

**K.K.T.C.
YAKIN DO U ÜN VERS TES
SA LIK B L MLER ENST TÜSÜ**

**KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHUR YET ,
SKELE BÖLGES NDE YA AYAN
15-49 YA KADINLARIN A LE PLANLAMASI
YÖNTEM KULLANIMLARI VE YÖNTEM
KULLANIMINI ETK LEYEN FAKTÖRLER**

Dilek SARP KAYA

**HEM REL K Programı
YÜKSEK L SANS TEZ**

**LEFKO A
2011**

**K.K.T.C.
YAKIN DO U ÜN VERS TES
SA LIK B L MLER ENST TÜSÜ**

**KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHUR YET ,
SKELE BÖLGES NDE YA AYAN
15-49 YA KADINLARIN A LE PLANLAMASI
YÖNTEM KULLANIMLARI VE YÖNTEM
KULLANIMINI ETK LEYEN FAKTÖRLER**

Dilek SARPKAYA

**HEM REL K Programı
YÜKSEK L SANS TEZ**

**TEZ DANI MANI
Prof. Dr. Kafiye ERO LU**

**LEFKO A
2011**

KABUL ONAY SAYFASI

Sa lık Bilimleri Enstitüsü Müdürlü ü'ne;

Bu çalı ma, jürimiz tarafından **HEM REL KTE YÜKSEK L SANS PROGRAMINDA B L M UZMANLI I TEZ** olarak kabul edilmi tir.

Jüri Ba kanı :.....(mza).....
(Ünvanı, Adı ve Soyadı)

Üye (Danı man) :.....(mza).....
(Ünvanı, Adı ve Soyadı)

Üye :.....(mza).....
(Ünvanı, Adı ve Soyadı)

ONAY:

Bu tez Sa lık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmü ve/...../..... tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmi tir.

Prof.Dr.

SA LİK B L MLER ENST TÜSÜ MÜDÜRÜ

TE EKKÜR

Uzmanlık e itimim süresince bilgi ve deneyimleri ile e itimime katkıda bulunan, tez çalı mamda bana yol gösteren Sayın Prof. Dr. Kafiye ERO LU'na tüm alanlardaki yardımı, deste i, sabrı ve anlayı ı için,

Tez önerisinde veri toplama formunun kapsam geçerlili inde bilgi ve deneyimleri ile katkı veren , Sayın Prof. Dr. Gül en VURAL, Sayın Yrd. Doç. Dr. Naile B LG L ve Sayın Dr. Ayten entürk Erenel'e,

Çalı manın istatistiksel de erlendirmesinde danış manlık ve destek aldı ım Sayın Prof. Dr. Reha ALPAR ile Sayın Dr. Erdem KARABULUT'a,

Çalı mamın kaynak tarama kısmında danış manlık aldı ım Sayın Mesut Yalvaç'a,

Çalı mama izin veren skele Belediye Ba kanlı ı'na ve çalı maya katılan kadınlara,

Hem e itimimde hem de ara tırma süresince yardımlarını esirgemeyen, ö renimim boyunca beni güdüleyen ve destekleyen sevgili aileme ve arkadaş larıma çok te ekkür ederim.

ÖZET

Sarpkaya, D. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, skele Bölgesinde Ya ayan 15-49 Ya Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımları ve Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler. Yakın Do u Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü Hem irelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Lefko a, 2011.

Aile planlaması yöntem kullanımının yaygınla tırılması, do urganlı ın düzenlenmesini ve istenmeyen gebeliklerin getirece i olumsuz sonuçlarının önlenmesini sa layarak, toplum sa lı ının korunmasında ve geli tirilmesinde önemli hizmetler içinde yer almaktadır. Ara tırma, skele Bölgesinde ya ayan 15-49 ya kadınların aile planlaması yöntem kullanımları ve yöntem kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmı tır. Örneklem grubunu, skele bölgesindeki köy ve mahallelerden küme ve basit rastgele örneklem yöntemi kullanılarak seçilen 334 kadın olu turmu tur. Veriler, 22.07.2010 ve 20.08.2010 tarihleri arasında, bazı sosyo-demografik özellikler, do urganlık özellikleri ve aile planlaması yöntem kullanım durumuna yönelik özellikleri içeren soru formu aracılı ıyla ara tırmacı tarafından, katılımcıların ev ortamında yüz yüze görü ülerek toplanmı tır. Verilerin de erlendirilmesinde, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 programı ile yüzdeler ve ortalama hesaplama, pearson ki kare, fisher exact ve geriye dönük eleme olabilirlik oranı yöntemi ile çok de i kenli lojistik regresyon analizi kullanılmı tır. Çalı maya katılan kadınların ya ortalamasının 33.5 ± 7.9 , %43.7'sinin KKTC-TC uyru unda, %74.9'unun çalı madı ı ve %98.8'inin evli oldu u saptanmı tır. Kadınların ortalama gebelik sayısı 2.9 ± 1.3 , canlı do um sayısı 2.2 ± 1.0 , kendili inden dü ük sayısı 1.2 ± 0.4 ve küretaj sayısı 1.5 ± 0.7 'dir. Kadınların halen kullandıkları yöntemlerin en fazla %35.0 ile geri çekme, %17.3 ile tüpligasyon, %13.7 ile rahim içi araç oldu u belirlenmi tir. Kadınların ya grubu, en uzun süre ya adıkları bölge, aile tipi, gebelik sayısı, canlı do um sayısı, ya ayan çocuk sayısı, ya ayan çocuk cinsiyeti ve bilgi alma durumu ile herhangi bir yöntem kullanma durumu bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamlı ($p<0.05$) bulunmu tur. Ya grubu, evlilik süresi, ilk gebelik ya ı, gebelik sayısı, canlı do um sayısı, ya ayan çocuk sayısı, ya ayan çocuk cinsiyeti, dü ünülen ideal çocuk sayısı, küretaj yapma durumu ve son yöntem karar veren ki i ile kullandıkları modern ve geleneksel yöntem bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmu tur. Lojistik regresyon analizi sonucuna göre, canlı do um sayısı 1 olanlarda modern yöntem kullanmama riski canlı do um sayısı 3 olanlara göre 4.4 kat daha fazladır. Kadınların gebelik sayısı 2 olanların herhangi bir yöntem kullanmama riski gebelik sayısı 4 olanlara göre 3,7 kat fazla, dü ük sayısı 2 kez ve üzeri olanların herhangi bir yöntem kullanmama hiç dü ük yapmamı lara göre 5 kat daha fazla oldu u belirlenmi tir. Sonuç olarak, kadınların geleneksel yöntemlerden geri çekme yöntemini daha fazla kullanmaları nedeniyle etkili aile planlaması yöntem kullanımını arttırmaya yönelik aile planlaması hizmet birimlerinin olu turulması, e itim ve danı manlık hizmetlerinin etkin sunulması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması yöntemleri, do urganlık, aile planlaması yöntem kullanımını etkileyen faktörler

ABSTRACT

Sarpkaya, D. Turkish Republic of Northern Cyprus. The use of family planning methods of women aged between 15-49 living in Iskele region and the factors influencing the use of method. Near East University, Health Sciences Institute, Nursing Programme Master's thesis, Nicosia, 2011.

