestrel içeren çeşitleri bulunmaktadır.

2.8.2.2.1. Bakırlı RİA

Bakır içeren RİA, çevresinde bakır kılıflar bulunan küçük, esnek bir plastik çerçevedir. Çalışmalar sonucunda TCu-380A'nın 12 yıl süreyle etkili olduğunu bulunmuştur. Ancak TCu-380A, 10 yıla kadar kullanım için etiketlenmiştir. Bakırlı RİA çıkarıldıktan sonra doğurganlığın geri dönüşünde gecikme yoktur (83).

Özellikle bakırlı RİA kullanımının ilk 3-6 ayı olmak üzere menstrüel kanamanın miktar ve süresinde artış olması, düzensiz kanama, aylık kanama sırasında daha fazla ağrı ve kramp gözlenmesi gibi kanama paterni değişiklikleri bildirilmiştir. Ayrıca endometrium duvarının RİA yerleştirme sırasında, tedavi olmaksızın iyileşen perforasyon komplikasyonu görülebilir. Kadının RİA takılıyken hamile kaldığı nadir durumlarda düşük, erken doğum veya enfeksiyon görülebilir (83).

Bakırlı RİA'nın sağlık faydaları incelendiğinde ektopik gebeliği azaltır, gebelik risklerine, endometrium ve serviks kanserlerinde korunmaya yardımcı olabilir (83).

Bakırlı RİA için menstrüel kanama başladığı andan itibaren 12 gün içinde RİA takılıyorsa ek yöntem kullanılmasına gerek yokken 12 günden fazla süre geçtiyse hamile olunmadığından eminse RİA taktırılabılır (83).

RİA takacak kişi eğitildiyse bakırlı RİA için küretajdan veya düşükten sonraki 12 gün içerisinde enfeksiyon yoksa RİA hemen takılabilirken 12 günden fazla zaman geçtiyse ve enfeksiyon yoksa hamilelik durumu yoksa takılabilir. Küretajdan veya düşükten sonra enfeksiyon varsa tedavi edilmelidir (83).

Doğru şekilde kullanıldığında ilk yılda bakırlı RİA kullanan 1000 kadında 6 gebelik ve yaygın olarak kullanılan şekliyle 1000 kadında 8 gebelik beklenmekteyken 10 yıldan fazla RİA kullanımı olan her 100 kadında yaklaşık 2 gebelik beklenmektedir (83).

2.8.2.2.2. *Levonorgestrel İçeren RİA*

Levonorgestrel içeren RİA (LNG-RİA), her gün az miktarda levonorgestrel salgılayan T şeklinde plastik bir cihazdır. Özel olarak eğitilmiş bir sağlık uzmanı tarafından, vajina ve serviks yoluyla endometriuma yerleştirilir (83).

LNG-RİA 5 yıla kadar kullanım için onaylanmıştır. Araştırmalar, 7 yıla kadar oldukça etkili kalabileceğini göstermektedir. LNG-RİA çıkarıldıktan sonra doğurganlığın geri dönüşünde gecikme yoktur (83).

Spermin üst genital yollara ulaşmasına, ovum transportuna ve fertilizasyona engel olarak etki göstermektedirler. Ayrıca servikal mukusu kalınlaştırarak da spermin uterusu geçmesine engel olmaktadır (82).

Menstrüel kanamanın miktar ve süresinde azalma, düzensiz kanama, aylık kanamanın olmaması, uzun süreli kanama olması gibi kanama paterni değişiklikleri; akne, baş ağrısı, meme hassasiyeti veya ağrısı, bulantı, kilo artışı, baş dönmesi ve duyu durum değişiklikleri yan etki olarak bildirilmiştir. Ayrıca ovaryen kistler diğer olası fiziksel değişiklikler olarak görülebilmektedir (83).

Gebelik risklerine, demir eksikliği anemisine, endometrial ve serviks kanserine karşı korumaya yardımcı olmaktadır. Menstrüel krampları, ağır aylık kanamaları, pelvik ağrı, düzensiz kanama gibi endometriozis belirtilerini, ektopik gebelik riskini azaltmaktadır (83).

Bir pelvik muayene ve bir CYBH risk değerlendirmesi esastır. Mevcut olduğunda, hemoglobin testi ve HIV dahil CYBH'ler için laboratuvar testleri güvenli ve etkili kullanıma katkıda bulunabilmektedir (83).

Doğum sonrası ilk 6 hafta içinde üreme organlarında enfeksiyon varsa veya endometriumda düşükle ilişkili bir enfeksiyon varsa LNG-RİA takılmamalıdır. Ayrıca bacağında veya akciğerinde trombüs teşhisi konulduysa antikoagülan tedavi almıyorsa; ciddi siroz veya ciddi karaciğer hastalığı varsa; meme kanserinizi varsa veya geçmişte meme kanseri tanısı aldıysanız LNG-RİA takılmamalı, hormonsuz bir yöntem seçilmelidir (83).

Menstrüel kanama başladıktan sonraki 7 gün içinde LNG-RİA takılacaksa ek yönteme gerek yokken menstrüel kanamanın başlamasının üzerinden 7 günden fazla zaman geçtiyse hamile olunmadığından eminse, istediği zaman LNG-RİA taktırabilir. Takıldıktan sonraki ilk 7 gün için bir ek yönteme ihtiyaç vardır (83).

LNG-RİA küretaj veya düşükten sonraki 7 gün içinde takılırsa ve enfeksiyon yoksa RİA hemen takılabilir. Küretaj veya dşğn üzerinden 7 günden fazla zaman geçtiyse ve enfeksiyon yoksa, hamile olunmadığından eminse, istediği zaman LNG-RİA taktırabilir. Takıldıktan sonraki ilk 7 gün için ek yöntem kullanılmalıdır. Küretaj veya düşük sonrası enfeksiyon varsa, önce enfeksiyon tedavi edilmeli, RİA takılmamalıdır (83).

İlk yılda LNG-RİA kullanan her 1.000 kadında 2 gebelik beklenmektedir. LNG-RİA'nın 5 yıldan uzun süreli kullanımı her 1.000 kadında 5-8 gebelik beklenmektedir (83).

2.8.2.3. Hormonal Kontraseptifler

2.8.2.3.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

Bir kadının vücudundaki doğal hormonlar olan progesteron ve östrojen hormonlarının sentetik formlarını düşük dozlarda içeren haplardır. Oral kontraseptiflerin yan etki ve risklerinin azaltılması amacıyla östrojen ve progestin miktarları azaltılmış, güvenle kullanılabilen bir kontraseptif yöntem haline gelmiştir.

KOK 21 ya da 28 günlük paketler halinde hazırlanmıştır. Hap kullanmaya başlamak için en uygun zaman, adetini ilk günüdür. Bununla birlikte kadının adetleri dzenliyse adetin ilk 7 günü içinde herhangi bir günde başlanabilir.

28 haplık paketlerde son 7 hapın farklı renkte olup hormon içermemektedir. 28 haplık paketi bitirdiğinde, sonraki paketten ilk hapı hemen ertesi gün almalıdır. 21 haplık paket bittiğinde 7 gün beklemeli sonraki paketten ilk hapı almalıdır. Sonraki pakete geç başlamak gebe kalma olasılığını artırmaktadır.

Etki mekanizması hipotalamustan gonadotropin-releasing hormone (GnRH) inhibisyonu yaparak ovülasyonun baskılanması ayrıca hem lüteinizan hormonun (LH) hem de folikül uyarıcı hormonun (FSH) inhibisyonu ve LH pikini bozarak etki göstermektedir. Bunlardan en önemlisi östrojenin FSH'yi baskılaması ve böylece folikülogenezi önleme yeteneğidir. Kontraseptif etkiye katkıda bulunan progestinle ilişkili etkiler uzun süreli progestin maruziyeti endometrial atrofiye neden olarak, servikal mukusun kalınlaştırarak spermin penetrasyonuna karşı daha az geçirgen hale getirerek, normal tubal motilite bozarak ovumun transportunu yavaşlatarak da gebeliği önlemektedir (82,83,86).

Tablo 2. KOK hapların alınması unutulduğunda yapılacaklar

*1 veya 2 KOK unutulduğunda		*Mümkün olan en kısa sürede hap alınmalı *Hamilelik riski çok az veya hiç yok
*3 veya daha fazla KOK unutulduğunda	*1. veya 2.haftada	*Mümkün olan en kısa sürede hap alınmalı *Sonraki 7 gün için ek yöntem kullanın. *Son 5 günde cinsel ilişkide bulunduysanız acil kontrasepsiyon düşünülmeli.
	*3.haftada	*Mümkün olan en kısa sürede hap alınmalı *Paketdeki tüm hormonal hapları bitirin. 28 haplık bir paketteki 7 hormonsuz hapı atın. *Ertesi gün yeni bir pakete başlayın. *Sonraki 7 gün için ek yöntem kullanın. *Son 5 günde cinsel ilişkide bulunduysanız acil kontrasepsiyon düşünülmeli.
*Non-hormonal hap unutulduğunda		*Unutulan non-hormonal hapları atın. *Her gün bir tane olmak üzere hapları almaya devam edin. *Yeni paketi her zamanki gibi başlatın.
*Şiddetli kusma veya ishal		* Bir hapı aldıktan sonra 2 saat içinde kusarsa, mümkün olan en kısa sürede paketinden bir hap daha almalı ardından her zamanki gibi hap almaya devam etmelidir. * 2 günden uzun süredir kusması veya ishali varsa, 3 veya daha fazla unutulmuş hapla ilgili talimatları izleyin.
*20 mcg veya daha az östrojen içeren haplar için, bir hap unutulduğunda, bir veya iki 30-35 mcg hapı atlamakla aynı yönergeleri izlemelidir. 2 veya daha fazla hap unutulduğunda, 3 veya daha fazla 30-35 µg hapı unutturken olduğu gibi aynı rehberliği izlemelidir.		

Reproductive Health and Research. Johns Hopkins. Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. INFO Project. 4th ed. Family planning a global handbook for providers. 2022 Nov 30.

KOK'ların her birinin içinde östrojen komponenti ve progestin komponenti vardır. Östrojen komponentini sentetik östrojen olan etinil östradiol oluşturmakta bununla birlikte tromboz östrojen komponentine bağlı komplikasyon olduğundan KOK preparatının içerisindeki östrojen dozu çok önemlidir. 50 mcg'ın altında etinil östradiol içeren preparatlar güvenle kullanılabilir (82).

Kardiyovasküler yan etkiler, östrojenin doza bağımlı oluşturduğu tromboz ve progestinlerin androjenik etkileri sonucunda ortaya çıkmaktadır. Yeni progestinlerin androjenik etkileri minimal olduğundan kolesterol-lipoprotein profiline etkileri çok az ayrıca HDL'yi artırdıkları için olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca seks hormonu bağlayan globülin (SHBG) düzeyinin artması ve serbest testosteron düzeyinin azalması androjenik aktivitesinin azaldığını göstermektedir. Bu saptama, akne ve hirsutizm tedavisinde klinik önem taşımakla birlikte amenore ve ara kanamalar açısından yeni progestinler diğer düşük dozlu preparatlara benzer etki göstermektedir.

Östrojen komponenti için etkili olan en düşük doz, progestin komponenti için en düşük dozda progestatif etkisi yüksek ve androjenik aktivitesi düşük olan progestinleri tercih edilmelidir (82).

KOK kullanımına bağlı yan etki olarak aylık kanamanın olmaması, az olması ve düzensiz olması gibi kanama paterninde değişiklikler, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, göğüslerde hassasiyet, kilo değişiklikleri, duyu durum değişikliği, akne (genellikle iyileşir), kan basıncı yüksekliği (artış KOK'lara bağlı olduğundan kullanımı bırakılınca hızla düşer) bildirilmiştir.

Bilinen sağlık faydaları incelendiğinde; gebelik riskine, over ve endometrial kanser riskine ve semptomatik pelvik inflamatuvar hastalığa karşı korumaktadır. Over kisti ve demir eksikliği anemisine karşı korumaya yardımcı olabilir. Menstrüel krampları, kanama problemlerini, ovulasyon ağrısını; düzensiz kanama, akne, hirsutizm gibi polikistik over semptomlarını azaltmaktadır. Sağlık riskleri incelendiğinde; derin ven trombozu ve pulmoner emboli sıklığı çok nadirdir. Ayrıca felç ve kalp krizi riski son derece nadirdir (83).

Altı aylıktan küçük bir bebeği emziriyorsa doğumdan 6 ay sonra KOK'ları kullanabilir. Son 3 hafta içinde bebeği olup emzirmeyenlerde derin ven trombozu riski yoksa doğumdan 3 haftadan sonra KOK'ları kullanabilirken riski varsa doğumdan 6

hafta sonra KOK'ları kullanabilir. Geçirilmiş derin ven trombozu, trombofili, sezaryen doğum, doğumda kan transfüzyonu, postpartum kanama, preeklampsi, obezite (Vücut kitle indeksi $\geq 30 \text{ kg/m}^2$), sigara içme ve uzun süre yatalak olma derin ven trombozu için risk faktörleridir(83).

35 yaş ve üzeri ile günde ≥ 15 adet sigara içen; kardiyovasküler hastalık için ileri yaş, sigara, diyabet ve hipertansiyon gibi iki veya daha fazla risk faktörü varlığı; hipertansiyon (sistolik $\geq 160 \text{ mmHg}$ veya diyastolik $\geq 100 \text{ mmHg}$); venöz tromboemboli öyküsü olan; Bilinen trombojenik mutasyon varlığı (lupusta antifosfolipid antikor pozitifliği gibi); bilinen iskemik kalp hastalığı varlığı; inme öyküsü olan; komplike valvüler kalp hastalığı (pulmoner hipertansiyon, atriyal fibrilasyon riski, subakut bakteriyel endokardit öyküsü) varlığı; meme kanseri; siroz; auralı migren; hepatoselüler adenom veya malign hepatom varlığında KOK kontrendikedir (83,86–88).

Nöbet için ilaç (Barbitüratlar, karbamazepin, lamotrijin, okskarbazepin, fenitoin, primidon, topiramet) kullanımı ya da rifampisin veya rifabutin tedavisi alımı KOK'ları daha az etkili hale getirebileceğinden KOK verilmez (83).

Yaygın olarak kullanıldığı şekliyle ilk yılda KOK kullanan her 100 kadında yaklaşık 7 gebelik, hap alma hatası yapılmadığında, ilk yılda KOK kullanan 1000 kadında 3 gebelik oluşmaktadır (83).

2.8.2.3.2. Yalnız Progestin İçeren Haplar (Minihaplar)

Minihaplar östrojen içermez, KOK'lara oranla daha düşük dozda progestin bulundurmaktadır. Östrojen içermediğinden dolayı emzirme dönemlerinde ve östrojenin kontrendike olduğu durumlarda ayrıca acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilen preparatlardır. KOK'larda çok sayıda progestin türü kullanılırken, noretindron ve drospirenon minihaplarda bulunan ana progestinlerdir. Noretindron hapları, 28 aktif haptan oluşan paketler halinde iken drospirenon hapları, hormonal olarak aktif 24 tablet ve ardından dört inaktif tableten oluşmaktadır. Minihap, menstrüel siklus boyunca alınır (83,89).

Eğer kadın emziriyorsa minihapa doğumdan 6 hafta sonra başlanabilirken emzirmiyorsa hemen ya da doğum sonrası ilk 4 hafta içinde minihapa başlanabilir. Emziren ve adet görmeyen kadında ikinci aydan sonra minihapa başlanacaksa;

emzirmeyen ve adet görmeyen kadında ise doğum sonrası 4. haftadan sonra minihapa başlayacaksa gebeliğin araştırılması gerekmektedir (82).

Paket bitirinceye kadar 28 gün süreyle her gün aynı saatte alınmalı, son yedi hapi kullanılırken adet görülebileceği bilinmeli ve paketteki haplar bitince ara vermeden yeni bir pakete başlanmalıdır. Minihap kullanımının ilk yedi gün içinde tam etkili olmadığından ek yöntem kullanılmalıdır. Bebeğine sadece meme veren kadınlarda doğumdan sonraki ilk 4-6 ayda ovülasyon olmayabilir ancak bebeğine ek gıda veriyorsa, kullanımın ilk haftasında ek yöntem kullanılmalıdır (82).

Minihaplar etkisini servikal mukusu kalınlaştırarak, spermin geçişinin engelleyerek, siklusların yarısında ovulasyonun engelleyerek, tubal motiliteyi yavaşlatarak ve endometriyumu inceltip implantasyonu azaltarak göstermektedir. KOK'ların ve desogestrel içeren minihapların aksine, noretindron içerenler ovulasyonu sürekli olarak baskılanmaz ve kullanıcıların yaklaşık yarısında ovulasyon meydana gelmektedir (83,89).

Minihapların olumlu yönleri incelendiğinde menstrüel kanama miktarını ve krampları azaltır. Anne sütünün niteliği korunmakta hatta miktarını artırabilmektedir. Dokuz aydan kısa bir süre önce doğum yapmış emziren kadınların çoğu için en uygun yöntemlerden biridir. KOK'lara oranla, kan basıncını yükseltme, baş ağrısı ve depresyona neden olma riski daha az ayrıca kilo alma, bulantı gibi yan etkileri de daha az görülmektedir. Tromboz riskini artırmaz. Özellikle karbonhidrat metabolizması olmak üzere metabolizma üzerine etki yapma olasılığı az olduğundan diyabetik kadınların güvenle kullanabileceği düşünülmektedir (82).

Minihapların olumsuz yönleri ise emzirme azaldıkça ya da sona erince etkisinin azalmaktadır. KOK'lara oranla ara kanama, lekelenme, amenore ve adet düzensizlikleri gibi kanama paterni değişiklikleri daha fazla görülmektedir. KOK'lardan birinin unutulmasına göre minihaplardan biri unutulduğunda gebe kalma ihtimali daha yüksektir. Bu nedenle minihaplar, her gün aynı saatte hap alabilecek durumda olmayan kadınlar için uygun değildir (82).

Karaciğer sirozu veya ciddi karaciğer tümörü varsa; bacağına veya akciğerinde pıhtı varlığı; meme kanseri veya öyküsünün varlığı; bilinen trombojenik mutasyon (lupusta antifosfolipid antikor pozitifliği gibi) varlığında minihaplar verilmemeli hormonal kontraseptiflerin dışında bir yöntem tercih edilmelidir. Ayrıca KOK'lara

benzer şekilde daha az etkili hale getirebileceğinden nöbet için ilaç (Barbitüratlar, karbamazepin, lamotrijin, okskarbazepin, fenitoin, primidon, topiramet) kullanıyorsanız ya da rifampisin veya rifabutin tedavisi alıyorsanız minihaplar verilmemelidir (83).