Generalization of the use of family planning method, arrangement of fertility and prevention of the negative consequences of unwanted pregnancies are among the important services for protecting and improving health of the society. The current study which is descriptive in nature aims to determine the family planning method use of women aged between 15-49 living in Iskele region along with the factors influencing the method use. The sample group was composed of 334 women from the villages and districts of Iskele region. They were chosen according to the cluster and simple random method sampling. Data was collected by the researcher between the dates 22.07.2010 and 20.08.2010, through questionnaires consisting of questions on certain socio-demographic characteristics, fertility features and family planning method use on one to one basis at participants' places. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 programme, percentage and average calculation, pearson chi-squared, fisher exact, retrospective elimination likelihood ratio method, and multivariate logistic regression analysis were used for the data analysis. Average age of women who participated in the study was 33.5 ± 7 , 43.7% of them had TRNC-TR nationalities, 74.9% of them were unemployed and 98.8% of them were married. Average pregnancy number of participant women was 2.9 ± 1.3 , live birth number was 2.2 ± 1.0 , spontaneous abortion number was 1.2 ± 0.4 and abortion number was 1.5 ± 0.7 . It was found out that withdrawal method with 35.0% was the most, tubligation with 17.3% was the second, and intra uterine device with 13.7% was the third preferred methods by participant women. The difference between the groups regarding age group of participant women, longest lived area, family type, pregnancy number, live birth number, living child number, gender of living child and getting information and using any type of method was found statistically significant ($p<0.05$). Also, the difference between the groups regarding age group, marriage duration, first pregnancy age, pregnancy number, live birth number, living child number, living child gender, ideal child number, state of undergoing an abortion, and the person who gives the decision on the final method and the modern and traditional methods used was found statistically significant ($p<0.05$). According to the logistic regression analysis, the risk of not using modern method was 4.4 times more for the ones who had 1 live birth than the ones who had 3. The risk of not using any of the methods was 3.7 times more for the women who had 2 pregnancies comparing to the women who had 4 pregnancies. Participant women who had 2 or more spontaneous abortion were 5 times more under risk of not using any of the methods when compared to ones who never had any spontaneous abortion. As a result, it is highly recommended to establish family planning service units regarding the use of effective family planning method use and the active representation of education and consultancy services as women mainly prefer to use withdrawal method, which is one of the traditional methods.

Key Words: Family planning methods, fertility, factors influencing family planning method use

Ç NDEK LER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	III
TE EKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
Ç NDEK LER	VII
KISALTMALAR D Z N	IX
Ç ZELGELER D Z N	X
GRAF K D Z N	XII
EK L D Z N	XIII
1. G R VE AMAÇ	1
1.1 Problemin Tanımı.....	1
1.2 Ara tırmanın Amacı.....	6
2. GENEL B LG LER	7
2.1. Aile Planlaması Tanımı.....	7
2.2. Aile Planlamasının Amaç Ve Hedefleri.....	7
2.3. Aile Planlamasının Yararları.....	8
2.5. Aile Planlamasını Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	9
2.5.1. Kadının Ya ı.....	10
2.5.2. Kadının E itim ve Çalı ma Durumu.....	11
2.5.3. Sosyoekonomik Durumu.....	13
2.5.4. Aile Yapısı.....	13
2.5.5. Toplumun Yapısı.....	14
2.5.6. İlk Cinsel İlişki Ya ı, İlk Evlilik Ya ı, İlk Gebelik Ya ı.....	15
2.5.7. Erkeklerin E Olarak Üreme Sa lı na Katılımları.....	17
2.5.8. İstenmeyen Gebelik ve Küretaj Sayısı.....	18
2.5.9. Gebelik, Canlı Doğum ve Yaşayan Çocuk Sayısı.....	20
2.5.10. Çocukların Cinsiyet Tercihleri.....	21
2.5.11. Kullanılan veya Kullanılacak Yöntemin Özellikleri.....	22
2.5.12. Söylentiler, Yanlış Düşünce ve Dini inanışları.....	23
2.6. Aile Planlaması Yöntemleri.....	25
2.6.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri.....	25
2.6.1.1. Hormonal kontraseptifler.....	26
2.6.1.2. Rahim içi araçlar.....	33
2.6.1.3. Bariyer yöntemler.....	34
2.6.1.4. Cerrahi sterilizasyon.....	39
2.6.2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri.....	41
2.6.2.1. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri.....	41
2.7. Aile Planlaması Hizmetleri ile Hemirenin Rolü.....	46
3. B REYLER ve YÖNTEM	50
3.1. Ara tırma ekli.....	50
3.2. Ara tırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	50
3.3. Ara tırmanın Evreni.....	51
3.4. Ara tırmanın Örnekleme.....	52
3.5. Verilerin Toplanması.....	53

Ç NDEK LER (DEVAM)

3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	54
3.5.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması.....	54
3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	55
3.6. Ara tırmanın Etik Boyutu.....	55
3.7. Ara tırmanın Sınırlılıkları.....	55
3.8. Verilerin De erlendirilmesi.....	56
4. BULGULAR.....	57
4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine li kin Bulgular.....	53
4.2. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanma Özelliklerine li kin Bulgular.....	60
4.3. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörlere Yönelik Bulgular.....	69
5. TARTI MA.....	89
6. SONUÇLAR ve ÖNER LER.....	
6.1. Sonuçlar.....	
6.1.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine li kin Sonuçları.....	
6.1.2. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanma Özelliklerine li kin Bulgular.....	
6.1.3. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörlere Yönelik Bulgular.....	
6.2. Öneriler.....	
7. KAYNAKLAR.....	
8. EKLER	
EK 1: Anket Formu	
EK 2: Onam Formu	
EK 3: izin Formu	
EK 4: Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Tercih Edilme Nedenlerinin Da ılımı	
EK 5: Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine Devam Etme Durumları ve Bırakma Nedenlerinin Da ılımı	

KISALTMALAR D Z N

TDH	Toplam Do urganlık Hızı
UN CEF	United Nations Children's Fund (Birle mi Milletler Çocuk Fonu)
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sa lık Ara tırması
UAÖÇ	Ulusal Anne Ölümü Çalı ması
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
DPÖ	Devlet Planlama Örgütü
R A	Rahim çi Araç
DSÖ	Dünya Sa lık Örgütü
UNFPA	United Nations Population Fund (Birle mi Milletler Nüfus Fonu)
AP	Aile Planlaması
KSSGM	Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlü ü
KOK	Kombine Oral Kontraseptif
HIV	Human Immunodeficiency Virus (nsan Ba ı klık Yetmezlik Virüsü)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmi Ba ı klık Eksikli i Sendromu)
CYBH	Cinsel Yolla Bula an Hastalık
ABD	Amerika Birle ik Devleti
DAP	Do al Aile Planlaması
BOM	Billings Ovülasyon Metodu
LAM	Laktasyonel Amenore Metodu
KS	Kontraseptif
MKH	Milenyum Kalkınma Hedefi
ENJ	Enjeksiyon
KND	Erkek Kondomu
TUP	Tupligasyon
G.ÇK.	Geri Çekme
H.YK.	Hazne Yıkama

EMZ.

Emzirme

ÇİZELGELER DİZİNİ**Sayfa**

Çizelge 3.4.1. Örneklem Grubuna Alınacak Kadınların Kümelerdeki Yerleşim Birimlerine Göre Dağılımları.....	53
Çizelge 4.1.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	53
Çizelge 4.1.2.1. Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı.....	56
Çizelge 4.1.2.2. Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Yönelik Bazı Verilerin Ortalamalarının Dağılımı	57
Çizelge 4.1.3 Kadınların Cinsel İlişki Özelliklerinin Dağılımı.....	59
Çizelge 4.2.7. Kadınların Üçüncü Kadar Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanılma Sürelerinin Dağılımı...	65
Çizelge 4.2.9. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine Karar Verme, Ulaşma, Bilgi Alma ve Bilgi Almak İstedikleri Kaynaklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	68
Çizelge 4.3.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumunun Dağılımı.....	69
Çizelge 4.3.2. Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumunun Dağılımı.....	72
Çizelge 4.3.3. Kadınların Cinsel İlişki Özelliklerine ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi Alma Durumuna Göre Yöntem Kullanma Durumunun Dağılımı.....	75

ÇİZELGELER DİZİNİ (DEVAM)

	Sayfa
Çizelge 4.3.4. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Halen Kullandıkları Modern ve Geleneksel Yöntemlerin Dağılımı.....	77
Çizelge 4.3.5. Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Halen Kullandıkları Modern Ve Geleneksel Yöntemlerin Dağılımı..	80
Çizelge 4.3.6. Kadınların Cinsel İlişki Özelliklerine İle Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi Alma Durumuna Göre Halen Kullanılan Yöntem Çeşitliğinin Dağılımı.....	84
Çizelge 4.3.7. Kadınların En Son Kullandıkları Yönteme Karar Veren Kişilere Göre Halen Kullandıkları Modern Ve Geleneksel Yöntemlerin Dağılımı.....	85
Çizelge 4.3.8. Herhangi Bir Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonucu..	86
Çizelge 4.3.9. Herhangi Bir Modern Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonucu.....	87

GRAFİK DİZİNİ**Sayfa**

Grafik 4.2.1. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Duyma, Kullanma ve Halen Yöntem Kullanma Durumlarının Dağılımı.....	60
Grafik 4.2.2. Kadınların Duydukları Modern Yöntemlerin Dağılımı.....	61
Grafik 4.2.3. Kadınların Duydukları Geleneksel Yöntemlerin Dağılımı.....	61
Grafik 4.2.4. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Yüzde Dağılımı.....	62
Grafik 4.2.5. Kadınların Halen Kullandıkları Yöntemlerin Yüzde Dağılımı..	63
Grafik 4.2.6. Kadınların En Fazla Kullandıkları Yöntemlerin Tercih Edilme Nedenlerinin Yüzde Dağılımı.....	63
Grafik 4.2.8.1. Kadınların En Fazla Kullandıkları Yöntemleri Bırakma Durumlarının Dağılımı.....	66
Grafik 4.2.8.2. Kadınların En Fazla Kullandıkları Yöntemlerin İlk Bırakma Nedenlerinin Dağılımı.....	66

E K L D Z N

	Sayfa
ekil 1. Norplant	46
ekil 2. mplanon.....	50
ekil 3. Vajinal Halka ve Yerle imi.....	54
ekil 4. Transdermal Bantlar.....	58
ekil 5. Dünyada En Sık Kullanılan R A Çe itleri.....	70
ekil 6. Kadın ile Erkek Kondomu ve Kullanımları.....	80
ekil 7. Diyafram Çe itleri ve Yerle imi.....	83
ekil 8. Lea Kalkanı	86
ekil 9. Bazı Spermisit Çe itleri	89
ekil 10. Vajinal Sünger	93
ekil 11. Tüpligasyon	98
ekil 12. Vazektomi.....	102
ekil 13. Essure.....	105
ekil 14. Servikal Palpasyon Yöntemi.....	113

7. KAYNAKLAR

Akafuah, R.A., Sossou, M.A. (2008). Attitudes Toward And Use Of Knowledge About Family Planning Among Ghanaian Men. *International Journal Of Men's Health*. 7(2), 109-120.

Akın, A. & Mihçioğur S. Kadının Statüsü Ve Anne Ölümleri. Erişim: 8 Aralık 2009,

http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/.../kadinin_statusu_anne_olumleri.pdf

Akın, L. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. In Güler, Ç. (Ed.), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Altay, B. & Gönener D. (2009). Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme Ve Kullanma Durumu Ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1), 56-64.

Arvi, H. M. (2008). Aydın Doğmevi'ne Aile Planlanması için Başvuran Kişilerin Kontraseptif Yöntem Tercihleri Ve Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın.

Ayaz, S. & Efe, .Y. (2009). Family Planning Attitudes Of Women And Affecting Factors. *J Turkish-German Gynecol Assoc.* 10: 137-41.

Aydın, . (2003). Sağlık Yüksekokulunda Okuyan Öğrencilerin Kullanmayı Dündükleri Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. *Nursing Forum*, 6(1), 28-32.

Be tepe, G., Ellidokuz, H., Temel, A. & Atılgan, A. (2003). Aile Planlaması Konusunda Özellikler: Afyon'da Bir Kesit. *Sted Dergisi*, 12(5), 179-183.

Bırol L. (2004). Hemşirelik Süreci. 6. Baskı, Ankara, Etki Matbaacılık, 21-26.

Black, A., Yang, Q., Wu, W.S., Lalonde, A.B., Guilbert, E., Fisher, W. (2009). Contraceptive Use Among Canadian Women Of Reproductive Age: Results Of A National Survey. *J Obstet Gynaecol Can.* Jul, 31(7), 627-40.

Capuano,S., Simeone, S., Scaravilli, G., Raimondo, D. & Balbi, C. (2009). Sexual Behaviour Among Italian Adolescents: Knowledge And Use Of Contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 14(4), 285-9.

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

Dede, M., Yenen, M.C., Göktolga, Ü., Mesten, Z., Ergün, A. & Pabuçcu, R. (2004). Kombine Oral Kontraseptiflerle Acil Postkoital Kontrasepsiyon. Gülhane Tıp Dergisi, 46 (1), 15-19.

Depe, Y. & Erenel, .A. (2006). Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüş ve Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(3), 29-36.

Devlet Planlama Örgütü İstatistik ve Araştırma Dairesi (DPÖ). (2008). 2006 Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti İstatistik Yıllığı. Lefkoşa: KKTC Devlet Basımevi

Dündar, C., Kaynar, E. & Pek en, Y. (2005). Samsun İli Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Evli Ebelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları. İkon Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(4), 243-24.

Essure. Erişim: 26 Aralık 2009:

www.essuremd.com/.../bTheEssureProcedure/bWhatIsEssure/.../Default.aspx -

Family Planning. Erişim: 31 Aralık 2009,

<http://www.unfpa.org/rh/planning.htm>

Fathizadeh, N., Firuzabadi, M., Aqdaq, P. & Kianpour, M. (2009). Women's Satisfaction With Contraceptive Methods And Its Related Factors in Isfahan Health Clinics in 2008. IJNMR. 14(4), 185-189.

Ferro, V.A. & Mordini, E. (2004). Peptide Vaccines in Immuncontraception, Curr Opin Mol Ther. Feb; 6(1): 83-9. New attention to the IUDP Population Report, 2006. Erişim: 2 Eylül 2009, <http://www.infoforhealth.org/pr/b7/published/bb7eng.pdf>.

Gabalci, E. (2006). Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşamlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Giray, H. & Keskinolu, P. (2006). İkikent Sağlık Ocağı'na Başvuran 15-49 Yaşlı Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler. *Sted Dergisi*, 15(2), 23-26.

Grady, W. R., Klepinger, D. & Billy, J.O.G. (1993). Family Planning Perspectives; Vol. 25: 1, p. 4-11, 8 p, 3 charts.

González, E., Molina, B. T., Montero, A., Martínez, V. & Molina, R. (2009). Factors Associated With Maintenance Of Contraception Among Adolescents *Rev Med Chil.* 137(9), 87-92.