Emziren kadınlarda yaygın olarak kullanıldığı şekliyle ilk yılda minihap kullanan her 100 kadında yaklaşık 1 gebelik; her gün hap alındığında, ilk yılda minihap kullanan 1000 kadında 3 gebelik oluşmaktadır. Emzirmeyen kadınlarda daha az etkili olup yaygın olarak kullanıldığı şekliyle ilk yılda minihap kullanan her 100 kadında yaklaşık 7 gebelik; her gün hap alındığında, ilk yılda minihap kullanan 1000 kadında 3 gebelik oluşmaktadır (83).

2.8.2.3.3. Acil Kontraseptif Haplar (Postkoital Kontraseptifler)

Ertesi gün hapları veya postkoital kontraseptifler olarak da adlandırılan acil kontrasepsiyon hapları bir kadının aile planlaması yöntemi kullanmadan cinsel ilişkisinden sonra gebeliği önlemesine yardımcı olur. Korunmasız cinsel ilişkiden ve kontraseptif yöntemler kullanılırken hata yapıldığında 5 gün içerisinde alındığında hamileliği önlemeye yardımcı olmakla birlikte etkisi her geçen gün azalmaktadır (83).

Acil kontraseptif hap olarak yalnızca levonorgestrel veya anti-progestin olan ulipristal asetat (UPA) içeren acil kontrasepsiyon için üretilmiş haplar; levonorgestrel veya norgestrel içeren minihaplar; östrojen ve progestin olarak levonorgestrel, norgestrel ve noretindrondan birini içeren KOK'lar kullanılmaktadır. Ayrıca acil kontrasepsiyonda bakır içeren rahim içi araçta kullanılmaktadır (83).

Acil kontraseptif hapların ovulasyonun engellenmesi veya ovulasyonu 5-7 gün geciktirerek etki gösterir. Ovulasyonun geciktirilmesi ile kadının üreme sistemindeki sperm ölmesi sağlanmaktadır. Spermin kadının üreme sisteminde 5 gün canlı kalabilmektedir (83).

Acil kontraseptif hapların kullanımı sonrası yan etki olarak erken veya geç başlayan aylık kanama ile 1-2 gün devam eden hafif düzensiz kanama gibi kanama paterni değişiklikleri; bulantı-kusma (minihap ve UPA kullananlarda KOK'a göre daha az); ayrıca karın ağrısı, halsizlik, baş ağrısı, göğüslerde hassasiyet ve baş dönmesi bildirilmiştir (83).

Kadın acil kontraseptif hapları ihtiyaç duyduğu her an, aynı döngüde birden fazla kullanabilir. Ancak, devam eden bir yöntem olarak acil kontraseptif haplara güvenmek tavsiye edilmemekle birlikte her cinsel ilişkiden sonra alınan acil kontraseptif hapların düzenli, devam eden aile planlaması yöntemleri kadar etkili olacağı kesin değildir. Ayrıca, sıklıkla acil kontraseptif hap alan kadınların daha fazla yan etkisi olabilir (83).

Menstrüel siklusunun ikinci veya üçüncü haftasında korunmasız cinsel ilişki yaşayan her 100 kadından 8'i hamile kalacaktı. Korunmasız cinsel ilişki sonrası UPA kullananlarda 1'den az gebelik görülebilecek, minihap kullananlarda 1 gebelik görülebilecek ve KOK kullananlarda ise 2 gebelik görülebilecekti (83).

2.8.2.3.4. Enjekte Edilen Hormonal Kontraseptifler

Uzun etkili hormon preparatı içeren enjekte edilen kontraseptifler, hormon tipine göre sadece progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler (PEK) ve kombine enjekte edilen kontraseptifler (KEK) olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.

Tablo 3. Hormon preparatı içeren enjekte edilen kontraseptifler

	Preparat	Östrojen	Progestin
KEK	Cyclofem	5mg estradiol cypionate	25 mg medroxyprogesteron acetate (MPA)
	Mesigyna	5 mg estradiol valerate	50 mg norethisteron enantate (NET-EN)
PEK	Depo Provera		150 mg medroxyprogesteron acetate (DMPA)
	Noristerat		200 mg Norethisteron enantate (NET-EN)

Reproductive Health and Research. Johns Hopkins. Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. INFO Project. 4th ed. Family planning a global handbook for providers. 2022 Nov 30.

KEK ve PEK ovülasyonu engelleyerek, servikal mukusu kalınlaştırarak spermin penetrasyonunu azaltarak ve endometriel atrofi oluşturarak etki göstermektedir (82).

KEK'lerin progestinlerin yanı sıra bir östrojen içermesi ve onları kombine bir yöntem haline getirmesidir. Ayrıca aylık enjeksiyonlar daha az progestin içerir. Bu farklılıklar, yalnızca progestin içeren enjektablara göre daha düzenli kanama ve daha az kanama bozukluğu ile sonuçlanır. Kombine enjektabllar aylık bir enjeksiyon gerektirirken, NET-EN 2 ayda bir ve DMPA 3 ayda bir enjekte edilmeli enjeksiyonların zamanlaması aylık kanamaya göre belirlenmemelidir. PEK'lerden

DMPA enjeksiyonu için 4 haftaya kadar, NET-EN enjeksiyonu için 2 haftaya kadar geç kalındığında bile sonraki enjeksiyonunu yaptırabilir (83).

Günde 15'ten fazla sigara içen 35 yaş ve üstü kadınlarda, sadece progestin içeren enjektatlar gibi östrojen içermeyen bir yöntem seçilmelidir (83).

KEK'lerde enjeksiyonlar durdurulduktan sonra yaklaşık 5 ay sonra doğurganlık geri dönmektedir. PEK'lerde ise doğurganlığın geri dönüşü DMPA için yaklaşık 4 ay, NET-EN için 5 aydır (83).

KEK'lerde yan etki olarak seyrek kanama, düzensiz kanama, uzun süreli kanama ve aylık kanamanın olmaması gibi kanama paterni değişiklikleri; kilo alma, baş ağrısı, baş dönmesi ve göğüslerde hassasiyet bildirilmiştir. PEK'lerde ise yan etki olarak seyrek kanama, düzensiz kanama, uzun süreli kanama ve aylık kanamanın olmaması gibi kanama paterni değişiklikleri; kilo alma, baş ağrısı, baş dönmesi, karında şişkinlik ve rahatsızlık, ruh hali değişiklikleri bildirilmiştir. Ayrıca DMPA kullanım sırasında geri dönüşümlü olarak kemik mineral yoğunluğunu bir miktar azaltır (83).

Yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, ilk yıl boyunca KEK kullanan her 100 kadında yaklaşık 3 gebelik iken PEK kullananlarda 4 gebelik; kadınlar zamanında enjeksiyon yaptıklarında, ilk yıl boyunca KEK kullanan her 10.000 kadında 5 gebelik iken PEK kullananlarda 20 gebelik beklenmektedir (83).

2.8.2.3.5. *Transdermal Yama*

Vücuda yapıştırılan yama progestin ve östrojeni deri yoluyla doğrudan kan dolaşımına salar. 3 hafta boyunca her hafta yeni bir yama takıyor, ardından dördüncü hafta yama takılmayıp aylık kanamanın olması sağlanmaktadır. Yama takılması için 7 günden fazla beklenilmemeli aksi takdirde hamilelik riski atmaktadır. 48 saatten az süre yama takılması için gecikilirse, yedekleme yöntemine gerek yok iken 48 saatten fazla gecikilirse (yani arka arkaya 10 gün veya daha fazla yama takılmadıysa), yama kullanımının ilk 7 günü için bir ek yöntem kullanılmalıdır. Ayrıca, 2 günden fazla takılması için gecikildiyse ve son 5 gün içinde korunmasız cinsel ilişki gerçekleşiyse acil kontasepsiyon yöntemleri kullanılması düşünülmelidir (83).

Transdermal kontraseptif yamalar, geri dönüşümlü olmakla birlikte östrojen-progestin kontrasepsiyonunun oldukça etkili bir şekli östrojen veya progestin

kullanımına karşı herhangi bir kontrendikasyonu olmayan çoğu kişi bu yöntemi güvenle kullanabilir (90).

Etki mekanizmalarından en önemlisi, ovulasyonun meydana gelmemesi için FSH-LH dalgalanmasının östrojen-progestin kaynaklı inhibisyonudur. Ayrıca döngünün foliküler fazı sırasında GnRH sekresyonunun baskılanması ve böylece foliküler olgunlaşmanın önlenmesidir. Progestin ile ilgili mekanizmalar da kontraseptif etkiye katkıda bulunur. Bunlar, fertilizasyon ve implantasyon üzerinde olumsuz etkileri olan servikal mukus, fallop tüpü hareketliliği ve endometriyal alıcılıktaki değişiklikleri içerir (83,90).

Yamanın uygulandığı bölgede cilt tahrişi veya döküntü; daha hafif kanama, daha az kanama günü, düzensiz kanama, uzun süreli kanama, aylık kanamanın olmaması gibi kanama düzenindeki değişiklikler; baş ağrısı, mide bulantısı, kusma, meme hassasiyeti ve ağrısı, karın ağrısı, grip belirtileri, vajinada tahriş, kızarıklık veya iltihaplanma (vajinit) yan etki olarak bildirilmiştir (83).

Yaygın olarak kullanıldığı şekliyle, ilk yılda kombine yama kullanan her 100 kadında yaklaşık 7 gebelik; bant kullanımında herhangi bir hata yapılmadığında, ilk yıl boyunca yama kullanan 1.000 kadında 3 gebelik oluşmaktadır (83).

2.8.2.3.6. Derialtı İmplantlar

Progestin salgılayan, her biri kibrit çöpü büyüklüğünde olan implantlar, özel olarak eğitilmiş bir sağlayıcı tarafından cerrahi işlem ile üst kolunun iç kısmındaki derinin altına 1 veya 2 çubuk yerleştirilir. Östrojen içermediğinden emzirme döneminde ve östrojen içeren yöntemleri kullanamayan kadınlar tarafından kullanılabilirler. İmplantın tipine bağlı olarak 3-5 yıl gibi uzun süreli gebelik koruması sağlar ve yöntemi bırakınca doğurganlık geri dönüşünde gecikme yoktur (83).

Jadelle, implanon, levoplant, norplant olmak üzere implant türleri vardır. Norplantın kullanımı 2008 yılında durdurulmuştur. İmplantlarda progestin olarak levonorgestrel ve etonorgestrel bulunmaktadır (83).

İmplantların öncelikle ovulasyonun engelleyerek ve servikal mukusu kalınlaştırarak etki göstermektedir (83).

Daha hafif kanama, daha az kanama günü, düzensiz kanama, uzun süreli kanama, aylık kanamanın olmaması gibi kanama düzenindeki değişiklikler; baş ağrısı,

karın ağrısı, akne (iyileşebilir veya kötüleşebilir), kilo değişikliği, göğüslerde hassasiyet, baş dönmesi, bulantı, duygu durum değişiklikleri yan etki olarak bildirilmiştir (83).

İlk yılda implant kullanan her 1.000 kadından sadece 1 gebelik beklenirken implantın kullanım süresi boyunca her 100 kadında 1'den az gebelik beklenmektedir (83).

2.8.2.3.7. Vajinal Halka

Aktif olarak günde en az 4 kez emziren ve emzirmeye devam etmeyi planlayan, en az 4 haftalık bebeği olan, aylık kanaması geri dönmeyen doğum sonrası kadınlar için güvenli ve etkili bir seçenektir. Anne sütü üretiminde veya niteliğinde değişiklik yapmadığından yöntem sürekli emzirmeyi ve sağlıklı bebek beslenmesini desteklemektedir (83).

Bir kadın vajinasına esnek bir halka yerleştirir. Halkanın içinden sürekli olarak doğal progesteron hormonu salgılanmakta ve salgılan hormon vajina duvarından doğrudan kan dolaşımına geçmektedir. Yüzüğün kullanımı doğumdan 4 ila 9 hafta sonra başlar. Her halka 90 gün boyunca yerinde tutulur. Kadın daha sonra hemen yeni bir halkayla değiştirebilir. Dört halkaya kadar art arda kesintisiz olarak kullanılabilir. En yüksek etki için her yeni halkayı önceki halkayı çıkardıktan hemen sonra başlatılmalıdır. Ayrıca kadının halkayı vajinasına takması ve çıkarması kolay olduğundan gebelik istemi olduğu herhangi bir zamanda bir sağlayıcının yardımı olmadan halkayı çıkarabilir. Doğurganlığın geri dönüşünde gecikme yoktur (83).

Yüzüğü 2 saatten fazla dışarıda bırakıldıysa halkayı mümkün olan en kısa sürede vajinaya geri koyulmalı; yüzüğü 24 saatten fazla dışarıda bırakıldıysa yüzüğü mümkün olan en kısa sürede geri takılmalı ve önümüzdeki 48 saat içinde cinsel ilişkiye girilecekse kondom kullanılmalıdır. Doğum ile bir sonraki hamilelik arasında en az 2 yıl olması hem anne hem de bebek sağlığı açısından daha uygun olacağından 1 yıllık kullanımdan sonra veya artık günde en az 4 kez emzirmiyorsa daha uzun doğum aralığı için başka bir aile planlaması yöntemine geçmek planlanmalıdır (83).

Ovulasyonu baskılanması ile etki göstermektedir. Progesteron emziren kadının doğum sonrası amenore süresini uzatmaktadır (83).

Yan etki olarak lekelenme veya düzensiz kanama, alt karın bölgesinde ağrı, memelerde ağrı, vajinal akıntı bildirilmiştir (83).

Bir yıl boyunca progesteron salgılayan vajinal halka kullanan her 100 kadından bir veya 2 gebelik beklenmektedir (83).

2.8.2.4. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon

Başka çocuk istemeyen ve doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntem olan gönüllü cerrahi sterilizasyon kadınlarda tüp ligasyonunu ve erkeklerde vazektomiye içemekte olup dünyada giderek yaygınlaşan aile planlaması yöntemidir (82).

Mikrocerrahi teknikler kullanılarak geriye döndürülebilir olsa da sterilizasyonun geri dönüşü olmayan yöntem olarak seçilmesi gerektiği vurgulanmalı ve geri dönüş açısından kuşkuları olanların, gönüllü sterilizasyon yerine, kalıcı olmayan başka bir kontraseptif yöntem kullanmaları önerilmelidir (82).

2.8.2.4.1. Tüp Ligasyonu

Minilaparotomi veya laparoskopi işlemleri ile tüp ligasyonunda her iki tüp mekanik yolla kapatılmaktadır (82).

Ovum, overlerden fallop tüplerine geçer, tüp içinde spermle karşılaşır ve döllenir. Döllenmiş yumurta, uterus içine yerleşebilirse normal gebelik oluşur. Tüp ligasyonu ile her iki tüp mekanik şekilde kapatıldığından overden salınan ovum tüplerden aşağı inemediğinden spermle buluşamaz ve döllenme engellenmiş olmaktadır (82,83).

Menstrüel sıkluslara sahipse tüp ligasyonu işlemi kanama başlaması sonrası yedi gün içinde herhangi bir zamanda yapılabilmekte, yedi günden fazla süre geçtiyse veya aylık kanaması yoksa hamile olunmadığından eminse herhangi bir zamanda yapılabilir. Doğum sonrası dönemde ya doğumdan hemen sonra ya da doğum sonrası yedi gün içerisinde yapılabilir. Komplike olmayan düşük veya küretajdan sonraki 48 saat içerisinde yapılabilir (83).

Tüp ligasyonunun yan etkisi olmadığından, hormon seviyelerini etkilemediğinden, cinsel işlev ve tatminde bir değişiklik olmayacağından, adet düzeninin etkilenmeyeceğinden, tekrar hamile kalma veya doğum kontrolü hakkında

endişe duyulmasını gerektirmediğinden, işlemten sonra doğum kontrolü için yapılacak veya hatırlanacak bir şeyin olmaması gibi nedenlerden dolayı tercih edilmektedir (82,83).

Gebelik risklerine, pelvik inflamatuvar hastalığa ve over karşı korunmaya yardımcı olabilir. Ayrıca ektopik gebeliği azaltmaktadır (83).

Tüp ligasyonu güvenli bir doğum kontrol yöntemidir. Ancak ameliyat ve anestezi gerektirdiğinden enfeksiyon veya yaranın apsesi gibi bazı nadir komplikasyonlar görülebilmektedir (83).

Tüp ligasyonu işlemi öncesi pelvik muayene ve kan basıncı taraması şarttır. Mevcut olduğunda, bir hemoglobin testi güvenli ve etkili kullanıma katkıda bulunabilir (83).

İlk yılda 1000 kadında 5 gebelik 10 yıldan fazla kullanıldığında 1000 kadında 18-19 gebelik beklenmektedir (83).

2.8.2.4.2. Vazektomi

Sperm, testislerde üretilir ve vaz deferens adlı kanal aracılığıyla penise taşınır. Skrotumda küçük kesi yoluyla, spermi penise taşıyan iki adet olan vas deferensler bloke edilir. Vas deferensleri bağlanıp kesilmesi sonucunda sperm semenden uzak tutulmuş olur. Semen boşalır, ancak hamileliğe neden olamaz (83).

Vazektomi yapılmadan önce genital muayene yapılmalıdır. Güvenli, kalıcı ve kullanışlı olan vazektomi ile erkek yükü kadının üzerinden almakta doğum kontrolünün sorumluluğunu üstlenmekte; kadınlar için birçok yöntemden daha az yan etki ve komplikasyona sahip; erkekler cerrahi işlemten sonra da semen üretmeye, aynı cinsel işlev, arzu ve heyecanları yaşamaya devam etmektedir (83).

Vazektomi yaptıran erkeklerin partnerleri arasında, yöntemin kullanıldığı ilk yıl içinde her 1000 kadından 2'den azında gebelik beklenmektedir. Vazektomi, işlemten sonraki 3 ay boyunca tam olarak etkili olmayabileceğinden bu süre zarfında ya prezervatif ya da başka bir yöntem kullanılmalıdır. Bazen erkekler işlemten 3 ay sonra menilerinin hala sperm içerip içermediğini görmek için incelenebilir. Sperm bulunamazsa, bu erkeklerin partnerlerinde ilk yılda her 1000 partnerinden 1'i gebelik beklenmektedir. Üç yıldan fazla kullanımda 1.000 kadında yaklaşık 4 gebelik beklenmektedir (83).

2.9. TUTUM KAVRAMI VE ÖLÇÜLMESİ

Günlük hayatımızda sıklıkla kullandığımız “tutum” kavramının, yaşantımızdaki sosyal davranışlarla olan ilişkisi ve nasıl oluştuğunu anlamak önemlidir. Tutumla ilgili birçok tanım yapılmıştır.

Bunların bazıları:

Allport’a göre tutum “yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumudur.” Bu tanıma göre yaşantı ve deneyimlerle öğrenme süreci sonucunda oluşan davranmaya hazırlık ya da eğilim olarak görmekte, davranışa ilişkin verebileceği bilgileri vurgulamaktadır (91,92).