Goto, A., Yasumara, S., Reich, M.R. & Fukao, A. (2002). Factors Associated With Unintended Pregnancy in Yamagata, Japan. *Social Science & Medicine*, 54 (7). 1065-1079.

Gökmen, O. & Çiçek, N. (2001). Günümüzde Kontrasepsiyon. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Günay, T., Kılıç, B. & Kartal, M. (2007). Erkeklerin Aile Planlaması Katılımını Artırmak için Bir Adım, Erkeklerle Yönelik Aile Planlaması Etkinliği. *Türkiye Klinikleri 5. Gynecol Obst*, 17, 253-291.

Güngör, S., Başer, S., Göktolga, Ü. & Özkömür, E., (2006). Koitus interruptus (Geri Çekme) Yönteminin Etkinliği Ve Etkinlik Seviyesinin Önemi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 8-10.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006). Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ) 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.

Hock-Long, L., Whittaker, P.G. & Herceg-Baron, R. (2010). Family Planning Service Delivery Research: A Call to Focus on the Dynamics of Contraceptive Use. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 42 (1), 10-11.

Irala, J., Burgo, C.L., Fez, C.L., Arredondo, J., Mikolajczyk R.T. & Stanford, J. (2007). Women's Attitudes Towards Mechanisms Of Action Of Family Planning Methods: Survey in Primary Health Centres in Pamplona, Spain. *BMC Women's Health*, 7-10.

Islam, M.A., Padmadas, S.S. & Smith, P.W. (2010). Consistency n Reporting Condom Use Between Husbands And Wives n Bangladesh. J Biosoc Sci, 5, 1-10.

Kabir, A., Ibrahim, Q.I.U. & Kawsar, L. A. (2005-2006). Relationships Between Factors Affecting Contraception And Fertility In Bangladesh. International Quarterly Of Community Health Education. 24 (1). p.45-53.

Kadının Durumu. Eri im: 6 Aralık 2009,
<http://www.ksgm.gov.tr/ar iv/tr-kssgm.htm>

Kahraman, K. (2005). Nev ehir Özkonak Kasabasında Ya ayan 15-49 Ya Grubu Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları. Erciyes Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü Hem irelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.

Karao lu, L., Çetin, F., Ilgar, M., Tekiner, S., Güne , G., Genç, M.F., E ri, M. & Pehlivan, E. (2005). Turgut Özal Tıp Merkezinde Çalı an Evli Kadınların Do urganlık Özellikleri ve Gebeli i Önleyici Yöntem Kullanımları. nönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,12(2), 93-97.

Karao lu, L., Öztürk, C. & Pehlivan, E. (2002). Çorum li Bir Sa lık Oca ı Bölgesinde Ya ayan Evli Kadınlarda Do urganlık Ve Etkileyen Faktörler. nönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 9(1), 33-40.

Kaya, H., Tatlı, H., Açıık, Y. & Deveci, S.E. (2008). Bingöl li Uydukent Sa lık Oca ı Bölgesindeki 15-49 Ya Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sa lık Bilimleri Dergisi, 22(4), 185-191.

Kayembe, P. K., Fatuma, A. B., Mapatano, M. A. & Mambu, T. (2006). Prevalence And Determinants Of The Use Of Modern Contraceptive Methods n Kinshasa, Democratic Republic Of Congo Contraception. 74 (5): p. 400-406

Kim, Y.M., Heerey, M. & Kols, A. (2008). Factors That Enable Nurse–Patient Communication n A Family Planning Context: A Positive Deviance Study. Int J Nurs Stud. 2008 Oct, 45(10), 1411-21.

Kitapçio lu, G. & Yanikkerem, E. (2008). Manisa Do umevinde Do um Yapan Kadınların Do urganlık Öyküleri, Aile Planlaması, Davranı ı ve Do um Sonrası Aile Planlaması Danı manlı ı. Ege Tıp Dergisi, 47(2), 87-92

KKTC 2007 Devlet Planlama Örgütü. Genel Nüfus ve Konut Sayısı Toplu Sonuçlar 10 Eylül 2007.[online]. Erişim: 22. Mart. 2009: <http://nufussayimi.devplan.org/Nufus%20Tabloları/Nitelikler-index.html>.

KMG Araştırma Firması. (2007). Bayer Schering Pharma Aile Planlaması Bilinci-Doğum Kontrol Yöntemleri Kullanımı. Türkiye.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri 2005-2007.[online]. Erişim: 11 Nisan 2009, <http://www.saglikbakanligi.com/>

Lea's Shield Contraceptive. Erişim: 26 Aralık 2009, www.contracept.org/leas-shield.php

Littleton, I.Y. & Engerretson, I.J. (2008). Maternity Nursing Care. Houston, Texas, Unit 3, p: 212.

Littleton, I.Y. (2005). Maternity Nursing Care. Houston, Texas, p:234-250.

Lucke, J.C., Watson, M. & Herbert, D. (2009). Changing Patterns Of Contraceptive Use in Australian Women. *Contraception*. 80 (6), 533-539.

Mahmood, N., Ringheim, K. (1996). Factors Affecting Contraceptive Use in Pakistan. *The Pakistan Development Review*, 35:1 , 1-22.

Mayda, A., Arslan, T., Bozkurt, H.B., Iker, D. & Özkan, M.Ö. (2005). Düzce li Kalıcı Konutlar Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Yöntem Kullanma Oranları ve Tercih Nedenleri. *TAF Prev Med Bull*. 2005; 4(5), 265-279.

Mikolajczyk, R. T., Stanford, J.B. & Rauchfuss, M. (2003). Factors influencing The Choice To Use Modern Natural Family Planning. *Contraception*, 67 (4), 253-258.

Mosher, W.D., Martinez, G.M., Chandra, A., Abma, J.C. & Willson, S.J. (2004).Use of Contraception and Use of Family Planning Services in the United States: 1982–2002. *Advance Data*, 350.

Mostafavi, S. F., Mehryar, A. H. & Agha, H. (2006). Socio-Cultural Factors Affecting Men's Use of Family Planning Methods in Iran. *Journal Of Social Sciences & Humanities Of Shiraz University*. Vol. 24, No. 2, (Ser. 47).

New Birth Control: Implanon Top Resource. Erişim: 26 Aralık 2009, www.epigee.org/guide/implanon.html

Olgu, M. (2005). Perinatal Ölüm Nedenleri. 51. Milli Pediatri Kongresi. 7-11 Kasım 2007, Acapulco Otel, KKTC.

Oltuluo lu, H. (2008). Malatya İ Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15–49 Ya Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem Ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Omo-Aghoja, L.O., Omo-Aghoja, V.W., Aghoja, C.O., Okonofua, F.E., Aghedo, O., Umueri, C., Otayohwo, R., Feyi-Waboso, P., Onowhakpor, E.A. & Inikori, K.A. (2009). Factors Associated With The Knowledge, Practice And Perceptions Of Contraception n Rural Southern Nigeria. Ghana Med J. 43 (3), 115-21.

Ortho Evra: Eri im: 27 Aralık 2009, <http://www.orthoevra.com>

Özdemir, O., Ocaktan, E., Çalı kan, D. & Özyurda, F. (2004). Ankara Üniversitesi Tıp Fekültesi Halk Sa lı ı Ana Bilim Dalı Aile Planlaması Ünitesine 1999-2002 Arasında Yapılan Ba vuruların De erlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57(4), 195-203.

Öztek, Z. & Kubilay, G. (2008). Toplum Sa lı ı Hem ireli i. 3 Basım. Ankara: Palme Yayıncılık.

Öztürk, H., Çeber, E., Saydam, K.B. & So ukpınar, N. (2004). Do um Kontrol Yöntemlerinde Yenilikler. Hem irelikte Ara tırma Geli tirme Dergisi, 1, 2.

Özvarı , .B. & Akın, A. (1998). Üreme Sa lı ı . Sa lık Ve Toplum Dergisi, 8(3-4), 23-26.

Özveren. Ö. & Çeber, E. (2009). Dünyada Üreme Sa lı ı Uygulamalarına Dinlerin Etkisi. 6. Uluslararası Üreme Sa lı ı Ve Aile Planlaması Kongre Poster Bildirisi. 23-25 Nisan 2009. Sheraton Hotel-Ankara.

Parlamentar Sorumlulukları. Dördüncü Dünya Kadın Konferansı. 4-15 Eylül 1995-Pekin, Çin. **Türkiye Aile Planlaması Derne i** Yayınları, No:59, Syf:33-39.

Perry, L. (2007). Maternity & Women's Health Care. Mosby Elsevier. 9th ed. China. p. 207-227.

Sa lık Bakanlı ı Ana Çocuk Sa lı ı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlü ü. (2006). Aile Planlaması Danı manlı ı E itici Hizmet Rehberi. Cinsel Sa lık Ve Üreme Sa lı ı. Ankara: T.C. Bulu Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri.

Sa lık Bakanlı ı Ana Çocuk Sa lı ı ve Aile Planlaması Genel Müdürlü ü. (1997). Aile Planlamasında Temel Bilgiler. nsan Kayna nı Geli tirme Vakfı, stanbul: Damla Maatbaacılık.

Sa lık Bakanlı ı Ana Çocuk Sa lı ı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlü ü. (2000).Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Aile Planlaması Ve Üreme Sa lı ı. Cilt 1, Ankara: Damla Matbaacılık Ltd. ti.; 67-68

Sa lık Bakanlı ı Ana Çocuk Sa lı ı ve Aile Planlaması Genel Müdürlü ü. (2005). Üreme Sa lı ına Giri Katılımcı Rehberi. Ankara: Bulu Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri, 4-28.

Sa lık Bakanlı ı Ana Çocuk Sa lı ı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlü ü. (2005). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Kontraseptif Yöntemler. Cilt 2, Ankara: Damla Matmaacılık Ltd. ti.

Saka, G., Ceylan, A., Ertem, M. & İçin, E. (2004). Kadın Sa lı ı Merkezinde stemli Dü ük Yaptıran Kadınların Özellikleri-Diyarbakır. Sa lık Ve Toplum Dergisi, 14 (1), 73-77.

Saleem, A. & Pasha, G. R. (2008). Log-Linear Modeling and Analysis of the Factors, Affecting the Contraceptive Use in Pakistan. European Journal of Scientific Research, 21(1), 120-129.

Savran, O.C. (2006). Gecekondu Bölgesinde Ya ayan Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranı larının Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

Songur, D. (2009). Gaziantep Binevler Sa lık Oca ı Bölgesinde Ya ayan 15-49 Ya Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumu Ve Etkileyen Etmenler. Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep.

Söylemez, F. (2001). Oral Kontrasepsiyon. 1.Ulusal Ana-Çocuk Sa lı ı Kongre Kitabı, Ankara Üniversitesi, Ankara, ss 7–14.

Sümbülo lu, K & Sümbülo lu, V. (2007). Biyoistatistik. 12.Baskı, Ankara: Hatipo lu Yayınevi.

ahin, H.G., ahin, H.A., Zetero lu, . & Kolusarı, A. (2002). Van li Yöresinde Aile Planlaması Yöntemleri Kullanmama Nedenleri. Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst, 12, 265-268.

ankazan, . & Yıldız, A. (2002). Ankara li Deliler Köyündeki Evli Erkeklerin Aile Planlaması ile İlgili Bilgi Tutum Ve Davranı ları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 55(1), 41-50.

im ek, B. (2009). 15-49 Ya Çalı an Ve Çalı mayan Kadınlarda Kontraseptif Kullanımı Ve Etki Eden Faktörlerin De erlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sa ılık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

im ek, Z., Kurçer, M.A., Ersin, F. & Ark. (2003). anlıurfa Tılıdır Sa ılık Oca ı Bölgesindeki 15-49 Ya Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgileri Ve Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler. Sa ılık Ve Toplum Dergisi, 1, 75-80.

Stephenson, R., Baschieri, A., Clements, S., Hennink, M. & Madise, N. (2007). Contextual Influences on Modern Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. Am J Public Health. 97 (7), 1233–1240.

Ta kın, L. (2007). Do um ve Kadın Sa ılı ı Hem ireli i. 6 Basım. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

Tanrıverdi, G., Özkan, A. & enveli, . (2008). Çanakkale'deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri. Fırat Tıp Dergisi, 13(4), 251-254.

Tezcan, S. & Ço kun, Y. Türkiye Ulusal Anne Ölümü Çalı ması. 5. Uluslararası Üreme Sa ılı ı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. 19-22 nisan 2007, Ankara, p. 52-54.

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

Topsever, P., Filiz, M., Alada , N., Topallı, R., Ci erli, Ö. & Görpelio lu, S. (2006). Counselling And Knowledge About Contraceptive Mode Of Action

Among Married Women; A Cross-Sectional Study. BMC Women's Health. **6** (12). 1186-1195.

Trussell, J. (2004). Contraceptive Efficacy. In R. Hatcher Et Al. (Eds.). Contraceptive Technology (18 Th Ed.). Ardent Media, New York.

Tuzcular, Z., Gönenç, I., Köse, G., Tüfekçi, E. & Aka, N. (2001). Kadın Kondomu Ne Kadar Biliniyor?. 6. Uluslararası Üreme Sa lı ı Ve Aile Planlaması Kongre Poster Bildirisi. 23-25 Nisan 2009, Sheraton Hotel-Ankara.

Tuzcular, Z., Gönenç, I., Aka, N., Köse, G. & Tüfekçi, E.C. Türk Kadınlarının Vajinal Du Hakkındaki Bilgi ve Tutumları. 6. Uluslararası Üreme Sa lı ı Ve Aile Planlaması Kongre Bildirisi. 23-25 Nisan 2009, Sheraton Hotel-Ankara

Türk, R. (2006). 2-6 aylık bebe i olan annelerin emzirmeyi aile planlaması yöntemi olarak kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Türkiye Aile Planlaması Derne i. (1999). Aile Planlaması Ve slam Dini. 4. Basım. Ankara. Yayın No:24, Tisamat.

Türkiye Nüfus ve Sa lık Ara tırması 1998. (1999). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. T.C Ba bakanlık Devlet Planlama Te kilatı Avrupa Birli i, Ankara.

Türkiye Nüfus ve Sa lık Ara tırması 2003. (2004). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. T.C Ba bakanlık Devlet Planlama Te kilatı Avrupa Birli i, Ankara.

Türkiye Nüfus ve Sa lık Ara tırması Ana Raporu 2008. (2009). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. T.C Ba bakanlık Devlet Planlama Te kilatı Avrupa Birli i, Ankara.

Uptan, S. (1989). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Gazi Magosa Bölgesinde Do urganlık Ça ındaki Kadınların Aile Planlaması ve Yöntemleri Konusunda Bilgi Düzeyleri ile Uygulama Biçimlerinin Ara tırılması. Yüksek Lisans Tezi, stanbul Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü Hem irelik Anabilim Dalı, stanbul.