Katz’a göre tutum ise “bireyin sahip olduğu değerler dizgesine bağlı olarak bir simgeyi, bir nesneyi, bir kişiyi veya dünyayı iyi ya da kötü, yararlı ya da zararlı yönleriyle algıladığı bir ön düşünce biçimidir.” Bu tanımda ise tutum bireyin çevresindeki bir simgeyi ya da bir olayı olumlu ya da olumsuz değerlendirme eğilimi olduğu vurgulanmaktadır (91,93).

McClelland için de tutum “bireyin şimdiki davranışını belirleyen geçmiş deneyimlerinin bir özetidir.” şeklinde tanımlamıştır (91).

Organize olmuş duygu, inanç ve davranış eğilimleri olan tutum kavramı belirli nesne, durum, kurum, kavram ya da diğer insanlara karşı öğrenilmiş, olumlu ya da olumsuz tepkide bulunma eğilimidir (94).

Yaşantılar yoluyla öğrenilen tutum, bireyin davranışlarına yön vermekte ve bireyin davranışlarına tutarlılık getirmektedir (95). Bireyin tutumu oluşuktan sonra, ona yansız bakması mümkün değildir.

Tutumların bilinmesi ile insanların davranışları tahmin edilebilmekte ve olumsuz tutumların neden olduğu sonuçlara karşı önlemlerin alınması sağlanmaktadır. Tutumlar davranışlarımıza yön veren davranışlarımızın gerisindeki psikolojik özellikler olduğundan ölçülmesi de birey ve toplum açısından son derece önemlidir (91).

Tutumların ölçülebilmesi, tanımlanabilmesine bağlıdır (94). Soyut bir kavram olan tutum doğrudan gözlenemediğinden dolayı ölçülmesi fiziksel değişkenleri ölçmekten çok daha zordur. Tutumların ölçülmesinde bireyin bir tutuma ilişkin

tepkisinin belirli kurallara göre sayısal olarak değerlendirilmesi esasına dayanmaktadır. Likert dereceleme toplamlarıyla ölçekleme tekniğinin ucuz ve kullanımının basit olması aynı zamanda uygulama, puanlama ve cevaplamanın kolay, tekrarlanabilir olması, sistematik bir yaklaşım ile kesin ölçümler ortaya koyması gibi nedenlerden ötürü en yaygın kullanılan yöntemdir (95).

Likert tipi ölçekler 3, 5, 7, 9 ve 11 dereceli olabilir. Ancak en ideali beşli derecelendirmedir. Birey, ölçek maddelerine tamamen katılıyorumdan (1) tamamen katılmıyorduma (5) kadar derecelendirilir. Maddelere verilen cevaplar toplanır, toplam puan bireyin konu hakkındaki tutum puanını yansıtmaktadır (91,94).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TİPİ

Kesitsel tipte bir araştırma olup Adıyaman Göçmen Sağlığı Merkezine başvuran kadınlar arasında yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Çalışma Göçmen sağlığı merkezine başvuran üreme çağındaki 15-49 yaş arası kadınlardan etik açıdan 18-49 yaş arası evli ve/veya boşanmış geçici koruma altındaki Suriyeli kadınlar arasında yapılmıştır.

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- 18-49 yaşları aralığında olan,
- Geçici koruma statüsünde kadın olan,
- Evli ve/veya boşanmış olan.

Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri;

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen,
- 18-49 yaş aralığında olmayan,
- Erkek olan,
- Hiç evlenmemiş olmak.

Örneklem gurubunun belirlenmesinde $N = \frac{t^2 pq}{d^2}$ formülü kullanılmıştır (96).

Gerekli literatür taraması yapılmış, aile planlaması yöntem kullanım sıklığı yüzde 75,1 olduğu görülmüştür (6). %95 güven aralığı, %5 sapma ile örnekleme alınacak kişi sayısı 288 kişi olarak hesaplanmıştır.

N: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,75)

q: İncelenen olayın görülmeme sıklığı (1-p =0,25)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0,05)

23/03/2022-23/06/2022 tarihleri arasında gönüllü olan 288 kişiye ulaşılmıştır. Ayrıca 12 kişi araştırmamıza katılmayı reddetti.

3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Aile planlamasına yönelik tutum ölçeğini geliştiren Özlem ÖRSAL'dan 07/02/2022 tarihinde ölçeğin kullanılabilmesi için gerekli izin e-posta yoluyla alınmıştır (Bkz. EK-1).

Çalışmanın yapılabilmesi için T.C. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı'ndan 10/12/2021 tarihli ve E-62103649-000-57166 sayı numaralı yazı ile gerekli izin alınmıştır (Bkz. EK-2). Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü 'nden 10/03/2022 tarihli ve E-13389845-799 sayı numaralı gerekli izin alınmıştır (Bkz. EK-3).

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16/02/2022 tarihli ve 2022/2-10 karar sayısı ile gerekli etik kurul izni alınmıştır (Bkz. EK-4).

Çalışmaya alınan kadınlara çalışmanın amacını anlatan aydınlatılmış onam formu verilmiş olup gerekli açıklamalar yapılmış ve kadınlar gönüllü olmayı kabul etmelerinin ardından araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplanmasında 3 bölümden oluşan anket formu ve aile planlaması tutum ölçeği kullanılmıştır. Anketler çalışmayı gerçekleştirecek olan araştırmacılar tarafından tercüman eşliğinde yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Ankete katılım gönüllük esasına dayalı olup, anketler katılımcıların bilgilendirilmesi ve onam formunu imzalamasını takiben uygulanmıştır.

3.4.1. Anket Formu

Veri toplanmasında kullanılan anket formu 14 sorudan oluşan sosyodemografik bilgiler bölümü; 12 sorudan oluşan obstetrik bilgiler bölümü; 14 sorudan oluşan aile planlamasına yönelik bilgi düzeyleri ve tercihleri bölümü olmak üzere üç bölümden oluşan literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır.

Sosyodemografik bilgiler bölümünde;

Suriye’de ve Türkiye’de yaşanan yer, yaş, medeni durum, evlilik süresi, aile tipi, evde kaç kişi birlikte yaşadığı, kendinin ve eşinin eğitim durumu, kendinin ve eşinin mesleği, ekonomik durumunu sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

Obstetrik bilgiler bölümünde;

Gebelik sayısı, istenmeyen gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, isteyerek düşük sayısı (küretaj), doğum şekli, gebelik istemi, gebelik durumu, bu gebeliği isteme durumu, küretajı onaylama durumu ve ileride küretaj olmayı düşünme durumunu sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

Aile planlamasına yönelik bilgi düzeyleri ve tercihleri bölümünde;

Aile planlaması kavramı; akla gelen aile planlaması yöntemleri; yöntemlerin duyulma ve kullanılma sıklığı; katılımcıların en güvenilir yöntem tercihi; aile planlaması yönteminin ne zaman kullanıldığı; ilk kullanılan yöntem, ilk yöntem kullandığınızda kaç yaşında ve kaç çocuğun olduğu; şu anda gebeliği engellemek için yöntem kullanım durumu ve hangi yöntemin kullanıldığı; yöntem kullanırken gebe kalınma durumu, kullanırken gebe kalınan yöntemi; gebe kalmak için yöntemi bırakma durumu; kullanılan yöntemi kimin önerdiği; yöntemi seçme nedeni; yöntem kullanma kararını kimin verdiği; kullanılan yöntemin nereden temin edildiği; yöntem kullanmama durumu ve nedeni; yöntem kullanmama kararını kimin verdiği; gelecekte

yöntem kullanma düşüncesi ve hangi yöntemi kullanılacağı; aile planlaması ile ilgili bilgi kaynağını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği

Örsal ve Kubilay tarafından 2006 yılında geliştirilen ölçek 34 sorudan oluşmakta olup 5’li likert tipi tamamen katılıyorumdan (1) tamamen katılmıyorum (5) kadar olan bir ölçektir (97). Ölçekte en az 34 en fazla 170 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan artıkça, aile planlaması tutumu da olumlu yönde artmaktadır. Ölçeğin orijinal formunun Cronbach alfa değeri 0,90’dır. Çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0,945 olarak hesaplanmıştır.

3.5. İSTATİKSEL ANALİZ

Elde edilen veriler istatistik paket programa kaydedilerek; hata kontrolleri, tablolar ve istatistiksel analizler bu program aracılığıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler, sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standard sapma, medyan değerleri ile ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler t testi, one way anova, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi ile incelenmiştir. Kategorik yapıdaki değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-Kare ve Fischer’s kesin Ki-Kare testiyle incelenmiştir. Çok değişkenli analizde, önceki analizlerden elde edilen olası faktörler kullanılarak modern yöntem kullanımını öngörmede lojistik regresyon analizi kullanıldı. Model uyumu için Hosmer and Lemeshow Testi kullanıldı ve $p>0,05$ değeri anlamlı kabul edildi. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiş ve $p<0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMA SINIRLILIKLARI

Suriyeli geçici koruma statüsündeki kadınların çalışmadaki sorulara doğru yanıt verdiği varsayılarak yapılmıştır. Araştırmada, tez süresi içerisinde tüm mültecilere ulaşılma imkânı olmadığından, örneklem grubu seçilmiştir. Ayrıca anketlerin uygulanması sırasında tercüman kullanılması sebebiyle, çeviri sırasında olası bilgi kayıpları çalışmamızın sınırlılıkları arasındadır.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $31,02 \pm 7,72$ olarak bulundu. Yaş grupları incelendiğinde %2,4'ü 15-19 yaş arası, %21,9'u 20-24 yaş arası, %22,9'u 25-29 yaş arası, %23,3'ü 30-34 yaş arası, %14,2'si 35-39 yaş arası, %7,3'ü 40-44 yaş arası, %8,0'ının 45-49 yaş arası olduğu görüldü.

Tablo 4. Katılımcıların bazı sosyodemografik verilerinin ortalamaları

	<i>X$\pm$SD</i>	<i>MED (MİN-MAX)</i>
Yaş (N=288)	31,02 $\pm$ 7,72	30(18-49)
Evlilik süresi (N=283)	11,78 $\pm$ 7,44	10(0,08-32)
Evdeki kişi sayısı (N=288)	6,35 $\pm$ 2,61	6(2-17)
Ekonomik Durum Algısı (₺) (N=288)	3217,46 $\pm$ 1173,38	3178,64(900-8000)
İyi (N=51)	4968,75 $\pm$ 971,95	4968,75(2500-8000)
Orta (N=173)	3178,64 $\pm$ 623,42	3178,64(900-5000)
Kötü (N=64)	1926,82 $\pm$ 531,25	1926,82(1000-3500)

Araştırmaya katılan kadınların %98,3'ünün medeni durumunun evli ve ortalama evlilik süresinin 11,78 $\pm$ 7,44 olduğu görülmüş olup evlilik süreleri dağılımı %44,5'inin 10 yıl ve altı, %36,8'inin 10-19 yıl arası, %18,7'sinin 20 yıl ve üzeri olduğu saptandı.

Tablo 5. Katılımcıların yaş gruplarına, medeni durumlarına ve evlilik sürelerine göre dağılımı

	<i>N</i>	<i>%</i>
Yaş Grupları		
18-19 yaş arası	7	2,4
20-24 yaş arası	63	21,9
25-29 yaş arası	66	22,9
30-34 yaş arası	67	23,3
35-39 yaş arası	41	14,2
40-44 yaş arası	21	7,3
45-49 yaş arası	23	8,0
Medeni durum		
Evli	283	98,3
Dul	3	1,0
Eşi ölmüş	2	0,7
Evlilik süresi		
10 yıl altı	126	44,5
10-19 yıl arası	104	36,8
20 yıl ve üzeri	53	18,7

Aile tipleri incelendiğinde katılımcıların %68,1'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %31,9'unun geniş aile yapısına sahip olduğu görüldü. Evde kalan kişi sayısı ortalaması $6,35 \pm 2,61$ olup %11,8'inin 3 kişi ve altı, %44,8'inin 4-6 kişi arası, %38,5'inin 7-10 kişi arası, %4,9'unun 11 kişi ve üzeri olduğu görüldü.

Kadınların eğitim durumları incelendiğinde %13,6'sının okuryazar olmadığı, %30,2'unun ilkokul mezunu, %21,5'inin ortaokul mezunu, %19,8'inin lise mezunu, %14,9'unun yüksekokul mezunu olduğu saptanmış olup eşlerin eğitim durumları incelendiğinde ise %7,1'inin okuryazar olmadığı, %34,3'ünün ilkokul mezunu, %21,6'sının ortaokul mezunu, %10,9'unun lise mezunu, %26,1'inin yüksekokul mezunu olduğu saptandı.

Tablo 6. Katılımcıların aile tiplerine, evdeki kişi sayısına, Suriye'de ve Türkiye'de yaşanan yere göre dağılımları

	<i>N</i>	%
<i>Aile tipi</i>		
Çekirdek aile	196	68,1
Geniş aile	92	31,9
<i>Evdeki kişi sayısı</i>		
3 kişi ve altı	34	11,8
4-6 kişi arası	129	44,8
7-10 kişi arası	111	38,5
11 kişi ve üzeri	14	4,9
<i>Suriye'de yaşanan yer</i>		
İl merkezi	164	56,9
İlçe merkezi	88	30,6
Köy-bucak	36	12,5
<i>Türkiye'de yaşanan yer</i>		
İl merkezi	156	54,2
İlçe merkezi	132	45,8

Suriye'de ve Türkiye'de yaşanan yerlerin dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %56,9'u Suriye'de il merkezinde iken Türkiye'de %54,2'si il merkezinde; %30,6'sı Suriye'de ilçe merkezinde iken Türkiye'de %45,8'i ilçe merkezinde; %12,5'i Suriye'de köyde yaşadığı görüldü.

Tablo 7. Katılımcıların ve eşlerinin eğitim seviyelerine göre dağılımı

	<i>N</i>	%
<i>Eğitim seviyesi</i>		
Okuryazar değil	39	13,6
İlkokul mezunu	87	30,2
Ortaokul mezunu	62	21,5
Lise mezunu	57	19,8
Lisans ve lisansüstü	43	14,9
<i>Eşin eğitim seviyesi</i>		
Okuryazar değil	20	7,1
İlkokul mezunu	97	34,3
Ortaokul mezunu	61	21,6
Lise mezunu	31	10,9
Lisans ve lisansüstü	74	26,1

Katılımcıların %89,2'si Suriye'de ev hanımı iken Türkiye'de bu oran %93,1'di. Eşlerin %21,5'i Suriye'de, %7,8'i Türkiye'de herhangi bir işte çalışmamaktadır. Ayrıca Eşlerin %32,9'u Suriye'de, %55,1'i Türkiye'de işçi olarak çalışmaktadır.

Tablo 8. Katılımcıların meslek dağılımları

	<i>N</i>	%
<i>Suriye'deki meslek (N=288)</i>		
Ev hanımı	257	89,2
Memur	23	8,0
Diğer	8	2,8
<i>Türkiye'deki meslek (N=288)</i>		
Ev hanımı	268	93,1
Memur	13	4,5
Diğer	7	2,4

Katılımcıların ekonomik durum algısına bakıldığında %17,7'sinin gelir durumunu iyi olarak algıladığı ve iyi olarak algılayanların ev kirası düştükten son gelirlerinin ortalaması 4968,75±971,95 TL'dir. Katılımcıların %60,1'inin gelir durumunu orta olarak algıladığı ve ortalaması 3178,64±623,42 TL olduğu; %22,2'sinin kötü olarak algıladığı ve ortalaması 1926,82±531,25 TL olduğu görüldü.

Tablo 9. Katılımcıların eşlerinin meslek dağılımları

	<i>N</i>	%
<i>Eşin Suriye'deki mesleği (N=283)</i>		
İşsiz	61	21,5
İşçi	93	32,9
Memur	67	23,7
Serbest meslek	62	21,9
<i>Eşin Türkiye'deki mesleği</i>		
İşsiz	22	7,8
İşçi	156	55,1
Memur	48	17,0
Serbest meslek	57	20,1

4.2. KATILIMCILARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların ilk doğum yaşları ortalaması $19,37 \pm 3,19$ olmakla birlikte %47,1'inin 18 yaş ve altında, %45'inin 19-24 yaş arası, %7,9'unun 25-35 yaş arası olduğu görüldü.

Kadınların gebelik sayıları ortalamaları $4,74 \pm 2,42$ olduğu görülmüş olup %17,7'sinin gebelik sayısının 2 ve altı olduğu, %30,9'unun gebelik sayısının 3-4 arası olduğu, %51,4'ünün ise 5 ve üzeri gebelik sayısı olduğu saptandı. Katılımcıların %17,7'si istenmeyen gebeliği olduğunu belirtmiş olup istenmeyen gebelik sayısı ortalaması $1,66 \pm 0,64$ olduğu saptandı. Kadınların %53,1'i gebe kalmayı istiyorken %46,9'u gebe kalmayı istemediği saptandı. Kadınların %25,0'ının gebe olduğu, gebe olanların %93,0'ının gebeliği istiyorken %7,0'ının gebeliği istemediği saptandı.

Tablo 10. Katılımcılara ait bazı obstetrik verilerin ortalaması

	<i>X$\pm$SD</i>	<i>MED(MİN-MAX)</i>
İlk doğum yaşı	$19,37 \pm 3,19$	19(14-35)
Gebelik sayısı	$4,74 \pm 2,42$	5(0-14)
İstenmeyen gebelik sayısı (N=54)	$1,66 \pm 0,64$	2(1-3)
Doğum Sayısı	$3,87 \pm 1,98$	4(0-9)
Yaşayan çocuk sayısı	$3,82 \pm 1,98$	4(0-9)
Düşük sayısı (N=82)	$1,96 \pm 1,14$	2(1-6)
Küretaj (isteyerek düşük) sayısı (N=16)	$1,81 \pm 0,65$	2(1-3)

Kadınların doğum sayısı ortalaması $3,87 \pm 1,98$ olup %3,5'inin hiç doğum yapmadığı, %22,9'unun 1-2 doğum yaptığı, %35,4'ünün 3-4 doğum yaptığı, %38,2'sinin 5 ve üzeri doğum yaptığı saptandı.

Kadınların %70,1'inin vajinal yolla doğum yaptığı, %16,9'unun sezaryen ile doğum yaptığı, %12,9'unun vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yaptıkları saptandı.

Katılımcıların yaşayan çocuk sayıları ortalaması $3,82 \pm 1,98$ olup %3,5'inin çocuk sahibi olmadığı, %23,6'sının 1-2 çocuk sahibi olduğu, %35,4'ünün 3-4 çocuk sahibi olduğu, %37,5'unun 5 ve üzeri çocuk sahibi olduğu saptandı.

Tablo 11. Katılımcıların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı

	<i>N</i>	%
<i>İlk doğum yaşı</i>		
18 yaş ve altı	131	47,1
19-24 yaş arası	125	45,0
25-35 yaş arası	22	7,9
<i>Gebelik sayısı</i>		
2 ve altı	51	17,7
3-4	89	30,9
5 ve üzeri	148	51,4
<i>Doğum sayısı</i>		
0	10	3,5
1-2	66	22,9
3-4	102	35,4
5 ve üzeri	110	38,2
<i>Doğum şekli (N=278)</i>		
Normal vajinal yolla	195	70,1
Sezaryen	47	16,9
Her ikisi	36	12,9
<i>Yaşayan çocuk sayısı</i>		
0	10	3,5
1-2	68	23,6
3-4	102	35,4
5 ve üzeri	108	37,5
<i>Düşük sayısı</i>		
0	206	71,5
1-2	64	22,2
3 ve üzeri	18	6,3

Kadınların %71,5'inin düşük yapmadığı, %22,2'inin 1-2 düşük yaptığı, %6,3'ünün 3 ve üzeri düşük yaptığı saptanmış olup düşük yapanların düşük sayıları ortalaması $1,96 \pm 1,14$ olduğu görüldü. Kadınların %94,4'ünün isteyerek düşük (küretaj) yapmadığını belirtirken %5,6'sının isteyerek düşük yaptığı saptandı. İsteyerek düşük yapanların isteyerek düşük yapma ortalamasının $1,81 \pm 0,65$ olduğu görüldü. Katılımcıların tamamı küretajı onaylamamakla birlikte gelecekte küretaj yaptırmayacakları belirlendi.

Tablo 12. Katılımcıların obstetrik öyküleri ve tercihleri

	N	%
<i>İstemeyen gebeliği olma durumu (N=54)</i>		
Var	54	18,7
Yok	234	81,3
<i>Küretaj olma durumu</i>		
Var	16	5,6
Yok	272	94,4
<i>Gebelik istemi</i>		
Evet	153	53,1
Hayır	135	46,9
<i>Gebelik durumu</i>		
Evet	72	25,0
Hayır	216	75,0
<i>Bu gebeliği istiyor muydunuz?</i>		
Evet	67	93,0
Hayır	5	7,0
<i>Küretajı onaylıyor musunuz?</i>		
Evet	0	0,0
Hayır	288	100,0
<i>İleride küretaj olma yoluna gider misiniz?</i>		
Evet	0	0,0
Hayır	288	100,0

4.3. KATILIMCILARIN AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Katılımcı kadınların aile planlaması deyince %34,7'sinin az çocuk yapma, %28,1'inin bakabileceği sayıda çocuk sahibi olma, %22,9'unun çocuk yapmama, %7,7'sinin cinsel yaşamın kısıtlanması, %6,6'sının kısırlık olarak tanımladıkları saptandı.

Kadınlara aile planlaması yöntemleri dendiğinde akıllarına %54,9'unun RİA; %52,8'inin oral kontraseptif (OKS); %38,2'inin kondom; %23,3'ünün geri çekme, takvim yöntemi gibi geleneksel yöntemler; %16,0'ının enjeksiyon; %4,9'unun tüp ligasyonu geldiği belirlendi.

Katılımcıların %54,9'unun aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Katılımcıların %51,7'si modern yöntem kullanıyorken %48,3'ünün kullanmadığı saptandı. Kadınların aile planlaması yöntemi olarak %38,5'inin RİA'yı kullandığı, %34,4'ünün oral kontraseptifleri kullandığı, %27,4'ünün kondomu kullandığı, %27,1'inin geri çekme yöntemini kullandığı, %8,7'sinin tüp ligasyonunu kullandığı, %5,6'sının takvim yöntemini kullandığı saptandı.

Katılımcı kadınların %30,6'sının en güvenilir yöntem olarak RİA'yı tercih ettiği; %16,7'sinin oral kontraseptifleri tercih ettiği; %7,6'sının geri çekme, takvim yöntemi gibi geleneksel yöntemleri tercih ettiği; %5,9'unun kondomu tercih ettiği; %5,9'unun tüp ligasyonunu tercih ettiği; %33,3'ünün en güvenilir yöntem tercihi yapmadığı saptandı.

Tablo 13. Katılımcıların aile planlaması algısı

	N	%
<i>Aile planlaması denilince aklınıza ne geliyor?</i>		
Az çocuk yapma	100	34,7
Bakabileceği sayıda çocuk sahibi olma	81	28,1
Çocuk yapmama	66	22,9
Cinsel yaşamın kısıtlanması	22	7,7
Kısırlık	19	6,6
<i>Aklınıza gelen 3 tane aile planlaması yöntemi söyler misiniz?</i>		
RİA	158	54,9
OKS	152	52,8
Kondom	110	38,2
Geleneksel (Geri çekme, takvim yöntemi vb.)	68	23,3
Enjeksiyon	46	16,0
Tüp ligasyonu	14	4,9

Aile planlaması yöntemlerini katılımcıların %45,1'inin hiç kullanmadığı, %9,7'sinin ilk doğumdan itibaren kullandığı, %29,2'sinin ikinci doğumdan itibaren kullandığı, %16,0'ının başka bir zamanda kullandığı belirlendi.

Kadınların ilk aile planlaması yöntemi olarak %38,0'mın RİA'yı kullandığı, %32,9'unun oral kontraseptifleri kullandığı, %15,8'inin kondomu kullandığı, %13,3'ünün geri çekme yöntemini kullandığı saptandı. İlk aile planlaması yöntemi kullanıldığında yaş ortalaması $23,05 \pm 4,37$ olup sahip olunan çocuk sayıları ortalaması $2,31 \pm 1,14$ olarak saptandı.

Aile planlaması yöntemi kullananların %69,0'ının şu anda bir yöntem kullandığı saptanmış olup şu anda kullananların %48,6'sı RİA'yı kullandığı, %22,9'u tüp ligasyonunu kullandığı, %16,5'i oral kontraseptifleri kullandığı, %7,4'ü geri çekme yöntemini kullandığı, %4,6'sının prezervatif kullandığı saptandı. Şu anda kullanılan aile planlaması yöntemlerinin kullanılma süresi ortalaması $2,30 \pm 1,39$ olarak saptandı.

Tablo 14. Katılımcıların modern yöntem tercihleri ve kullanım sıklığı

	<i>N</i>	%
<i>Modern yöntem kullanımı</i>		
Var	149	51,7
Yok	139	48,3
<i>Yöntemlerin kullanılma sıklığı *</i>		
RİA	111	38,5
OKS	99	34,4
Kondom	79	27,4
Geri çekme	78	27,1
Tüp ligasyonu	25	8,7
Tehlikesiz günler	16	5,6
<i>En güvenilir yöntem tercihi</i>		
RİA	88	30,6
OKS	48	16,7
Geleneksel (geri çekme, tehlikesiz günler)	22	7,6
Kondom	17	5,9
Tüp ligasyonu	17	5,9
Bilmiyor	96	33,3

*N de katılanmalar olmuştur ancak yüzdeler toplam örneklem sayısından hesaplanmıştır.

Katılımcılardan aile planlaması yöntemi kullananların %10,1'i yöntem kullanırken gebe kaldıklarını belirtmiş olup yöntem kullanırken gebe kalanların %75,0'ı geri çekme yöntemini kullandığı, %25,0'ı oral kontraseptifleri kullandığı saptandı.

Katılımcılardan aile planlaması yöntemi kullananların %15,8'inin gebe kalmak için aile planlaması yöntemini bıraktıkları saptandı.

Katılımcıların %61,4'ü kullandıkları yöntemin kendi kararları olduğu, %24,1'ini arkadaş-akrabaların önerdiği, %14,6'sını sağlık çalışanlarının önerdiği saptandı. Kadınların %32,3'ünün yan etki olmadığı için, %18,4'ünün daha fazla çocuk istemediği için, %16,5'inin yöntemi daha önceden kullandığı için, %15,2'sinin eşinin tercihi olduğu için, %12,0'ının etkili kullanım kolay olduğu için, %5,7'sinin diğer yöntemlerden memnun olmadığı için kullandıkları aile planlaması yöntemini seçtikleri saptandı. Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanma kararının %82,9'unu eşi ile birlikte aldıkları, %10,1'inde eşinin karar verdiğini, %7'sinin kendileri kullanma kararını verdiğini saptanmıştır.

Tablo 15. Aile planlaması yöntem kullanımı ile ilgili bazı veriler

	<i>N</i>	%
<i>Aile planlaması yöntemini ne zaman kullandınız?</i>		
Hiç kullanmadı	130	45,1
İlk doğumdan itibaren	28	9,7
İkinci doğumdan itibaren	84	29,2
Diğer	46	16,0
<i>Gebeliği engellemek için ilk kullandığınız yöntem (N=158)</i>		
RİA	60	38,0
OKS	52	32,9
Kondom	25	15,8
Geri çekme	21	13,3
<i>Şu anda gebeliği engellemek için yöntem kullanıyor musunuz?</i>		
Evet	109	69
Hayır	49	31
<i>Şu anda kullanılan aile planlaması yöntemleri</i>		
RİA	53	48,6
Tüplerinin bağlanması	25	22,9
OKS	18	16,5
Geri çekme	8	7,4
Kondom	5	4,6

Katılımcı kadınlar kullandıkları aile planlaması yöntemlerini %55,7'sini devlet hastanelerinden, %27,5'ini eczanelerden, %22,1'ini birinci basamak sağlık kuruluşları olan aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinden temin ettikleri saptandı.

Tablo 16. Katılımcıların yöntem kullanırken gebe kalma durumu

	<i>N</i>	%
<i>Herhangi bir zamanda yöntem kullanırken mi gebe kaldınız? (N=158)</i>		
Evet	16	10,1
Hayır	142	89,9
<i>Kullanırken gebe kaldığınız yöntem neydi? (N=16)</i>		
Geri çekme	12	75,0
OKS	4	25,0
<i>Gebe kalmak için mi yöntemi bıraktınız?</i>		
Evet	25	15,8
Hayır	133	84,2

Katılımcı kadınların %72,9'u cinsel hayatlarının belli bir döneminde aile planlaması yöntemi kullanmadıkları saptandı. Yöntem kullanmama nedenlerinden doğurganlıkla ilgili olanlar incelendiğinde %52,4'ü gebe veya gebe kalmak istediği, %46,2'si sık olmayan ilişki veya ilişki yokluğundan dolayı, %16,7'si gebe kalmasının zor olmasından dolayı, %9,5'i emzirdiğinden dolayı, %3,8'i menapozda olduğundan dolayı aile planlaması yöntemi kullanmadıkları saptandı. Aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların %52,4'ü aile planlaması yöntemleri için temin edebilecekleri

kaynağı bilmediğinden dolayı, %51,0'ının ise aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi eksikliğinden dolayı yöntem kullanmadıkları saptandı. Yöntemle ilgili nedenlerden %27,1'i sağlığa olabilecek yan etkisinden dolayı, %20,0'ı temin zorluğundan dolayı, %13,8'i kullanışlı olmadığından dolayı yöntem kullanmadıkları saptandı.

Tablo 17. Katılımcıların yöntemleri kimin önerdiği, yöntemi seçme nedeni, yöntem kullanma kararını kimin verdiği ve yöntemin nereden temin edildiğinin dağılımları

	<i>N</i>	%
<i>Kullandığınız yöntemi kim önerdi (N=158)</i>		
Kendi kararı	97	61,4
Arkadaş, eş dost, akraba	38	24,1
Sağlık çalışanı	23	14,6
<i>Kullandığınız yöntemi seçme nedeniniz (N=158)</i>		
Yan etki yok	51	32,3
Daha fazla çocuk istemiyorum	29	18,4
Daha önce kullandığım yöntem	26	16,5
Eşi öyle istiyor	24	15,2
Etkili kullanımı kolay	19	12,0
Diğerlerinden memnun değilim	9	5,7
<i>Yöntem kullanma kararını kim verdi (N=158)</i>		
Eşinizle birlikte	131	82,9
Eşiniz	16	10,1
Siz	11	7,0
<i>Kullandığınız yöntemi nereden temin ettiniz?</i>		
Devlet hastanesi	83	55,7
Eczane	41	27,5
Aile Sağlığı Merkezi-TSM	33	22,1

* N de katılanmalar olmuştur ancak yüzdelik modern yöntem kullanan sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Aile planlaması yöntemlerine %32,9'unun eşinin karşı olduğundan dolayı, %43,8'inin dini nedenlerden dolayı, %20,0'ının yöntem almaya utandığından dolayı yöntem kullanmadıkları saptandı. Yöntem kullanmama kararını %57,6'sının eşiyle beraber verdiği, %26,2'sinin eşinin verdiği, %9,5'unun kendisinin verdiği saptandı.

Tablo 18. Katılımcıların yöntem kullanmama durumları ve nedenlerinin dağılımı

	<i>N</i>	%
<i>Herhangi bir zamanda yöntem kullanmama durumu</i>		
Evet	210	72,9
Hayır	78	27,1
<i>Herhangi bir zamanda yöntem kullanmama nedeniniz (N=210) *</i>		
<i>Doğurganlıkla ilgili nedenler</i>		
Gebe veya gebe kalmak istiyor	110	52,4
Sık olmayan ilişki veya ilişki yokluğu	97	46,2
Gebe kalması zor	35	16,7
Yeni doğum yapmış emziriyor	20	9,5
Menapoz	8	3,8
<i>Bilgi eksikliği</i>		
Kaynak bilmiyor	110	52,4
Yöntem bilmiyor	107	51,0
<i>Yöntemle ilgili nedenler</i>		
Sağlık kaygısı (yan etki)	57	27,1
Temin zorluğu	42	20,0
Kullanışlı değil	29	13,8
Eşi karşı	69	32,9
Dini nedenler/kadercilik	92	43,8
Yöntem almaya utanıyor	42	20,0
<i>Yöntem kullanmama kararını kim verdi? (N=210)</i>		
Eşinizle birlikte	121	57,6
Eşiniz	55	26,2
Siz	20	9,5
Diğer	14	6,7

* N de katılanlar olmuştur ancak yüzdelik herhangi bir zamanda yöntem kullanmama durumu (n=210) üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların %56,3'sünün gelecekte yöntem kullanacağı, %39,2'sinin gelecekte yöntem kullanmayacağı, %4,5'inin ise gelecekte yöntem kullanma konusunda kararsız olduğu görüldü. Gelecekte yöntem kullanacağını belirten katılımcıların %64,9'u RİA kullanacağını, %22,3'ü oral kontraseptifleri kullanacağını, %6,1'i prezervatif kullanacağını belirtiyorken %6,8'i gelecekte hangi yöntem kullanacağı konusunda kararsız olduğu görüldü.

Tablo 19. Katılımcıların gelecekte aile planlaması tercihleri

	<i>N</i>	%
<i>Gelecekte yöntem kullanmayı düşünüür müsünüz? (n=263) *</i>		
Evet	148	56,3
Hayır	103	39,2
Kararsız	12	4,5
<i>Gelecekte hangi yöntem kullanmayı düşünürsünüz?</i>		
RİA	96	64,9
OKS	33	22,3
Kondom	9	6,1
Kararsız	10	6,8

* Tüp ligasyonu yaptıran 25 kişi dışlanmıştır.

Katılımcı kadınlar aile planlaması ile ilgili bilgi kaynağı olarak %61,1'i interneti kullanmaktadır. Aile bireyleri ve arkadaşlarından oluşan sosyal çevresini bilgi kaynağı olarak %65,3'i kullanmaktadır. Ayrıca %58,3'i arkadaşlarını ve %54,5'i aile bireylerini, %44,8'i sağlık kuruluşunu, %29,5'i yayın ve yayım organlarını, %4,5'i başka bir kaynağı kullandıkları saptandı.

Tablo 20. Katılımcıların aile planlaması ile ilgili bilgi kaynaklarının dağılımı

	<i>N</i>	%
<i>Aile planlaması ile ilgili bilgi kaynağınız? *</i>		
İnternet	176	61,1
Arkadaş	168	58,3
Aile bireyleri	157	54,5
Sağlık kuruluşu	129	44,8
Yayın ve yayım organları	85	29,5
Diğer	13	4,5

* N de katılanlar olmuştur ancak yüzdelik toplam örneklem sayısından hesaplanmıştır.

4.4. BAZI VERİLERİN ORTALAMALARININ MODERN YÖNTEM KULLANIMINA GÖRE KIYASLANMASI

Modern yöntem kullananların yaş, evlilik süresi, hanedeki kişi sayısı, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptandı.

Tablo 21. Modern yöntem kullanımına göre bazı verilerin ortalamalarının kıyaslanması

	<i>Modern yöntem kullanan (N=149)</i>	<i>Hiç kullanmamış (N=139)</i>	<i>İstatistik</i>
Yaş	32,87±7,86	29,04±7,07	T=4,433 p<0,001
Evlilik süresi	14,00±7,53	9,41±6,58	T=5,467 p<0,001
Evdeki kişi sayısı	7,02±2,72	5,64±2,29	T=4,659 p<0,001
Gelir	3137,89±1114,33	3302,75±1231,87	T=-1,188 p=0,236
İlk doğum yaşı	19,12±3,07	19,66±3,31	T=-1,400 p=0,163
Gebelik sayısı	5,34±2,50	4,10±2,16	T=4,494 p<0,001
Doğum sayısı	4,46±1,90	3,23±1,88	T=5,517 p<0,001
Yaşayan çocuk sayısı	4,44±1,87	3,15±1,89	T=5,776 p<0,001

Modern yöntem kullananların yaş ortalaması 32,87±7,86 ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek iken yöntem kullanmayanların 29,04±7,07 ile daha düşük saptandı. Modern yöntem kullananların evlilik süresi ortalaması 14,00±7,53 ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek iken kullanmayanların evlilik süresi ortalaması 9,41±6,58 ile daha düşük saptandı.

Modern yöntem kullananların hanedeki kişi sayısı ortalaması 7,02±2,72 ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek iken yöntem kullanmayanların 5,64±2,29 ile daha düşük saptandı.

Modern yöntem kullananların gebelik sayısı ortalaması 5,34±2,50 ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek iken yöntem kullanmayanların 4,10±2,16 ile daha düşük saptandı. Modern yöntem kullananların doğum sayısı ortalaması 4,46±1,90 ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek iken yöntem kullanmayanların 3,23±1,88 ile daha düşük saptandı. Modern yöntem kullananların yaşayan çocuk sayısı ortalaması 4,44±1,87 ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek iken yöntem kullanmayanların 3,15±1,89 ile daha düşük saptandı.