Uzuner, A. Rahim çİ Araçlar: Uluslararası Kullanım. 6. Uluslararası Üreme Sağ lı lı Ve Aile Planlaması Kongresi. 23-25 Nisan 2009, Sheraton Hotel-Ankara.

Ünalın, T. (1993). Türkiye'de Cinsiyet ve Tercihleri. Nüfus Bilim Dergisi, 15, 23-32.

Wambui, T., Ek, A.C., Alehagen, S. (2009). Perceptions Of Family Planning Among Low- ncome Men n Western Kenya. Int Nurs Rev. 56(3), 340-5.

Weston, G.C., Schlipalius, M.L & Vollenhoven, B.J. (2002). Migrant Fathers And Their Attitudes to Potential Male Hormonal Contraceptives, Contraception, 66(5), 351.

WHO: The World Health Report 2005. Make Every Mother and Child Count. Geneva; April 2005. Eri im: 28/11/2009, <http://www.who.int/whr2005/en.pdf>

WHO: The World Health Report 2009. World Health Statistics 2009. Eri im: 19/03/2010, <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>

Williams, CM., Larsen, U. & McCloskey, L.A. (2008). ntimate Partner Violence And Women's Contraceptive Use. Violence Aganist Women, 14(12), 96 (32 ref).

Williamson, L.M., Parkes, A., Wight, D. & Petticrew, M. (2009). Reproductive Health, 6:3.

World Contraception Use. 28.05.2009. Available From: URL: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2005/WCU2005>.

[ht](#)

Vaginal Ring. Eri im: 25/12/2009, <http://www.fwhc.org/birh-control/vaginal-ring.htm>

Vaginal Sponge. Eri im: 26/11/2009,

<http://www.moondragon.org/obgyn/contraception/obgynsponge.html>

Yanıkkerem, E., Öztürk, Ö. & Cıvak, N. (2005). Evli Kadınların Do um Kontrol Yöntemleri Hakkında Dü ünceleri ve Kullandıkları Yöntemler (Özet). Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 19(1), 22-33.

Yıldırım, A., İhan, M.N. & Maral, I. (2001). Ankara'da Yarı Kentsel ve Kentsel Bölgede Ya ayan 15-49 Ya r Grubundaki Kadınların Aile Planlaması

Yöntemi Kullanma Durumları. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik, 11(5), 354-359.

Yıldırım, G., Turaçlar, N., Bakır, A. & Özdemir, L. (2003). Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(3), 99-104.

Yılmaz, G. (2001). İsteyerek Düşük Yapan Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yurdakul, M. & Vural, G. (2001). Geleneksel Yöntem Kullanma Nedenleri Ve Hemşirenin Aile Planlaması Hizmet Etkinliği. Sağlık Ve Toplum Dergisi, 1, 42-48.

8. EKLER:

EK 1. A LE PLANLAMASI KULLANIM DURUMU VE ETK LEYEN FAKTÖRLERE YÖNEL K SORU FORMU

I.BÖLÜM: SOSYO DEMOGRAF K ÖZELL KLER;

1. Kaç ya ındasınız?
2. Uyru unuz nedir?
KKTC: TC: Di er:(Belirtiniz).....
3. E itim düzeyiniz nedir?
 - a) Okur Yazar De il
 - b) Okur Yazar
 - c) İkokul Mezunu
 - d) Ortaokul (ve dengi okul) Mezunu
 - e) Lise mezunu
 - f) Yüksekokul / Üniversite Mezunu
 - g) Yüksek Lisans ve Üzeri
4. E iniz e itim düzeyi nedir?
 - a) Okur Yazar De il
 - b) Okur Yazar
 - c) İkokul Mezunu
 - d) Ortaokul (ve dengi okul) Mezunu
 - e) Lise mezunu
 - f) Yüksekokul / Üniversite Mezunu
 - g) Yüksek Lisans ve Üzeri
5. Ne kadar süredir burada oturuyorsunuz?
Yıl:
Ay:
6. En uzun süre nerede ya adınız?
Bölge :
İ/ilçe/Köy:
7. Ne i yapıyorsunuz?
 - a) Ev hanımı
 - b) Esnaf
 - c) ç i
 - d) Emekli
 - e) Memur
 - f) Serbest ticaret

- g) Evde gelir getiren bir i
h) Di er (Belirtiniz).....
8. E iniz ne i yapıyor?
a) Çiftçi
b) Esnaf
c) ç i
d) Emekli
e) Memur
f) Serbest ticaret
g) Balıkçı
h) Evde gelir getiren bir i
i) Di er (Belirtiniz).....
9. Gelir ve gider durumunuza göre kendinizi ekonomik yönden nasıl buluyorsunuz?
a) yi
b) Orta
c) Kötü
d) Di er (Açıklayınız).....
10. Sosyal güvenceniz var mı (varsa ne oldu unuzu belirtiniz) ?
a) Var , Sosyal güvence tipi:.....
b) Yok
11. Medeni durumunuz nedir?
a) Evli ()
b) Bekar ()
12. E er evliyseniz kaç ya ında evlendiniz?
13. Ne kadar süredir evlisiniz?
14. Ailenizde, e iniz ve çocuklarınız dı ında sizinle birlikte ya ayan ki i/ki iler var mı?
Geni Aile ()
Çekirdek Aile ()

II. BÖLÜM: GEBEL K, DÜ ÜK VE DO UM ÖYKÜSÜ ÖZELL KLER

15. İlk kez gebe kaldı ınızda kaç ya ında idiniz?
16. Kaç kez gebe kaldınız?
a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 ve üstü
17. Kaç canlı do um yaptınız?
a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 ve üstü

18. Gebelikleriniz aranızda geçen süreyi iaretleyiniz?

1. ve 2. : a) 1 yıla yakın b) 1-2 yıl c) 2-3 yıl d) 3-4 e)4 ve üstü
 2. ve 3. : a) 1 yıla yakın b) 1-2 yıl c) 2-3 yıl d) 3-4 e)4 ve üstü
 3. ve 4.: a) 1 yıla yakın b) 1-2 yıl c) 2-3 yıl d) 3-4 e)4 ve üstü
 4. ve 5. : a) 1 yıla yakın b) 1-2 yıl c) 2-3 yıl d) 3-4 e)4 ve üstü
 5. ve 6.: a) 1 yıla yakın b) 1-2 yıl c) 2-3 yıl d) 3-4 e)4 ve üstü

19. Ya ayan kaç çocu unuz var?

20. Cinsiyetlerini belirtirmisiniz?

Kız:

Erkek:

21. Kaç çocu unuz olsun isterdiniz?

22. Sahip olmak istedi iniz çocukların cinsiyetleri nasıl olsun isterdiniz?

- a) Kız () b) Erkek () c) Fark etmez()

23. Hiç (kendili inden) dü ük yaptınız mı?

- a) Evet b) Hayır (26. soruya geçiniz)

24. Hiç isteyerek dü ük (küretaj) yaptınız mı? (a ve b seçene i ise 26. Soruya geçiniz.)

- a) Hiç yapmadım b) 1 kez c) 2 kez d) 3 kez e) 4 ve üzeri

25. ki veya daha fazla sayıda isteyerek dü ük (küretajı) yapma nedeniniz/nedenleriniz nelerdir?

- a) Ba ka çocuk istemiyordum d) ki do um arasındaki süreyi uzatmak
 b) Maddi zorluklar e) Doktor tavsiyesi /sa lık nedenleri
 c) Gebeli in evlilik dı ı olması f) E im istemiyordu
 Di er.....

26. İlk cinsel ili ki ya ınız nedir?

27. İlk kez cinsel ili kiye girdi inizde korunma yöntemi kullandınız mı? Belirtiniz.

- a) Kullandım ().....
 b) Kullanmadım()

28. Siz istemedi iniz halde e iniz sizinle cinsel ili kide bulunuyormu?

- Evet ()
 Hayır ()

III. BÖLÜM: AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIM DURUMUNA YÖNELİK ÖZELLİKLER:

36. Kullandığınız yöntemlere nereden ulaştınız?
- a) Hastaneden
b) Sağlık Ocağından
c) Özel Klinikten
d) Eczaneden
e) Diğer (Açıklayınız).....
37. Gebelikten koruyucu yöntemlere ilişkin bilgi aldınız mı? (Cevabınız hayır ise 39. Soruya geçiniz)
38. Gebelikten koruyucu yöntemler ile ilgili bilgileri nereden aldınız?
- a) Hastaneden
b) Sağlık ocağından
c) Arkadaş, komşu, akrabamdan
d) Eczaneden
e) Basın yayın araçlarından
f) İnternetten
g) Diğer (Açıklayınız).....
39. Sizce gebelikten koruyucu yöntemler ile ilgili bilgi almanın yolu nerede /kim tarafından olmalıdır?
- a) Hastanede doktorlar tarafından
b) Sağlık ocaklarında doktorlar tarafından
c) Hastanede ebe ve hemşireler tarafından
d) Sağlık ocaklarında ebe ve hemşireler tarafından
e) Hastanede aile planlaması danışmanlık bölümü tarafından
f) Sağlık ocaklarında Aile Planlaması danışmanlık bölümü tarafından
g) Aile Planlaması adı altında özel bir merkez tarafından
h) Eczanelerde, eczacılar tarafından
i) Diğer (Açıklayınız).....
40. Sizce gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili bilgilerin kimlere hangi dönemde verilmesi uygundur? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
- a) Örgençilik döneminde - İlkokul
-Orta okul
- Lise
b) Evlilikten önce
c) Evlilik döneminde
d) Doğumdan hemen sonra
e) Kürtajdan hemen sonra
f) Diğer (Açıklayınız).....

EK 2: AYDINLATILMI (B LG LEND R LM) ONAM FORMU:

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Karpaz Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Cinsel Yönden Aktif Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ile Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi için 15-49 Yaş Grubu Cinsel Yönden Aktif Kadınları Bilgilendirme Ve Onay Alma Formu

Ara tırmanın açıklaması:

Bu ara tırma, Karpaz Bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu cinsel yönden aktif olan kadınların doğurganlık özellikleri, aile planlaması kullanım durumu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Bu ara tırma, KKTC’de verilecek sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi bakımından son derece önemlidir. Aile planlaması hizmetlerinin ülke için önemini ortaya koyacaktır.

Sizde bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Karar vermeden önce, ara tırmanın neden yapıldığı ve neyi içereceğini anlamanız sizin için önemlidir. Ancak ara tırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra ara tırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman ara tırmadan ayrılmakta serbestsiniz.

Ara tırmadan elde edilen veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size zarar vermeyecektir.

İmzalı bu form kopyasının bir kopyası size verilecektir. Ara tırmaya katılmaya karar verdiğinizde sizin hakkınızda kısa tanıtıcı bilgiler ve konu ile ilgili sorular ara tırma tarafından sorulacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar ara tırma sonuçlarını doğrudan etkilemeyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Ara tırma Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı ve aynı zamanda Hemirelik Bölümü Başkanı olarak yer alan Prof. Dr. Kafiye Eroğlu tarafından koordine edilmektedir.

Okuduğunuz için teşekkür ederim.

Adres: Yakın Doğu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemirelik Bölümü
Lefkoşa

Arş. Gör. Dilek Sarpkaya

Katılımcının Beyanı:

Sayın ara tırma görevlisi Dilek Sarpkaya tarafından, Yakın Do u Üniversitesi Sa lık Bilimleri Fakültesi Hem irelik Bölümü Do um ve Kadın Hastalıkları Hem ireli i Anabilim Dalı'nda bir ara tırma yapılaca ı belirtilerek bu ara tırma ile ilgili yukardaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir ara tırmaya katılımcı olarak davet edildim. E er bu ara tırmaya katılırsam ara tırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizlili ine bu ara tırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yakla aca ına inanıyorum. Ara tırma sonuçlarının e itim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında ki isel bilgilerimin itimatla korunaca ı konusunda bana yeterli güven verildi. Ara tırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden ara tırmadan çekilebilirim. Ancak ara tırmacıyı zor durumda bırakmamak için ara tırmadan çekilece imi önceden bildirmenin uygun olaca ının bilincindeyim. Ara tırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Ara tırma sırasında ara tırma ile ilgili bir sorun ile kar ıla tı ımda herhangi bir saatte ara tırmacı Dilek Sarpkaya'ı hangi telefon ve adresten arayabilece imi biliyorum.

Bu ara tırmaya katılmak zorunda de ilim ve katılmayabilirim. Ara tırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranı ile kar ıla mı de ilim. Bana yapılmı tüm açıklamaları anlamı bulunmaktayım. Kendi ba ıma belli bir dü ünçe süresi sonunda adı geçen bu ara tırma katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

mzalı bu form ka ıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı :

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

mza:

Görü me Tanı ı:

Adı, soyadı:

Katılımcı ile görü en ara tırmacı:

Adres:

Adı, Soyadı:

Tel:

Adres:

mza:

Tel:

mza:

2. GENEL B LG LER

2. 1. Aile Planlaması Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre Üreme Sağlığı kavramı “Yalnızca üreme sistemi i levleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, üremenin, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmasıdır”. Üreme Sağlığı hizmetleri içerisinde yer alan aile planlaması (AP) da çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlayarak üremenin iyilik halinde gerçekleşmesini sağlamaktadır (Taşkın, 2007; Türkiye Aile Planlaması Derneği, 1999). Ayrıca aile planlaması, 1984 yılında Mexico City’de yapılan Uluslararası Nüfus Konferansında, “Bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ile do umlarının arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları” olarak kabul edilmiş ve uluslararası ortak bir şekilde kabul edilmiştir (Türkiye Aile Planlaması Derneği, 1995). istenmeyen gebelikleri tehlikeli yollarla giderilmesini önlemek ve annelere gebelikten korunmanın sağlıklı ve tıbbi yollarını önermek de **“Aile Planlaması”** hizmetini oluşturmaktadır (Türkiye Aile Planlaması Derneği, 1999).

2. 2. Aile Planlamasının Amaç Ve Hedefleri

Aile planlaması politikalarının başlıca amaç ve hedefleri şunlardır: (Littleton, 2005; Littleton & Engerretson, 2008; Sağlık Bakanlığı AÇSAP, 2006; Taşkın, 2007; Türkiye Aile Planlaması Derneği, 1999).

-) Ayrı doğurganlığı bağılı olarak ana ve çocukta oluşabilecek olumsuzlukları engellemek,
-) istenmeyen gebeliklerin önüne geçebilmek, istenenleri sağlıklı sona erdirebilmek,

-) Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi vermek,
-) Aileleri istedikleri sayıda çocuk sahibi yapabilmek,
-) Gebelikler arasında yeterli zaman aralığı koyabilmek,
-) Gebeliğin aile açısından en iyi zaman ve olanaklarda olmasını sağlamak,
-) Infertil çiftleri çocuk sahibi yapabilmek,
-) Annenin doğum için en uygun yaşta olmasını sağlamak ve
-) Cinsel yaşamını sürdürebilmesini temin etmektir.