4.5. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİNE GÖRE MODERN YÖNTEM KULLANIM SIKLIĞININ KIYASLANMASI

Yaş gruplarına göre modern yöntem kullanımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yaş artıkça modern yöntem kullanım sıklığı artmakta, yaş gruplarına göre modern yöntem kullanımı incelendiği ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı olup ($p=0,001$) bu farklılık 25 yaş altı gruptan kaynaklanmakta ve bu grupta aile planlaması yöntem kullanımının diğer gruplara göre daha az olduğu saptandı. 25 yaş altı grupta yöntem kullanım sıklığı (%31,5) az olmakla birlikte 35 yaş ve üzeri grupta ise yöntem kullanım sıklığı (%64,7) daha yüksek saptandı.

Tablo 22. Yaş gruplarına ve evlilik süresi gruplarına göre modern yöntem kullanımının kıyaslanması

	<i>Modern yöntem kullanan (N=149)</i>	<i>Hiç kullanmamış (N=139)</i>	<i>İstatistik</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	
Yaş grupları			
25 yaş altı	22 (31,5)	48 (68,6)	$X^2=17,603$ $p=0,001$
25-29	36 (54,5)	30 (45,5)	
30-34	36 (53,7)	31 (46,3)	
35 ve üzeri	55 (64,7)	30 (35,3)	
Evlilik süresi grupları			
10 yıl altı	48 (38,1)	78 (61,9)	$X^2=17,603$ $p<0,001$
10-19 arası	57 (54,8)	47 (45,2)	
20 ve üzeri	41 (77,4)	12 (22,6)	

Evlilik sürelerine artıkça modern yöntem kullanım sıklığı istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,001$) şekilde arttığı görüldü. 10 yıl ve altı grupta modern yöntem kullanım sıklığı %38,1 iken 20 yıl ve üzeri grupta %77,4 olduğu saptandı.

Tablo 23. Yaşanılan yerlere, aile tipine ve evdeki kişi sayılarına göre modern yöntem kullanımının kıyaslanması

	<i>Modern yöntem kullanan (N=149)</i>	<i>Hiç kullanmamış (N=139)</i>	<i>İstatistik</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	
<i>Suriye’de yaşanılan yer</i>			
İl merkezi	79 (48,2)	85 (51,2)	X ² =1,939 p=0,164
İlçe-bucak	70 (56,5)	54 (43,5)	
<i>Türkiye’de yaşanılan yer</i>			
İl merkezi	86 (55,1)	70 (44,9)	X ² =1,568 p=0,210
İlçe	63 (47,7)	69 (52,3)	
<i>Aile tipi</i>			
Çekirdek	89 (45,4)	107 (54,6)	X ² =9,839 p=0,002
Geniş aile	60 (65,2)	32 (34,8)	
<i>Evdeki kişi sayısı</i>			
6 ve altı	71 (43,6)	92 (56,4)	X ² =10,058 p=0,002
7 ve üzeri	78 (62,4)	47 (37,6)	

Suriye’de ve Türkiye’de yaşanılan yere göre modern yöntem kullanım sıklığı istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte Suriye’de il merkezinde %48,2 iken ilçe-bucakta %56,5 olduğu saptandı. Türkiye’de yaşanılan yere göre modern yöntem kullanım sıklığı il merkezinde %55,1 iken ilçede %47,7 olduğu saptandı.

Aile tipine göre modern yöntem kullanım sıklığı incelendiğinde, geniş aile tipine sahip olanlarda modern yöntem kullanım sıklığı istatistiksel olarak anlamlı (p=0,002) şekilde daha yüksekti. Geniş aile tipine sahip olanlarda modern yöntem kullanımı %65,2 iken çekirdek aile tipine sahip olanlarda %45,4 olduğu görüldü.

Evdeki kişi sayısı 7 ve üzeri olanlarda modern yöntem kullanımı istatistiksel olarak anlamlı olarak (p=0,002) daha fazlaydı. Evdeki kişi sayısı 7 ve üzeri olanlarda modern yöntem kullanımı %62,4 iken evdeki kişi sayısı 6 ve altı olanlarda modern yöntem kullanımı %43,6 olduğu görüldü.

Ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip olan kadınlarda modern yöntem kullanım sıklığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde (p<0,001) daha fazlaydı. Ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip olan kadınlarda modern yöntem kullanımı %79,9 iken lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlarda %49,6 olduğu saptandı. Eşleri lisans ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip olan kadınlarda modern yöntem kullanım sıklığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde (p<0,001) daha azdı. Eşleri lise ve altı eğitim seviyesine sahip olan kadınlarda modern yöntem kullanımı %63,6 iken eşleri lisans ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip olanlarda modern yöntem kullanımı %17,6 olduğu görüldü.

Tablo 24. Eğitim seviyelerine ve eşlerin eğitim seviyelerine göre modern yöntem kullanımının kıyaslanması

	<i>Modern yöntem kullanan (N=149)</i>	<i>Hiç kullanmamış (N=139)</i>	<i>İstatistik</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	
Eğitim seviyesi			
Ortaokul ve altı	119 (79,9)	69 (20,1)	X ² =28,986 p<0,001
Lise ve üzeri	30 (30,0)	70 (70,0)	
Eşin eğitim seviyesi			
Lise ve altı	136 (63,6)	78 (36,4)	X ² =46,441 p<0,001
Lisans ve lisansüstü	13 (17,6)	61 (82,4)	

Katılımcıların Suriye'deki ve Türkiye'deki mesleklerine göre modern yöntem kullanım sıklığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış olup ev hanımı olanlarda yöntem kullanım oranları anlamlı olmamakla birlikte yüksek saptandı.

Katılımcıların eşlerinin Suriye'deki mesleklerine göre modern yöntem kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüş olup bu farklılık memurlarda kullanım sıklığı %28,4 ile daha az olduğu saptandı. Yöntem kullanımı eşleri işsizlerde ve serbest mesleğe sahip olan kadınlarda yöntem kullanımı sırasıyla %63,9, %64,5 anlamlı olarak yüksekti.

Katılımcıların eşlerinin Türkiye'deki mesleklerine göre modern yöntem kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüş olup bu farklılık memurlardan kaynaklanmakta ve kullanım sıklığı %20,8 ile daha azdı. Yöntem kullanım sıklığı eşleri işçilerde ve serbest mesleğe sahip olan kadınlarda yöntem kullanım sıklığı sırasıyla %57,1, %59,6 anlamlı olarak yüksek saptandı.

Katılımcıların ekonomik durumlarına göre modern yöntem kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup bu farklılık ekonomik durumu iyi olanlarda kullanım sıklığı %27,5 ile daha azdı. Ekonomik durumu orta olanlarda yöntem kullanım sıklığı %58,4 ile anlamlı olarak yüksek saptandı.

Tablo 25. Mesleklere ve ekonomik durum algısına göre modern yöntem kullanımının kıyaslanması

	<i>Modern yöntem kullanan (N=149)</i>	<i>Hiç kullanmamış (N=139)</i>	<i>İstatistik</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	
<i>Suriye'deki meslek</i>			
Evhanımı	138 (53,7)	119 (46,3)	$X^2=3,675$ $p=0,055$
Çalışan	11 (35,5)	20 (64,5)	
<i>Türkiye'deki meslek</i>			
Evhanımı	141 (52,6)	127 (47,4)	$X^2=1,186$ $p=0,276$
Çalışan	8 (40)	12 (60)	
<i>Eşin Suriye'deki mesleği</i>			
İşsiz	39 (63,9) ^b	22 (36,1)	$X^2=22,349$ $p<0,001$
İşçi	48 (51,6)	45 (48,4)	
Memur	19 (28,4) ^a	48 (71,6)	
Serbest meslek	40 (64,5) ^b	22 (35,5)	
<i>Eşin Türkiye'deki mesleği</i>			
İşsiz	13 (59,1) ^b	9 (40,9)	$X^2=22,022$ $p<0,001$
İşçi	89 (57,1) ^b	67 (42,9)	
Memur	10 (20,8) ^a	38 (79,2)	
Serbest meslek	34 (59,6) ^b	23 (40,4)	
<i>Ekonomik durum algısı</i>			
İyi	14 (27,5) ^a	37 (72,5)	$X^2=15,155$ $p=0,001$
Orta	101 (58,4) ^b	72 (41,6)	
Kötü	34 (53,1) ^b	30 (46,9)	

Katılımcıların gebelik sayılarına göre modern yöntem kullanım sıklığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup gebelik sayısı 2 ve altı olan grupta yöntem kullanım sıklığı %33,3 ile daha az olduğu, gebelik sayısı 5 ve üzeri olan kadınlarda yöntem kullanım sıklığı %58,8 ile daha yüksek olduğu saptandı. Katılımcı kadınlardan istemeye gebeliği olanların modern yöntem kullanımı %66,7 ile istatistiksel düzeyde anlamlı olarak yüksek saptandı. Gebelik istemi olanlarla modern yöntem kullanım sıklığı %45,1 ile düşük iken gebelik istemi olmayanlarda yöntem kullanım sıklığı %59,3 ile yüksek saptanmış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. İstatistiksel olarak anlamlı şekilde gebe olan kadınlarda %34,7 ile modern yöntem kullanımı düşük saptanmışken gebe olmayan kadınlarda %57,4 ile yöntem kullanımı yüksek saptandı.

Tablo 26. Gebelikle ilgili bazı obstetrik özelliklere göre modern yöntem kullanımının kıyaslanması

	<i>Modern yöntem kullanan(N=149)</i>	<i>Hiç kullanmamış (N=139)</i>	<i>İstatistik</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	
Gebelik sayısı			
2 ve altı	17 (33,3) ^a	34 (66,7)	X ² =9,910 p=0,007
3-4	45 (50,6)	44 (49,4)	
5 ve üzeri	87 (58,8) ^b	61 (41,2)	
İstemeyen gebeliğin olma durumu			
Var	36 (66,7)	18 (33,3)	X ² =5,933 p=0,015
Yok	113 (48,3)	121 (51,7)	
Gebelik istemi			
Var	69 (45,1)	84 (54,9)	X ² =5,760 p=0,016
Yok	80 (59,3)	55 (40,7)	
Gebelik durumu			
Var	25 (34,7)	47 (65,3)	X ² =11,129 p=0,001
Yok	124 (57,4)	92 (42,6)	

Katılımcıların ilk doğum yaşlarına göre modern yöntem kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 18 ve altı ilk doğum yaşına sahip olan kadınlarda yöntem kullanım sıklığı %57,3 ile yüksek saptanmıştır.

Tablo 27. Doğumla ilgili bazı obstetrik özelliklere göre modern yöntem kullanımının kıyaslanması

	<i>Modern yöntem kullanan (N=149)</i>	<i>Hiç kullanmamış (N=139)</i>	<i>İstatistik</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	
İlk doğum yaşı			
18 ve altı	75 (57,3)	56 (42,7)	X ² =1,331 p=0,249
19 ve üstü	74 (50,3)	73 (49,7)	
Doğum sayısı			
2 ve altı	26 (34,2) ^a	50 (65,8)	X ² =20,541 p<0,001
3-4	49 (48,0)	53 (52,0)	
5 ve üzeri	74 (67,3) ^b	36 (32,7)	
Doğum şekli			
Vajinal yolla	100 (51,3) ^b	95 (48,7)	X ² =7,922 p=0,019
Sezaryen	22 (46,8) ^b	25 (53,2)	
Sezaryen ve vajinal yolla	27 (75,0) ^a	9 (25,0)	
Yaşayan çocuk sayısı			
2 ve altı	26 (33,3) ^b	52 (66,7)	X ² =20,344 p<0,001
3-4	51 (50,0) ^b	51 (50,0)	
5 ve üzeri	72 (66,7) ^a	36 (33,7)	

Katılımcıların doğum sayılarına göre modern yöntem kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüş olup bu farklılık doğum sayısı 5 ve üzeri olan kadınlardan kaynaklanmakta ve yöntem kullanımı %67,3 ile daha yüksekti.

Doğum sayısı 2 ve altı olan kadınlarda yöntem kullanımı %34,2 ile anlamlı olarak düşük bulundu. Sezaryen ve vajinal yolla doğum yapan kadınlar diğerlerinin modern yöntem kullanım sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüş olup yöntem kullanım sıklığı %75,0 ile yüksek saptandı.

Tablo 28. Düşük yapma ve küretaj olma durumlarına göre modern yöntem kullanımlarının kıyaslanması

	<i>Modern yöntem kullanan (N=149)</i>	<i>Hiç kullanmamış (N=139)</i>	<i>istatistik</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	
<i>Düşük yapma durumu</i>			
Var	43 (52,4)	39 (47,6)	X ² =0,023 p=0,880
Yok	106 (51,5)	100 (48,5)	
<i>Küretaj olma durumu</i>			
Var	14 (87,5)	2 (12,5)	X ² =8,678 p=0,003
Yok	135 (49,6)	137 (50,4)	

Katılımcıların düşük yapma durumuna göre modern yöntem kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış olup düşük yapan kadınlarda yöntem kullanım sıklığı %52,4 iken düşük yapmayan kadınlarda yöntem kullanım sıklığı %51,5 olduğu görüldü. Katılımcıların küretaj (isteyerek düşük) olma durumuna göre modern yöntem kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış olup küretaj olan kadınlarda yöntem kullanımı %87,5 ile yüksek saptandı.

Katılımcıların yaşayan çocuk sayılarına göre modern yöntem kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüş olup bu farklılık yaşayan çocuk sayısı 5 ve üzeri olan kadınlardan kaynaklanmakta ve yöntem kullanım sıklığı %66,7 ile daha yüksek olduğu saptandı.

4.6. AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ BAZI VERİLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının yaş gruplarına göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte yaş grubu 25 yaş altı olan grupta 2,81±0,60 ile en düşüktü.

Aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının evlilik sürelerine göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte evlilik süresi arttıkça tutum ölçeği ortalamalarının da arttığı görülmüş olup 10 yıl altı olan grupta $2,88 \pm 0,68$ ile en düşük iken 20 yıl ve üzeri evlilik süresine sahip olan grupta $3,03 \pm 0,64$ ile en yüksek olduğu saptandı.

Suriye’de yaşanan yere göre aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Türkiye’de yaşanan yere göre aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup il merkezinde yaşayanlarda $3,10 \pm 0,77$ ile yüksekken ilçede yaşayanlarda $2,79 \pm 0,42$ ile düşük olduğu görüldü.

Aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının aile tipine ve evde yaşayan kişi sayısına göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 29. Aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının bazı sosyodemografik verilere göre kıyaslanması

	<i>N</i>	<i>X$\pm$SD</i>	<i>istatistik</i>
<i>Yaş grupları</i>			
25 yaş altı	70	$2,81 \pm 0,60$	F=1,829 p=0,142
25-29	66	$3,06 \pm 0,75$	
30-34	36	$2,95 \pm 0,65$	
35 ve üzeri	55	$3,00 \pm 0,59$	
<i>Evlilik süresi grupları</i>			
10 yıl altı	126	$2,88 \pm 0,68$	F=1,736 p=0,178
10-19 yıl arası	104	$3,02 \pm 0,63$	
20 yıl ve üzeri	53	$3,03 \pm 0,64$	
<i>Suriye’de yaşanan yer</i>			
İl merkezi	164	$2,91 \pm 0,65$	T=-1,533 p=0,126
İlçe-bucak	124	$3,02 \pm 0,64$	
<i>Türkiye’de yaşanan yer</i>			
İl merkezi	156	$3,10 \pm 0,77$	T=4,208 p<0,001
İlçe	132	$2,79 \pm 0,42$	
<i>Aile tipi</i>			
Çekirdek	196	$2,92 \pm 0,62$	T=-1,274 p=0,204
Geniş aile	92	$3,03 \pm 0,70$	
<i>Evdeki kişi sayısı grupları</i>			
6 ve altı	163	$2,97 \pm 0,64$	T=0,302 p=0,763
7 ve üzeri	125	$2,94 \pm 0,66$	

Aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumlarına göre tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde ise istatistiksel

olarak anlamlı şekilde lise ve altı eğitim seviyesine sahip olan grupta $3,10 \pm 0,60$ ile yüksekken lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan grupta $2,57 \pm 0,64$ ile düşük olduğu görüldü.

Katılımcıların Suriye'deki mesleklerine ($p=0,105$) ve Türkiye'deki mesleklerine ($p=0,203$) göre aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamalarının katılımcıların eşlerinin Suriye'deki mesleklerine göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bu farklılık eşleri memur olan gruba göre işsiz olanlar ve serbest meslek sahibi olanlardan kaynaklanmaktadır. Eşleri memur olanların tutum ölçeği puan ortalaması $2,72 \pm 0,66$ ile en düşükken eşleri işsiz olanlarda $3,14 \pm 0,68$ ile en yüksek olduğu görülmüş olup serbest mesleğe sahip olanlarda $3,03 \pm 0,66$ olduğu saptandı.

Aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamalarının katılımcıların eşlerinin Türkiye'deki mesleklerine göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bu farklılık memur olan gruptan kaynaklanmaktadır. Memur olan grupta $2,59 \pm 0,68$ ile diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptandı.

Aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamalarının katılımcıların ekonomik durumlarına göre incelendiğinde anlamlı farklılık saptanmış ve bu farklılık iyi olan grupta $2,63 \pm 0,59$ ile diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 30. Aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının bazı sosyodemografik verilere göre kıyaslanması

	<i>N</i>	<i>X±SD</i>	<i>İstatistik</i>
<i>Eğitim seviyesi</i>			
Ortaokul ve altı	126	2,97±0,57	T=0,331 p=0,747
Lise ve üzeri	162	2,95±0,70	
<i>Eşin eğitim seviyesi</i>			
Lise ve altı	209	3,10±0,60	T=6,230 p<0,001
Lisans ve lisansüstü	74	2,57±0,64	
<i>Suriye'deki meslek</i>			
Ev hanımı	257	2,98±0,68	U=3274 p=0,105
Çalışan	31	2,79±0,63	
<i>Türkiye'deki meslek</i>			
Ev hanımı	268	2,97±0,64	U=2223 p=0,203
Çalışan	20	2,84±0,78	
<i>Eşin Suriye'deki mesleği</i>			
İşsiz	61	3,14±0,68 ^b	F=4,810 p=0,003
İşçi	93	2,97±0,59	
Memur	67	2,72±0,66 ^a	
Serbest meslek	62	3,03±0,66 ^b	
<i>Eşin Türkiye'deki mesleği</i>			
İşsiz	22	2,92±0,61 ^a	X ² =27,128 p<0,001
İşçi	156	3,06±0,62 ^a	
Memur	48	2,59±0,68 ^b	
Serbest meslek	57	3,00±0,68 ^a	
<i>Ekonomik durum algısı</i>			
İyi	51	2,63±0,59 ^a	F=8,517 p<0,001
Orta	173	3,05±0,66 ^b	
Kötü	64	2,98±0,60 ^b	

Aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamalarının katılımcıların modern yöntem kullanımlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup modern yöntem kullanan katılımcılarda tutum ölçeği puan ortalaması 3,42±0,55 ile yüksek saptanmışken kullanmayan katılımcılarda 2,46±0,30 ile düşük saptandı.

Aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamalarının ilk doğum yaşlarına, doğum sayılarına ve yaşayan çocuk sayılarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamalarının doğum şekillerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup bu farklılık sezaryen ve vajinal yolla doğum yapan grupta 3,34±0,66 ile diğer gruplara göre daha yüksek saptandı.

Tablo 31. Aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının modern yöntem kullanımına ve doğumla ilgili obstetrik verilere göre kıyaslanması

	<i>N</i>	<i>X±SD</i>	<i>İstatistik</i>
<i>Modern yöntem kullanımı</i>			
Var	149	3,42±0,55	T=17,714 p<0,001
Yok	139	2,46±0,30	
<i>İlk doğum yaşı grupları</i>			
18 yaş ve altı	131	3,01±0,62	T=0,840 p=0,402
19 yaş ve üzeri	147	2,94±0,69	
<i>Doğum sayısı grupları</i>			
2 ve altı	76	2,93±0,67	F=2,384 p=0,094
3-4	102	2,87±0,62	
5 ve üzeri	110	3,06±0,65	
<i>Doğum şekli</i>			
Vajinal yolla doğum	195	2,90±0,64 ^a	F=7,117 p=0,001
Sezaryen doğum	47	2,99±0,63 ^a	
Sezaryen ve Vajinal yolla	36	3,34±0,66 ^b	
<i>Yaşayan çocuk sayısı grupları</i>			
2 ve altı	78	2,92±0,66	F=2,228 p=0,110
3-4	102	2,88±0,62	
5 ve üzeri	108	3,06±0,66	

Aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamalarının gebelik sayılarına, gebe olma durumuna, gebelik istemine, istenmeyen gebeliği olma durumuna, düşük yapma durumuna ve küretaj olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 32. Aile planlaması tutum ölçeği ortalamalarının gebelikle ilgili obstetrik verilere göre kıyaslanması

	<i>N</i>	<i>X±SD</i>	<i>İstatistik</i>
<i>Gebelik sayısı grupları</i>			
2 ve altı	51	2,92±0,68	F=0,568 p=0,567
3-4	89	2,91±0,69	
5 ve üzeri	148	3,00±0,62	
<i>Gebelik durumu</i>			
Var	72	2,83±0,62	T=-1,933 p=0,054
Yok	216	3,00±0,66	
<i>Gebelik istemi</i>			
Var	153	2,93±0,60	T=-0,679 p=0,498
Yok	135	2,99±0,70	
<i>İstenmeyen gebeliğin olma durumu</i>			
Var	54	2,89±0,48	T=1,042 p=0,300
Yok	234	2,97±0,68	
<i>Düşük yapma durumu</i>			
Var	82	2,99±0,55	T=-0,676 p=0,500
Yok	206	2,94±0,68	
<i>Küretaj olma durumu</i>			
Var	16	2,80±0,37	U=2059,500 p=0,719
Yok	272	2,97±0,66	

4.7. MODERN YÖNTEM KULLANIMI İÇİN LOJİSTİK REGRESYON ANALİZ

Modern yöntem kullanımı ile yaş, hanedeki kişi sayısının 7 kişi ve üzeri olması, katılımcıların eşlerinin lise ve altı eğitim seviyesine sahip olması, eşlerin Suriye’de çalışmama durumu, gebelik sayısının 5 ve üzeri olması, istenmeyen gebeliğinin olması, aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif ilişki saptandı.

Modern yöntem kullanımı ile yaş nicel değişkeni arasında pozitif bir ilişki olup tahmini rölatif risk 1,11 saptandı. Modern yöntem kullanımı ile evdeki kişi sayısının 7 ve üzeri olması durumu arasında pozitif ilişki olup tahmini rölatif risk 13,86 saptandı.

Modern yöntem kullanımı ile katılımcıların eşlerinin lise ve altı eğitim seviyesine sahip olanlar arasında pozitif ilişki olup tahmini rölatif risk 31,22 saptandı. Eşlerin Suriye’de iken çalışmama durumu ile modern yöntem kullanımı arasında pozitif ilişki olup tahmini rölatif risk 3,06 saptandı.

Modern yöntem kullanımı ile gebelik sayısının 5 ve üzeri olması arasında pozitif ilişki olup tahmini rölatif risk 4,38 saptandı. İstemedi gebe olma durumu arasında ise pozitif ilişki olup tahmini rölatif risk 3,32 saptandı.

Modern yöntem kullanımı ile aile planlaması tutum ölçeği ortalaması arasında pozitif ilişki olup tahmini rölatif risk 287,40 saptandı.

Tablo 33. Modern yöntem kullanımı için lojistik regresyon analiz sonuçları

	RR (%95 GA) *	İstatistik
Yaş	1,11 (1,04-1,19)	p=0,001
Evdeki kişi sayısı		
7 kişi ve üzeri	13,86 (4,34-44,23)	p<0,001
Eşin eğitim seviyesi		
Lise ve altı	31,22 (6,21-156,95)	p=0,001
Eşin Suriye’de iken çalışmama durumu	3,06 (1,01-9,26)	p=0,047
Gebelik sayısı		
5 ve üzeri	4,38 (1,31-14,64)	p=0,016
İstenmeyen gebeliğin olma durumu	3,32 (1,05-10,53)	p=0,041
Aile Planlaması tutum ölçeği ortalama puan	287,40 (59,25-1393,94)	p<0,001

*RR değerleri %95 güven aralığında verilmiştir.

**Model uyumu için Hosmer and Lemeshow Testi kullanılmış ve anlamlı bulunmuştur. p=0,990 (p>0,05)

5. TARTIŞMA

Sığınmacı kadınların göç öncesi döneme göre daha fazla üreme sağlığı sorunu yaşamaktadır (6). Ayrıca sığınmacı kadınların doğurganlıklarının yüksek olduğu, aile planlaması hizmetlerine erişim sorunları olduğu ve üreme sağlığına yönelik koruyucu davranışlarda yetersizliklerin olduğu saptanmıştır (7). Suriyeli geçici koruma statüsündeki kadınlara yönelik üreme sağlığı hizmetlerinin planlanmasında ve mevcut sorunların çözümünde, obstetrik özelliklerinin ve aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının bilinmesi önemlidir (6).

Çalışmamızda katılımcıların %71,9’unun aile planlamasını yanlış yanıtladığı görülmüştür. Ayrıca Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak hem gebelikten koruyucu bir yöntem kullanılıp kullanılmayacağına hem de hangi aile planlaması yönteminin tercih edileceğinin karar verilmesinde önem arz etmektedir (6). 2018 TNSA Suriyeli göçmen örnekleme araştırmasında Suriyeli kadınların %94,0’ının en az bir aile planlaması yöntemini bildiği saptanmıştır (98). Şekerci ve ark.’nın (6) çalışmasında katılımcılar aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğunu söylese de bu konularda yetersiz bilgiye sahip olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada Suriyeli kadınların çoğu en güvenilir ve kendileri için uygun aile planlaması yöntemini söyleyemezken, katılımcıların yarısından fazlasının da aile planlamasını

tanımlayamadıkları saptanmıştır. Mutlu ve ark.'nın (99) çalışmasında Suriyeli sığınmacı kadınların doğurganlık düzeylerinin yüksek olduğu ve bunun temel nedeni olarak aile planlaması yöntemleri ve hizmetleri hakkında bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır.

Lübnan'daki Suriyeli sığınmacı kadınlar, en uygun evlenme yaşının 18 yaş olduğuna inanmakta ayrıca erken yaşta evliliğin ve erken yaşta gebeliğin sırasıyla evliliklerin erken sonlanmasına ve üreme sağlığı olumsuz etkileyebileceğinin farkında olmalarına karşın belirsizlik ortamı ve mali nedenler, erken yaşta evliliklerin sebepleri arasında gösterilmiştir (100). Ürdün'de yapılan başka bir çalışmada Suriyeli ebeveynlerin 18 yaşından küçük kızlarının evlenmesine izin vermelerinin nedeninin mali nedenler olduğu belirtilmiştir (101). Dejong ve ark. (102) tarafından Orta Doğu'daki üreme sağlığı verileriyle ilgili hazırlanan raporda, genç kadınların ilk gebeliklerinin erken yaşta olması ve çok sayıda çocuk sahibi olmaları konusunda önemli bir kültürel baskı olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda Suriyeli kadınların ilk doğum yaşlarının ortalamasının $19,37 \pm 3,19$ olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda aile planlaması yöntemi kullananların %93,0'ında kocaların karar verme sürecine dahil olduğu ve kadınların sadece %7,0'ı yöntem kullanma kararlarını kendilerinin verdiğini belirtmişlerdir. Yine çalışmamızda herhangi bir zamanda yöntem kullanmayanların %83,8'sinde kocaların karar verme sürecine dahil olduğu saptanmıştır. Katılımcılar herhangi bir zamanda yöntem kullanmama nedenleri olarak %32,9'u eşlerinin karşı olduğunu belirtmişlerdir. Muhafazakâr toplum yapısı ve ataerkil normlar, aile planlaması yöntemlerinin kullanılması konusunda son kararı kocalara bırakmakta, ebeveynlerin yöntem kullanım kararına müdahil olmasına ve kadınların bu tür kararlara boyun eğmesine neden olmaktadır (100). West ve ark.'nın (103) yapmış oldukları çalışmada Suriyeli kadınların çoğunluğunun aile planlaması ile ilgili kararları eşleriyle beraber verdikleri; ancak katılımcıların %27,0'ı son kararı eşlerinin verdiğini belirterek, aile planlaması eğitimi planlanırken erkekleri hedeflemenin aile planlaması hizmetlerine erişimi iyileştirmek için çok önemli olduğu belirtilmiş ve ayrıca katılımcılar aile planlaması fikrini desteklemekle birlikte, doğurganlık konusunda geleneksel kültürel tutumların, genç katılımcılar arasında aile planlaması yöntem kullanımını azalttığı belirtilmiştir. Dikmen ve ark.'nın (1) çalışmasında sığınmacı kadınların eşlerinin %40,0'ı aile planlaması yöntemlerinin

kullanılmasını desteklemekte olup eş desteğinin sığınmacı kadınların aile planlaması yöntemlerinin kullanımına yönelik tutumlarını pozitif etkilemektedir. Başka çalışmalarda da benzer şekilde eşlerin aile planlaması yöntem kullanımına onay vermesinin sığınmacı kadınların yöntem kullanım oranını arttırdığı saptanmıştır (104–106). Cherri ve ark.'nın (100) çalışmasında kadınların aile planlaması yöntemleri kullanma ile ilgili eşleriyle aynı fikre sahip olmaları gerektiğini eğer aynı fikre sahip olunmazsa hiçbir yöntemi kullanamayacakları belirtilmiştir.

Şekerci ve ark.'nın (6) araştırmasında, erkek çocuğa sahip olmanın babanın gücünü arttırdığını, çok çocuğa sahip olmanın toplumsal saygı getirdiği, kız çocuğa sahip olmanın çocuk sahibi olmaktan sayılmadığını belirtilmiştir. Karakaya ve ark.'nın (106) araştırmasında katılımcılar erkek çocuğa sahip olmak için çok sayıda evlilik yaşadıklarını, miras paylaşımında erkek çocukların gerekli olduğu eğer ailenin sadece kız çocukları varsa miraslarına amcaları tarafından el koyulduğunu ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda aile planlaması yöntemi kullanmayan Suriyeli kadınların %43,8'i dini nedenlerden yöntem kullanmadıkları belirtmişlerdir. İslami bir toplum olan Suriye toplumunda aile planlaması yöntemlerinin kullanımının günah olduğu kabul etmek de doğurganlığın yüksek olmasına neden olan dini bir faktördür (107). Benzer başka bir çalışmada karşıt görüş olarak çiftler hemfikir olduğu sürece evlilik sırasında aile planlaması yöntemleri kullanımının kabul edilebilir bulduklarını bildiklerinden, din evli kadınlar için bir engel olarak görülmediği belirtilmiştir (100).

Yapılan çalışmalarda evlenen Suriyeli çiftler aile planlaması seçeneklerini düşünmeden doğrudan çocuk sahibi olmayı yeğlemekte ve ayrıca evli ve çocuğu olmayan Suriyeli kadınlar, eşlerinin onayı olmadan aile planlaması yöntemlerini kullanamadıkları belirtilmiştir (100). Araştırmalarda çocuk sahibi olmak, çiftlerin aile planlaması yöntemleri kullanımı ile ilgili ortak karar vermeleri için ana koşul ve katılımcıların aile planlaması yöntem kullanımı için ana engelin maliyet olduğu belirtilmiştir (100). Cherri ve ark.'nın (100) çalışmasında ücretsiz aile planlaması hizmetlerinden haberdar olmayan Suriyeli sığınmacı kadınların %74,0'ının gebelikten korunmak istediği halde yöntem kullanılmasında ana engel olarak maliyeti belirtmişlerdir. West ve ark.'nın (103) çalışmasında modern aile planlaması yöntemlerinin iyi bilinmesine rağmen, yan etkiler hakkındaki yanlış kanılar ve mevcut aile planlaması hizmetlerine ilişkin yetersiz bilgi, aile planlaması yöntem kullanımında

önemli bir engel oluşturmuştur. Yapılan çalışmalarda aile planlaması uygulamaları ile ilgili yanlış bir inanış olarak Suriyeli sığınmacı kadınlar doğum yapmanın aile planlaması yöntemleri kullanmaktan daha sağlıklı olduğu belirtilmiştir (108). Başka bir çalışmada mülteci kadınların aile planlaması yöntemleri kullanmama sebepleri arasında aile planlaması yöntemlerinin sağlığa zararlı olacağı korkusu olduğu belirtilmiştir (109). Çalışmamızda geçici koruma statüsündeki Suriyeli kadınlar herhangi bir zamanda yöntem kullanmama nedeni olarak %51,0'ı yöntemler ile ilgili bilgi eksikliği olduğunu, %52,4'ü aile planlaması yöntemlerinin nereden temin edileceğini bilmediğini, %27,1'i sağlığa zararlı olacağı kaygısından, %20,0'ı yöntemleri temin etmede zorluk olduğunu belirtmişlerdir.

Cherri ve ark.'nın (100) çalışmasında Suriyeli kadınlar Lübnan'da ikamet eden Suriyeli çiftler için uygun çocuk sayısının Suriye'deki sahip oldukları çocuk sayısına göre daha az olması gerektiğine inanmakta, böyle düşünülmesinin ana sebepleri arasında Lübnan'daki eğitim, mali sıkıntılar, çocukların ihtiyaçları ve yetiştirilmesi, gebelik ve doğum maliyetleri, gelecekleri ile ilgili belirsizlik ortamı olduğu belirtilmiştir. Karşıt bir görüş olarak Dikmen ve ark.'nın (1) çalışmasında ise göçün kadınların doğurganlığına olumsuz etkisinin olmadığı Suriyeli mülteci kadınlar, tüm sıkıntılara rağmen çocuk sahibi olmak istedikleri saptanmıştır. Bu durumun sebebi olarak mülteci kadınların göç ettikleri toplumda kendilerine yer edinebilmek için doğurganlıklarını artırmaya çalıştıkları düşünülmektedir (6). Çalışmamızda Suriyeli kadınların %53,1'inin çocuk istemi olduğu, Suriyeli kadınların %25,0'ının gebe olduğu, gebe olanlarında %93,0'ı bu gebeliği istediği saptanmıştır. Ayrıca Suriyeli kadınların gebelik sayıları ortalaması $4,74 \pm 2,42$, doğum sayıları ortalamasının $3,87 \pm 1,98$, yaşayan çocuk sayıları ortalaması $3,82 \pm 1,98$ olduğu görülmüştür. Ayrıca Suriyeli kadınların %51,4'ünün 5 ve üzeri gebelik sayısına sahip olduğu saptanmıştır.

2018 TNSA Suriyeli örnekleme araştırmasında karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı %21,0 olarak belirtilmiştir. (98) Çalışmamızda Suriyeli kadınlardan gebe kalmak istemeyip ancak şu anda herhangi bir modern yöntem kullanmayanların oranı (karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı) %21,0 olduğu saptanmıştır.

2018 TNSA Suriyeli örnekleme araştırmasında Suriyeli kadınların RİA, hap, iğne, kadının tüplerinin bağlanması ve kondom en iyi bildikleri modern aile planlaması yöntemleridir. (98) Şekerci ve ark.'nın (6) Suriyeli sığınmacı kadınların en iyi

bildikleri modern aile planlaması yöntemleri hap, enjeksiyon ve RİA iken en iyi bildikleri geleneksel yöntem ise geri çekme olduğu saptanmıştır. Çelikkanat ve ark. (109) çalışmasında Suriyeli kadınların en iyi bildikleri yöntemin RİA olduğu saptanmıştır. Benage ve ark. (110) en iyi bilinen yöntemlerin oral kontraseptifler ve rahim içi araçlar olduğunu belirtmektedir. Karakaya ve ark.'nın (106) çalışmasında Suriyeli mülteci kadınlar tarafından en çok bilinen modern yöntemler hap, iğne, sarmal, prezervatif ve fitil iken en iyi bilinen geleneksel yöntem geri çekmedir. Cherri ve ark.'nın (100) çalışmasında Çalışmamızda Suriyeli kadınların en iyi bildikleri modern aile planlaması yöntemlerinin RİA, hap ve kondom olduğu, en iyi bilinen geleneksel yöntemin geri çekme yöntemi olduğu saptanmıştır.

2018 TNSA Suriyeli örneklemini araştırmasında Suriyeli kadınlar aile planlaması yöntemi olarak en sık geri çekme, RİA ve hapları kullanmaktadırlar. (6) Dikmen ve ark.'nın (1) çalışmasında Suriyeli kadınların kullandığı ilk üç aile planlaması yöntemi modern yöntemlerdi. Çelikkanat ve ark. (109) çalışmasında Suriyeli kadınların en sık kullandığı yöntemler oral kontraseptif ve RİA olduğu saptanmış. Yapılan diğer çalışmalarda benzerlik göstermekte Suriyeli mülteci kadınların ilk üç yöntem arasında modern yöntemleri kullandıkları saptanmıştır (110). Bu çalışmalardan farklı olarak Karakaya ve ark. (106) Suriyeli mülteci kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi olarak en çok geri çekme yöntemini kullandıklarını belirlemiştir. Çalışmamızda Suriyeli kadınların kullandığı ilk 3 aile planlaması yöntemi modern yöntemler olan RİA, hap ve kondom olduğu saptanmıştır.

Şekerci ve ark.'nın (6) çalışmasında 35 yaş ve üzeri, eğitim düzeyi yüksek ve modern yöntemleri bilen mülteci kadınların modern yöntemleri kullanma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda Suriyeli mülteci kadınların aile planlaması bilgi ve farkındalık düzeylerindeki artış ile aile planlaması yöntem kullanım oranlarındaki artış arasında bir ilişki bulmuştur (103,106). Dikmen ve ark.'nın (1) çalışmasında lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların tutum ölçeği puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Karakaya ve ark.'nın çalışmasında (106) eğitim düzeyi yüksek olan toplumlarda doğurganlık oranı düşük olduğu belirtilmiştir. Dikmen ve ark.'nın (1) çalışmasında gelir düzeyi yüksek olan kadınların aile planlaması tutum ölçeği puan ortalaması, gelir düzeyi düşük ve orta olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda Suriyeli kadınların

aile planlaması yöntem kullanımı 25 yaş altı grupta %31,5 ile en düşükken 35 yaş ve üzeri grupta %64,7 ile en yüksek saptanmıştır. Evdeki kişi sayısı 7 ve üzeri olan grupta aile planlaması yöntem kullanım sıklığı %62,4 ile yüksek saptanmıştır. Katılımcıların %65,3'ü ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip olup ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip olan Suriyeli kadınların %63,3 ile yöntem kullanım sıklığı daha yüksek saptanmıştır. Gebelik sayılarının ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip olanlarda 5,23 ile daha yüksek iken lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan Suriyeli kadınlarda 3,82 daha düşük saptanmış olup bu farklılık bundan kaynaklanmış olabilir. Ekonomik durum algısı iyi olan Suriyeli kadınlarda yöntem kullanım sıklığı %27,5 ile düşük saptanmıştır. Bunun sebebi ekonomik durumu iyi olanların gebelik sayısı ortalaması 4,21 ile en düşük iken sırasıyla orta ve kötü olan grupların gebelik sayısı ortalamaları 4,67 ve 5,34 saptanmış olup bu aile planlaması yöntemlerinin daha az kullanılmasına neden olmuş olabilir. Aile planlaması yöntemi kullananlarda aile planlaması tutum ölçeği puan ortalaması 3,42 iken yöntem kullanmayanların ortalaması 2,46 ile düşük saptanmıştır. Gebelik sayısı 2 ve altı olan grupta aile planlaması yöntem kullanımı %33,3 ile düşük iken 5 ve üzeri gebelik sayısına sahip olan grupta %58,8 ile yöntem kullanım sıklığı yüksek saptanmıştır. Ayrıca istenmeyen gebeliğin olması durumunda %66,7 ile yöntem kullanım sıklığı yüksek saptanmıştır. İsteyerek düşük (Küretaj) varlığında ise yöntem kullanımı %87,5 ile yüksek saptanmıştır.

Çelikkanat ve ark.'nın (109) çalışmasında aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi kaynağı sosyal çevrelerindeki diğer kadınlar olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde West ve ark.'nın (103) çalışmasında da aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi kaynağı olarak genellikle sosyal çevredeki diğer kadınlardır. Çalışmamızda aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi kaynağı olarak en sık %65,3 ile Suriyeli kadınların arkadaşları ve aile bireylerinden oluşan sosyal çevreleri olduğu saptanmıştır.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda Suriyeli kadınların yaş ortalaması $31,02 \pm 7,72$ olduğu, ilk doğum yaşlarının ortalaması $19,37 \pm 3,19$ olduğu, ortalama gebelik sayılarının $4,74 \pm 2,42$ olduğu, ortalama doğum sayılarının $3,87 \pm 1,98$ olduğu saptanmıştır. Suriyeli kadınların %65,3'ünün ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip olduğu, %93,1'inin ev hanımı olduğu, %51,4'ünün 5 ve üzeri gebelik sayısına sahip olduğu, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının %21,0 olduğu, %28,5'inin düşük yaptıkları, %5,6'sının küretajı (isteyerek düşük) yaptırdığı saptanmıştır. Katılımcıların tamamı küretajı onaylamadıklarını ve gelecekte küretaj olmayacaklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %71,9'unun aile planlaması tanımını bilmedikleri, en sık bilinen yöntemlerin RİA, KOK ve kondom olduğu saptanmıştır. Herhangi bir zamanda modern yöntem kullanım sıklığı %51,7 olduğu görülmüştür. En sık kullanılan yöntemlerin RİA, KOK, kondom ve geri çekme olduğu saptanmıştır. Katılımcıların en güvenilir yöntem tercihleri RİA, KOK ve geleneksel yöntemler olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda aile planlaması yöntemi kullananların %93,0'inde kocaların karar verme sürecine dahil olduğu ve kadınların sadece %7,0'ı yöntem kullanma kararlarını kendilerinin verdiğini belirtmişlerdir. Yine çalışmamızda herhangi bir zamanda yöntem kullanmayanların %83,8'inde kocaların karar verme sürecine dahil olduğu saptanmıştır. Katılımcıların herhangi bir zamanda yöntem kullanmama nedenleri olarak %32,9'u eşlerinin karşı olduğunu belirtmişlerdir.

Aile planlaması yöntemleri kullanmayanların %43,8'i dini nedenlerden dolayı yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda yöntemleri kullanmayanların %20,0'ı yöntem almaya utandığından dolayı yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda Suriyeli kadınlar herhangi bir zamanda yöntem kullanmama nedeni olarak %51,0'ı yöntemler ile ilgili bilgi eksikliği olduğunu, %52,4'ü aile planlaması yöntemlerinin nereden temin edileceğini bilmediğini, %27,1'i sağlığa zararlı olacağı kaygısından, %20,0'ı yöntemleri temin etmede zorluk olduğunu belirtmişlerdir.

Öneriler:

1. Aile planlaması danışmanlık hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır. Bireye özgü aile planlaması danışmanlık hizmeti verilmesi ve uygun etkili bir aile planlaması yöntemi seçilmesi sağlanmalıdır.

2. Aile planlaması danışmanlığı izlemlerinde yanlış kullanımların düzeltilmeli ve yöntemleri etkili kullanımının sağlanması gerekmektedir.

3. Aile planlaması eğitimi planlanırken erkekleri hedeflemek aile planlaması hizmetlerine erişimi iyileştirmek için çok önemlidir.

4. Dini nedenlerden kaynaklanan yanlış inanışın düzeltilmesi için gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.

5. Kadınlara aile planlaması danışmanlığı hem cinsleri tarafından verilmelidir. Ayrıca saygısız personel varlığının aile planlaması hizmetlerinden yararlanılmasını azaltacağından aile planlaması danışmanlık eğitimini verecek personelin iyi eğitilmesi gerekmektedir.

6. Yapılan çalışmalarda aile planlaması eğitimlerine katılım oranlarının az olduğu, doğum öncesi ve doğum sonrası izlemlerde aile planlaması danışmanlığının da verilmesi önemlidir.

7. Aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasında maliyet, dil engeli ve sağlık kaygısı engel olarak görülmektedir. Temin zorluğu için aile planlaması danışmanlık hizmeti verirken, hangi aile planlaması yöntem kullanılmaya karar verildiyse yeterli miktarda sağlanmalıdır. Sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir sorun olan dil engeli için göçmen sağlığı merkezleri başvuru sayılarına göre yaygınlaştırılmalı ve istihdam edilmiş Suriyeli tercüman, ebe ve doktor sayıları artırılmalıdır. Sağlık kaygısı ve bilgi eksikliği için gerekli eğitimler verilerek yanlış kanılar düzeltilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Alan Dikmen H, Cankaya S, Dereli Yilmaz S. The attitudes of refugee women in Turkey towards family planning. Public Health Nurs. 2019; 36(1): 45–52.
2. UNHCR. Situation Syria Regional Refugee Response. Erişim Tarihi: 15.03.2022.
3. Türkiye ülke bölümü 2021-2022. In: Bölgesel Mülteci ve Dayanıklılık Planı. 2021.
4. Türkiye’deki Suriyeli Sayısı. Mülteciler Derneği. 2021.
5. Yağmur Y, Aytekin S. Mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları ve çözüm önerileri. DEUHFED. 2018; 11(1): 56–60.
6. Gümüş Şekerci Y, Aydın Yıldırım T. The knowledge, attitudes and behaviours of Syrian refugee women towards family planning: Sample of Hatay. Int J Nurs Pract. 2020; 26(12844): 1–12.
7. Gümüş G, Kaya A, Yilmaz SŞ, Özdemir S. Suriyeli mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. KASHED. 2017; 3(1): 1–17.
8. Arslan H, Bani B, Güneş K, Ali Eryurt M. Türkiye’de riskli gebelikler: 2018 TNSA bulguları. Turk J Popul Stud. 2020; 42: 64–91.
9. Türkiye ve Göç. T. C. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi: 11.04.2022
10. Göç İdaresi Başkanlığı. Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin İstatistikleri. 2022 Mar 24.
11. World Bank. Syrian Arab Republic. Erişim Tarihi: 10.03.2022
12. Canyurt D. Suriye gelişmeleri sonrası suriyeli mülteciler: Türkiye’de riskler. Akademik Bakış Dergisi. 2015; (48): 127–46.
13. Buz S. Türkiye sığınma sisteminin sosyal boyutu. TBB Dergisi. 2008; (76): 120-130.
14. Akköz Çevik S. Suriye’den Türkiye’ye göç’ün etkileri. Gümüşhane Üniv. Sağlık Bilim. Derg. 2016; 5(2): 80–83.
15. TTB. Suriyeli sığınmacılar ve sağlık hizmetleri raporu. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara. 2014.

16. Guha-Sapir D, Rodriguez-Llanes JM, Hicks MH, Donneau AF, Coutts A, Lillywhite L, et al. Civilian deaths from weapons used in the Syrian conflict. BMJ. 2015; 29; 351.
17. Suriye krizi.
<https://www.who.int/emergencies/situations/syria-crisis>.
Erişim Tarihi:10.03.2022.
18. WHO. Life expectancy at birth (years).
<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life>.
Erişim Tarihi: 10.03.2022.
19. UNHCR. Global Trends. 2020’de zorla yerinden edilme.
<https://www.unhcr.org/flagship-reports/globaltrends/>. Erişim Tarihi: 14.03.2022.
20. UNHCR. Syria emergency.
<https://www.unhcr.org/syria-emergency.html>. Erişim Tarihi: 14.03.2022.
21. Global health estimates: Leading causes of death.
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>. Erişim Tarihi: 17.03.2022.
22. Civilian Death Toll. Syrian Network for Human Rights.
<https://snhr.org/blog/2021/06/14/civilian-death-toll>. Erişim Tarihi: 17.03.2022.
23. Balçılar, M. Türkiye’deki suriyeli mültecilerin sağık durumu araştırması Türkiye’de yaşayan Suriyeli mültecilerde bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörleri sıklığı, AFAD, T.C. Sağık Bakanlığı, World Health Organisation. 2016
24. Safa ARIK D. Türkiye’de göç yönetişimi ve suriyeli sığınmacıların Türkiye’ye ekonomik ve sosyal etkileri. Adnan Menderes Univ. J. Inst. Soc. Sci. 7(1): 58.
25. Pekşen Y, Kara F, Topbaş M, Ertem MM, Boztaş Ö, eds. Göç ve Sağık. Ankara: T.C. Sağık Bakanlığı Yayın No: 1147; 2019.
26. Özyürek A, Eda Kapçı P, Yilanci S. Yaş Grubundan Bireylerin Türkiye’deki Suriyeli Mültecilerin Durumu Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. MSKU Journal of Education. 2019; 6.
27. Türk Tabipleri Birliğı Yayınları. “Savaş, Göç ve Sağık Raporu”. 2016
28. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 11.04.2022.

29. Çiçekli B. Açıklamalı Göç ve İltica Hukuku Terimleri Sözlüğü. 2013. 39–40.
30. Perruchoud R, Redpath-Cross J, eds. Göç Terimleri Sözlüğü. Uluslararası Göç Örgütü (IOM). 2nd ed. 2004.
31. Sayın Y, Usanmaz A, Aslangiri F. Uluslararası göç olgusu ve yol açtığı etkiler: Suriye göçü örneği. KMUSEKAD. 2016; 18(31): 1–13.
32. Güllüpinar F. Göç olgusunun ekonomi-politiği ve uluslararası göç kuramları üzerine bir değerlendirme. Yalova Sosyal Bilimler Dergisi. 2012; (4): 53–85.
33. Deniz A, Yıldırım Y. Göçün başka bir boyutu: Kronik hastalıklar. Arşiv kaynak tarama derg. 2018; 27(3): 261–73.
34. Tuzcu A, Ilgaz A. Göçün kadın ruh sağlığı üzerine etkileri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015; 7(1): 56–67.
35. İlhan MN, Gözlü M, Atasever M, Dünder MA, Büyükgök D, Barkan OB. Göç ve halk sağlığı. SASAM Enstitüsü; 2016; 2: 1–24.
36. IOM Definition of “Migrant”.
<https://www.iom.int/about-migration>. Erişim Tarihi: 18.04.2022
37. Sarp Ergüven N, Özturanlı B. Uluslararası mülteci hukuku ve Türkiye. AÜHFD. 2013; 62(4): 1007–61.
38. Birleşmiş Milletler. İnsan hakları evrensel beyannamesi. 1948.
39. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği. Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Sözleşme. 1951.
40. Poyraz Y. Suriye vatandaşlarının geçici korunması ve uluslararası mülteci hukuku. SÜHFD 2012; 20(2): 53–69.
41. Türkiye Cumhuriyeti. Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu. 28615 T.C. Resmi Gazete; Erişim Tarihi: 11.04.2013
42. Türkiye Cumhuriyeti. Geçici Koruma Yönetmeliği. 29153 T.C. Resmi Gazete; 22.10. 2014.
43. Erol M, Ersever OG. Göç krizi ve göç krizine müdahale. KHO Bilim Dergisi. 2014; 24(1): 47–68.
44. Karadağ Ö, Altıntaş KH. Mülteciler ve Sağlık. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; 9(1): 55–62
45. Aygül HH. Mülteci Emeğinin Türkiye İşgücü Piyasalarındaki Görünümü ve Etkileri. SDÜ Vizyoner Dergisi. 2018; 9(20): 68–82.

46. Barın H. Türkiye’deki Suriyeli Kadınların Toplumsal Bağlamda Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Göç Araştırmaları Dergisi. 2015; 1(2): 10–56.
47. Aydoğan S, Metintas S. Türkiye’ye gelen dış göç ve sağlığa etkileri. TÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2017; 2(2): 37–45.
48. Alpak G, Unal A, Bulbul F, Sagaltici E, Bez Y, Altindag A, et al. Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. Int J Psychiatry Clin Pract. 2015; 19(1): 45–50.
49. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. JAMA. 2005; 294(5): 602–12.
50. TTB. Savaş, Göç ve Sağlık Raporu. 2016
51. Karabey S, Bayram S. göçlerin ruh sağlığına etkileri. Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics. 2017; 3(1): 27–35.
52. Demir G, Arıöz A. Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Duzce Univ. Saglik. Bilim. Enst. Dergsi. 2014; 4(2): 1–8.
53. Borlu A, Ener D. Göçlerin Toplum Beslenmesine Etkileri. Türkiye Klinikleri J Public Health- Special Topics. 2017; 3(1): 22–26.
54. Sezen İ, Turan M, Kaya AA. Türkiye’deki Suriyeli misafirler ve ilişkilendirilen bulaşıcı hastalıklar. GUJHS. 2018; 7(4):119–27.
55. Çıtlı R, Eğri M. Göçler ve enfeksiyon hastalıkları. Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics. 2017; 3(1): 14–21.
56. Nacar E, Özer A. Göçlerin çocuk sağlığına etkileri. Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics. 2017;3(1):36–40.
57. Öztürk A. Göçlerin Kadın Sağlığına Etkileri. Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics. 2017; 3(1): 41–8.
58. Alawa J, Zarei P, Khoshnood K. Evaluating the provision of health services and barriers to treatment for chronic diseases among syrian refugees in Turkey: A review of literature and stakeholder interviews. Int J Environ Res Public Health. 2019; 16(15).
59. Gün İ. Göçler ve Çevre Sağlığı. Türkiye Klinikleri J Public Health- Special Topics. 2017; 3(1): 9–13.

60. Aksu A, Vefikuluçay Yılmaz D. Suriyeli göçmen kadınların üreme sağlığı sorunları ve çözüm önerileri. EGEHFD. 2020; 36(2): 117–25.
61. Aksu H, Sevil Ü. Göç ve kadın sağlığı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010; 2(3): 133–138.
62. World Health Organization. Contraception.
https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1.
Erişim Tarihi: 17. 11.2022.
63. World Health Organization. Family planning/contraception methods.
Erişim Tarihi: 17. 11.2022.
64. UNFPA. State of World Population Report. Nov 16 2022.
65. World Health Organization. Maternal mortality.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
Erişim Tarihi: 21.11.2022
66. Çubukçu M, Karataş Eray İ. Aile Planlaması. Birinci basamakta cinsel sağlık/üreme sağlığına yaklaşım. Türkiye Klinikleri. 2020. 44–48.
67. Akın L, Özaydın N, Aslan D. Türkiye’de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. Gulhane Med J. 2006; 48: 63–69.
68. Butler AS, Clayton EW. A review of the HHS family planning program: Mission, management, and measurement of results. A Review of the HHS Family Planning Program. 2009.
69. Yıldız D, Aydoğan Ü, Doğaner YÇ. Kadın Üreme Sağlığına Genel Bakış, Sık Karşılaşılan Sorunlar. Birinci Basamakta Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığına Yaklaşım. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p. 5–10.
70. U.S. Agency for International Development (USAID). Family Planning And Reproductive Health.
71. Aksoy H, Ateş E. Güvenli Annelik, Doğum Öncesi Bakım. In: Artıran İğde F, editor. Birinci Basamakta Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığına Yaklaşım. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p. 11–16.
72. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TÜBİTAK. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara; 2019.

73. Tessema GA, Gomersall JS, Mahmood MA, Laurence CO. Factors Determining quality of care in family planning services in Africa: A systematic review of mixed evidence. *PLoS One*. 2016;11(1).
74. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: An analysis of 172 countries. *The Lancet*. 2012; 380(9837): 111–125.
75. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*. 2006; 368(9549): 1810–1827.
76. Bailey MJ, Malkova O, McLaren ZM. Does access to family planning increase children’s opportunities? Evidence from the war on poverty and the early years of title X. *J Hum Resour*. 2019; 54(4): 825.
77. Tağtekin Sezer B, Dağdeviren HN. Birinci Basamakta Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara Yaklaşım ve Korunma. In: Artıran İğde F, editor. Birinci Basamakta Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığına Yaklaşım. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p. 71–77.
78. Kirici P, Karaçor T, Kaplan S, Nacar MC. Aile planlaması danışmanlık hizmetinin kadınların kontraseptif yöntem tercihiine etkisi: Bir tersiyer merkez deneyimi. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2020; 17(3): 425–30.
79. Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; 2019.
80. United Nations, Department of economic and social affairs, population division. World contraceptive use estimates and projections of family planning; 2019.
81. Freundl G, Sivin I, Batár I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. 2010; 15(2): 113–23.
82. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Kontraseptif Yöntemler. Ankara; 2005.
83. Reproductive Health and Research. Johns Hopkins. Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. INFO Project. 4th ed. Family planning a global handbook for providers. 2022 Nov 30.
84. Özçelik E. Doğal aile planlaması yöntemleri. *J Turk Fam Phy*. 2016; 7(3): 45–53.
85. Arévalo M, Jennings V, Nikula M, Sinai I. Efficacy of the new two day method of family planning. *Fertil Steril*. 2004; 82(4): 885–892.

86. H Allen R. Combined estrogen-progestin oral contraceptives: Patient selection, counseling, and use. Erişim Tarihi: 02.12.2022
87. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. 2015.
88. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use. MMWR Recomm Rep. 2016; 65(3): 1–104.
89. Kaunitz AM. Progestin-only pills (POPs) for contraception. Erişim Tarihi: 03.12.2022
90. Burkman RT. Contraception: Transdermal contraceptive patches. Contraception: Transdermal contraceptive patches. Erişim Tarihi: 06.12.2022
91. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel Kitapevi; 2014.
92. Allport GW. Attitudes. In: Fishbein M, editor. Attitude theory and measurement. New York: John Wiley&Sons 1967:1–14.
93. Katz D. The functional approach to the study of attitude. In: Fishbein M, editor. Attitude theory and measurement. New York: John Wiley&Sons 1967: 457–68.
94. Tezbaşaran AA. Likert tipi ölçek hazırlama kılavuzu. 3rd ed. Mersin; 2008.
95. Özdemir Z. Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme. HUEMFAAD.2018; 5(1): 60–68.
96. Sümbüllüoğlu V, Sümbüllüoğlu K. Klinik ve Saha Araştırmalarında Örneklem Yöntemleri ve Örneklem Büyüklüğü. Ankara; 2005. 100–103.
97. Örsal, L., Kubilay, G. Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 2007; 15(60): 155-64.
98. 2018 Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örneklemi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2019.
99. Mutlu Y, Kırımsoy E, Antakyalıoğlu Ş. Suriyeli Mülteci Çocuklar ve Vatansızlık Riski Bulanık Mekanlarda Gölgede Kalanlar Araştırma Raporu. Ankara 2016. Erişim Tarihi:17.01.2023
100. Cherri Z, Cuesta JG, Rodriguez-Llanes JM, Guha-Sapir D. Early marriage and barriers to contraception among syrian refugee women in Lebanon: A qualitative study. Int J Environ Res Public Health. 2017; 14(8): 836–581.

101. Too Young to Wed: The growing problem of child marriage among Syrian girls in Jordan | Save the Children's Resource Centre. Erişim Tarihi:17.01.2023
102. Dejong J, Shepard B, Roudi-Fahimi F, Ashford L. Young people's sexual and reproductive health in the Middle East And North Africa.
103. West L, Isotta-Day H, Ba-Break M, Morgan R. Factors in use of family planning services by Syrian women in a refugee camp in Jordan. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017; 43(2): 96–102.
104. El Hamri N. Approaches to family planning in Muslim communities. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2010; 36(1): 27–31.
105. Link CF. Spousal communication and contraceptive use in rural Nepal: An event history analysis. *Stud Fam Plann*. 201; 42(2): 83–92.
106. Karakaya E, Margırt Coşkun A, Özerdoğan N, Yakıt E. Suriyeli mülteci kadınların doğurganlık özellikleri ve etkileyen faktörler: kalitatif bir çalışma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2017; 10(48): 428.
107. Akça H, Ela M. Türkiye'de eğitim, doğurganlık ve işsizlik ilişkisinin analizi. *Maliye Dergisi*. 2012; (163): 223–42.
108. Reese Masterson A, Usta J, Gupta J, Ettinger AS. Assessment of reproductive health and violence against women among displaced syrians in lebanon. *BMC Womens Health*. 2014; 14(1): 1–8.
109. Çelikkanat Ş, Güngörmüş Z. A Qualitative Study on the knowledge and opinions of syrian women regarding family planning. *Soc Work Public Health*. 2021; 37(3): 274–86.
110. Benage M, Gregg Greenough P, Vinck P, Omeira N, Pham P. An assessment of antenatal care among Syrian refugees in Lebanon. *Confl Health*. 2015; 9(1).

EKLER

EK-1



İLGİLİ MAKAMA

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ isimli 2006 yılında doktora unvanımı aldığım tezimde geliştirdiğim ölçeğin, Adıyaman Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Tıpta uzmanlık alanında Arş.Gör.Dr. Furkan BAKIRHAN'ın yapmayı planladığı tez çalışmasında kullanılmasının uygun olduğunu beyan ederim.

(İMZA)

7 Şubat 2022

Prof. Dr. Özlem ÖRSAL

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü

Ek: Ölçeğin tam hali ekte yer almaktadır.



T.C.
İÇİŞLERİ BAKANLIĞI
Göç İdaresi Başkanlığı
Uyum ve İletişim Genel Müdürlüğü
Göç Politika ve Projeleri Daire Başkanlığı



Sayı :E-62103649-000-57166
Konu :Tez Çalışma Hk.

10.12.2021

ADİYAMAN VALİLİĞİNE
(İl Göç İdaresi Müdürlüğü)

İlgi : 04.11.2021 tarihli ve 51103041-000/10902 sayılı yazınız.

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Ferit KAYA danışmanlığında Araştırma görevlisi Dr. Furkan BAKIRHAN tarafından yapılması planlanan "Adıyaman Göçmen Sağlığı Merkezine Başvuran Geçici Koruma kapsamındaki Suriyeli kadınlar arasında aile planlaması" ile ilgili tez çalışması kapsamında anket uygulamasına ilişkin görüş talep edilmektedir.

Bahsi geçen çalışma 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu 94 üncü maddesi ile 2014/6883 karar sayılı Geçici Koruma Yönetmeliği 51 inci maddesinde belirtilen gizlilik ilkesine gerekli hassasiyetin gösterilmesi, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunundaki ilgili hususlara dikkat edilmesi, çalışmaya konu yabancılardan ve aile üyelerinden ad, soyad, din, mezhep, telefon ve adres bilgilerinin istenmemesi ve çalışma esnasında fotoğraf, ses/video kaydı alınmaması, çalışma sonuçlarının çalışma amacı dışında kullanılmaması, Covid-19 Pandemisi kapsamında Sağlık Bakanlığının önerilerine uygun hareket edilmesi kaydı ile uygun bulunmuş olup, çalışma sonuçlarının Başkanlığımız ile paylaşılması hususunda,

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Dr. Gökçe OK
Bakan a.
Genel Müdür V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: Ggu9Ce-PhfW+t-0e1I0z-kAr0B1-Yapd7PT6 Doğrulama Linki: <https://www.turkiye.gov.tr/icisleri-ebys>

Lalegül Çamlıca Mahallesi 122.Sk. No: 4, 06370 Yenimahalle/ Ankara
Telefon No: (312)422 05 00 Faks No: (312)422 09 00
e-Posta: gocpolitikaveprojeleridairesi@goc.gov.tr İnternet Adresi:
<https://www.goc.gov.tr>
Ken Adresi: icisleribakanligi@hs01.ken.tr

Bilgi için: Ayça TOP
Göç Uzmanı
Telefon No:





T.C.
ADİYAMAN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ADİYAMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ADİYAMAN
ÖZLÜK İŞLERİ BİRİMİ
10/03/2022 16:43 - E-13389845 - 799 - 764



Sayı : E-13389845-799
Konu : Araştırma İzni

ADİYAMAN VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Dr.Öğr. Üyesi Ferit KAYA danışmanlığında Dr.Furkan BAKIRHAN'ın "Geçici Koruma Statüsündeki Suriyeli Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışları"başlıklı araştırma çalışmasını Adıyaman İl Merkezindeki Göçmen Sağlığı Merkezlerinde yapabilmesi hususunda ;
Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Nurettin KARAKAYALI
Sağlık Hizmetleri Başkanı

OLUR
10/03/2022
Dr.H.Mustafa KUTLU
Vali a.
İl Sağlık Müdürü V.

EK: Komisyon kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Belge Doğrulama Kodu: 86396-94-5594-4800-9868-c032cdac86cf Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
 Personel Destek Hizmetleri Başkanlığı - Özlük İşleri Birimi Siteleri Bilgi için: Ayşel BİLİCİ

Personel Destek Hizmetleri Başkanlığı - Özlük İşleri Birimi
Mah. Kavi Yolu İl Sağlık Müdürlüğü Ek Hiz. Binası 02200 / ADIYAMAN

Telefon: Faks No: (0416) 2251196

e-Posta: aysel.bilgic@saglik.gov.tr İnternet Adresi: adiyamanism.saglik.gov.tr

Bilgi için: Aysel BİLGİÇ

HEMŞİRE

Telefon No: (0 416) 225 01 95





T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
16/02/2022	2	2022/2-10

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Öğretim Üyesi, Ferit KAYA'nın sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Geçici koruma statüsündeki Suriyeli kadınların aile planlamasına yönelik bilgi, tutum ve davranışları" adlı proje için hazırlanmış olan ve 03/02/2022 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Etik Kurul kararının başvuru sahibine iletilmesine toplantıya katılan Etik Kurul Üyeleri'nin oy birliği ile karar verilmiştir.

(İmza)

Prof. Dr. Haydar BAĞIŞ
Başkan

(Mazeretli)

Prof. Dr. Gülnur TARHAN
Üye

(İmza)

Dr. Öğr. Üys. Hüseyin KAFADAR
Üye

(İmza)

Doç. Dr. İsmail AĞIR
Üye

(İmza)

Doç. Dr. Kasım TURGUT
Üye

(İmza)

Doç. Dr. H. Sinan HATİPOĞLU
Üye

(İmza)

Doç. Dr. İ. Hakan BUCAK
Üye

(İmza)

Prof. Dr. Tuncay ÇELİK
Üye

(İmza)

Dr. Öğr. Üys. Muhittin ÖNDERCI
Üye

(İmza)

Doç. Dr. Fatih ÜÇKARDEŞ
Üye

(İmza)

Doç. Dr. Mahmut KOPARAL
Üye

(İmza)

Dr. Öğr. Üys. Erman ALTUNIŞIK
Üye

(İmza)

Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ
Üye

(İmza)

Prof. Dr. Haydar BAĞIŞ
Başkan

ASLI ÇAĞIR

Anket no:

Tarih:

A) 1. Doğum yeri:

2. Doğum tarihi:

3. Suriye'deyken yaşadığınız yer : 1. İl merkezi 2. İlçe merkezi 3. Köy-bucak

4. Türkiye'de Yaşadığınız yer : 1. İl merkezi 2. İlçe merkezi 3. Köy-bucak

5. Medeni durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Evlenmiş boşanmış

6. Evli iseniz Kaç yıldır evlisiniz:

7. Yaşadığınız Aile Tipi 1. Çekirdek aile 2. Geniş aile

8. Evde kaç kişi kalıyorsunuz?.....

9. Eğitim durumunuz?

1. Okuryazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise

5. Üniversite 6. Yüksek lisans 7. Doktora

10. Eşinizin eğitim durumu

1. Okuryazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise

5. Üniversite 6. Yüksek lisans 7. Doktora

11. Suriye'deyken Mesleğiniz?

Türkiye'de mesleğiniz?

Çalışma durumu 1. EVET 2. HAYIR

14. Suriye'deyken Eşinizin mesleği?

Türkiye'de Eşinizin mesleği?

Eşinin çalışma durumu: 1. EVET 2. HAYIR

15. Sosyal güvenceniz var mı? 1. EVET 2. HAYIR

16. Aylık geliriniz? (Kira düştükten sonra aylık kazancınız)

17. Ekonomik durumunuz size göre nasıl? 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

B) 1. İlk doğum yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

2. Gebelik sayısı:.....

3. İstenmeden olan gebelik sayısı:

4. Doğum sayısı:

5. Doğumlarını nasıl yaptınız? 1. Normal 2. Sezeryan 3. Her ikisi

6. Yaşayan çocuk sayısı:

7. Düşük sayısı:

8. Kürtaj sayısı (isteyerek düşük sayısı)

9. Bir daha gebe kalmayı ister misiniz? 1.EVET 2.HAYIR

10. Şu an gebe misiniz? Gebe iseniz kaç aylık gebesiniz?

11. Gebe kalmadan önce bu gebeliği istiyor muydunuz? Gebeliğin daha sonra olmasını mı tercih ederdiniz?.....

12. Kürtajı onaylıyor musun? Gelecekte istemeden gebe kaldığınızı düşünelim kürtaj olma yoluna gider misiniz?

.....

C) 1. Aile planlaması deyince aklınıza ne geliyor?

1. Çocuk yapmama

2. Az çocuk yapma

3. Kısırlık

4. Cinsel yaşamın kısıtlanması

5. Bakabileceği sayıda çocuk sahibi olma

6.Diğer.....

2. Aklınıza gelen 3 tane aile planlaması yöntemi söyler misiniz?

.....

3. Şimdi sayacağım yöntemleri hiç duydunuz mu?	Evet	Hayır	Kullandınız mı?
1. Geri çekme Erkekler cinsel ilişki sırasında boşalmadan önce geri çeker ve dışarı boşalırlar.			
2. Kondom/prezervatif/kaput/kılıf Erkekler cinsel ilişki süresince kondom/prezervatif/kaput/kılıf takarlar.			
3. Spiral/rahim içi araç Doktor veya hemşire kadınların rahimlerine spiral, alet olarak bilinen araçları takarlar.			
4. Hap Kadınlar her gün hap içerek gebe kalmayı önleyebilirler.			
5. Kadının tüplerinin bağlanması Kadınlar daha fazla çocukları olmasın diye tüplerini bağlatmak için ameliyat olurlar			
6. Erkeğin kanallarının bağlanması Erkekler eşleri gebe kalmasın diye vazektomi denilen ameliyatı olurlar ve kanallarını bağlatırlar.			
7. İğne/enjeksiyon Kadınlar belirli bir süre için gebe kalmalarını önleyecek bir iğneyi doktora ya da hemşireye yaptırırlar.			
8. Deri altı implantları Kadının kolunda deri altına küçük kapsüller yerleştirilir ve bu kadının birkaç yıl gebe kalmasını önler.			
9. Kadın kondomu Kadınlar cinsel ilişkiden önce haznelerine lastikten yapılmış kılıf yerleştirirler.			
9. Diyafram, köpük, jel, fitil Kadınlar cinsel ilişkiden önce haznelerine diyafram, köpük, jel, fitil gibi şeyler yerleştirirler.			
10. Vajinal halka Kadınlar haznelerine üç hafta boyunca kullanacakları ince renksiz bir halka yerleştirirler.			
11. Tehlikesiz günler Bazı çiftler kadının gebe kalma ihtimalinin yüksek olduğu zamanlarda cinsel ilişkide bulunmazlar.			
13.Acil korunma hapi (ertesi gün hapi) Kadınlar gebe kalmayı önlemek için cinsel ilişkiden sonra üç gün içerisinde ertesi gün hapi alırlar.			
Sizce yukarıdaki yöntemlerden en güvenilir hangisi veya hangileri?			

4. Aile planmasını ne zaman kullandınız? İşaretleyiniz?

1. İlk ilişkiden itibaren 2. İlk doğumdan itibaren 3. İkinci doğumdan itibaren
4. Diğer

5. Gebeliği önlemek için ilk kullandığınız yöntem hangisiydi? Kaç yaşındaydınız? O zaman çocuğunuz var mıydı? Varsa kaç çocuğunuz vardı?

.....

6. Siz veya eşiniz şu anda gebeliği engellemek ya da geciktirmek için herhangi bir yöntem kullanıyor musunuz? 1. EVET () 2. HAYIR ()

Yanıtınız evet ise hangi yöntemi kullanıyorsunuz? Ne kadar süredir ara vermeden kullanıyorsunuz?

.....

Yöntemi kullanırken mi gebe kaldınız? Yoksa gebe kalmak ya da başka bir nedenle mi yöntemi bıraktınız ve gebe kaldınız?.....

7. kullandığınız yöntemi kim önerdi?

1.kendi kararı 2.sağlık çalışanı 3.arkadaş/eş dost/akraba

8. Kullandığınız yöntemi seçme nedeniniz?

1.Yan etki yok 2.eşi öyle istiyor 3.daha önce kullandığım yöntem 4.etkili kullanımı kolay

5.Diğerlerinden memnun değilim 6.Daha fazla çocuk istemiyorum

9. Gebeliği engelliyici yöntem kullanma kararını kim verdi?

1.Siz() 2.eşiniz() 3.eşiniz ve siz birlikte() 4.diğer()

10. kullandığınız yöntemi nereden temin ettiniz?

1.Devlet hastanesi () 2.aile sağlığı merkezi () 3.toplum sağlığı merkezi ()
4.özel hastane() 5.Eczane()

11. Gebeliği önleyici bir yöntem kullanmamanızın temel nedeni nedir?

1. Doğurganlık ile ilgili nedenler:

1.1. Cinsel ilişki yok() 1.2. Sık olmayan ilişki()
1.3. Menopozda/histerektomi() 1.4. Gebe kalması zor/kısır()
1.5. Eşi kısır() 1.6. Yeni doğum yapmış/emziriyor()
1.7. Gebe kalmak istiyor()

2. Bilgi eksikliği:

2.1. Yöntem bilmiyor() 2.2. Kaynak bilmiyor()

3. Yöntem ile ilgili nedenler:

3.1. Sağlık kaygısı/yan etki() 3.2. Temin zorluğu() 3.3. Kullanışlı değil()
4. Eşi karşı() 5. Dini nedenler() 6. Kadercilik()
7.Utanyor()

12. Gebeliği engelleyici yöntem kullanmama kararını kim verdi?

1.Siz() 2.eşiniz() 3.eşiniz ve siz birlikte() 4.diğer()

13. Gelecekte herhangi bir zamanda gebeliği ertelemek veya önlemek için bir yöntem kullanmayı düşünüyor musunuz? 1.EVET() 2.HAYIR()

Cevanız EVET ise hangi yöntemi kullanmayı düşünüyorsunuz?

.....

14. Son birkaç ayda üreme sağlığı veya aile planlaması ile ilgili bilgi kaynağınız neresi?

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1.Radyo e() h() | 2.Tv e() h() | 3.Gazete/dergi e() h() |
| 4.İnternet e() h() | 5.Cep telefonu e() h() | 6.El ilanı/broşür e() h() |
| 7.Pano/afiş e() h() | 8.Sağlık kuruluşu e() h() | 9.Başka yer e() h() |
| 10. Aile bireyleri e() h() | 11. Arkadaş e() h() | |



D) Aile planlaması tutum Ölçeği

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