2. 3. Aile Planlamasının Yararları

Aile planlaması hizmetlerinin anne, çocuk ve toplum sağlığına pek çok yarar sağlamaktadır. Bu yararları şu şekilde sıralanabilir; (Akın, 2006; Littleton, 2005; Littleton & Engerretson, 2008; Türkiye Aile Planlaması Derneği, 1999).

Anne sağlığı açısından:

-) Gebelik, düşük, doğum ve lohusalıkla ilgili anne ölümleri azalır,
-) Doğum yaşının ayarlanmasına bağlı olarak gebelik ve doğum komplikasyonlarında düşüş görülür,
-) Gebelik korkusunun kalkması ile cinsel sağlık kavramı pozitif yönde güçlenir,
-) Düşük ile doğum sonrası ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda düşüş gözlenir,
-) Annede beslenme bozukluğu, anemi, toksemi, gebeliğe bağlı hipertansiyon, diyabet, jinekolojik yakınmalar ve hastalıklarda düşüş gözlenmesi beklenir,
-) AP merkezlerinin kurulması ve verilen hizmetlerin sonucu olarak yüksek riskli gebeliklerin belirlenmesi sağlanır.

Çocuk sağlığı açısından:

-) Bebek ölümleri azalır,
-) Prematüre doğumlar, gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğum insidansı düşer,
-) İleri yaşı gebelikleri engelleneceğinden bebeklerde görülen konjenital anomaliler azalır,
-) Aile çocuklarına yeterince ilgi, sevgi ve sefkat gösterebileceği için çocukların ruhsal yönden daha sağlıklı gelişmesini ve çocukların eğitim olanaklarından daha çok yararlanmalarını sağlar.

Toplumsal açıdan :

-) Hızlı nüfus artışının ekonomik gelişme üzerindeki olumsuzlukları azalır ve toplumun refah düzeyi yükselir,
-) Planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerden ve bu gebelikler sonucunda doğan çocuklardan kaynaklanan masrafları engelleyerek ekonomik katkı sağlar ve toplumun yaşam niteliği yükselir,
-) Sağlıklı bir toplum oluşur, tedavi giderleri azalarak kişi başına düşen gelir artar.

2. 5. Aile Planlaması Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler

Aile planlaması yöntem kullanımını ve hizmete ulaşmayı engelleyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin iyi tanımlanması hizmette başarı yönünden çok önemlidir. Hizmetin yetersiz verilmesinin yanı sıra kadının toplumsal statüsünün düşüklüğü, doğurganlık özellikleri, kırsal yerleşim, aile yapısı, bölgesel özellikler ve diğer psiko-sosyal faktörler gibi birçok faktör aile planlaması yöntem kullanımını etkilemekte ve hizmette çözüm bekleyen önemli unsurları oluşturmaktadır (Arvi , 2008; Ayaz & Efe, 2009; Grady, Klepinger & Billy, 1993; Giray & Keskinolu, 2006; Hock-Long, Whittaker &

Herceg-Baron, 2010; Mikolajczyk, Stanford & Rauchfuss, 2003; Oltuluo lu, 2008; Songur, 2009; Perry, 2007; Yılmaz, 2001).

2. 5. 1. Kadının Ya ı

Kadının ya ı, yöntem kullanma olasılı nı belirleyen önemli bir faktördür. Türkiye’de kadınların herhangi bir yöntem kullanımının en fazla (%83.3) 35-39 ya grubu kadınlarda, en az (%40.2) ise 15-19 ya grubunda oldu u belirlenmiştir. Doğurganlık hızının en yüksek oldu u ya grubunun 20-24’den 25-29’a kayması, yani doğumların ertelenmesi, Türkiye’deki doğurganlık dönü ümünün en çarpıcı sonuçlarından birisi olarak dikkati çekmektedir. Bu bulguya paralel olarak, doğurganlı ın ya örüntüsünde meydana gelen değişime 2003-2008 dönemi için bakıldığında, bu dönemde toplam doğurganlık hızındaki azalmanın temel olarak genç ya gruplarının doğurganlık hızlarında meydana gelen azalmadan kaynaklandığı görülmektedir (TNSA, 2008).

Yapılan çalışmaları sonuçları, aile planlaması yöntem kullanımının kadının ya ına göre farklılı tını vurgulamaktadır (Dündar, Kaynar & Pek en, 2005; Karao lu ve ark, 2004; Mahmood & Ringheim, 1996; Songur, 2009; TNSA, 2008). Kanada’da yapılan bir çalışmaya göre, 40 ya üzerindeki kadınların yöntem kullanımının daha fazla oldu u saptanmıştır (Black, Yang, Wuwen, Lalonde, Guilbert & Fisher, 2009). Kadınların ya ının, modern ve geleneksel yöntem kullanımı üzerinde de etkili oldu u belirtilmektedir (Kayembe, Fatuma, Mapatano & Mambu, 2006; Oltuluo lu, 2008; Savran, 2006; Stephenson et al, 2007; TNSA, 2008). Literatürde, ya grubu yüksek olan kadınların ya arttıkça geleneksel yöntem kullanımının arttığını (Kayembe, Fatuma, Mapatano & Mambu, 2006; Oltuluo lu, 2008) belirten çalışmaların yanında azaldığını (Savran, 2006) belirten çalışmalara da yer verilmiştir. Gonzalez ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre, gençlerin kullandıkları yöntemi bırakma nedenleri arasında ya larının artması yer almaktadır (Gonzalez, Molina, Montero, Martinez & Molina, 2009).

2. 5. 2. Kadının E itim ve çalı ma Durumu

Dünya nüfusunun en az yarısını, 6.5 milyarı a an kadınlar olu turmaktadır (Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005a). Kadının toplumsal-sosyal statüsü kadın sa lı ının önemli bir göstergesidir. Kadının statüsü ile üreme sa lı ı ve aile planlaması uygulamaları arasındaki ili ki önemli bir tartı ma konusunu olu turmaktadır. Kadının kendi do urganlı ını kontrol edebilmesi statüsünü yükseltti i gibi statüsünün dü ük olması da do urganlı ını etkilemektedir. Kadının de erinin do urdu u çocuk sayısı ile ölçüldü ü toplumlarda, kadının do urganlı ını kontrol etmesinde ve sınırlandırmasında güçlükler olu maktadır (Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005a; Songur, 2009; Yılmaz, 2001; <http://www.huksam.hacettepe...>).

Kadının statüsünün do urganlı ını olumsuz, yöntem kullanımını ise olumlu etkiledi i belirtilmekte ve statüyü belirlemede kadının e itimi ve çalı ma durumunun önemli oldu u tanımlanmaktadır (Kabır, İbrahim & Kawsar, 2006). TNSA (2008) sonuçlarına göre, yöntem kullanımı, e itimi olmayan ya da ilkokulu bitirmemi kadınlar arasında %61 düzeyinde kalırken, lise mezunu veya daha yüksek e itimi olan kadınlar arasında %77'ye ula maktadır. Literatürde, e itim düzeyinin artması ile birlikte yöntem kullanım sıklı ının artmasının yanısıra, e itim düzeyinin kadınları daha çok modern yöntem kullanmaya yöneltti i belirtilmektedir (Ayaz & Efe, 2009; Dündar ve di erleri, 2005; Mahmood & Ringheim, 1996; Kahraman, 2005; Karao lu, Çetin, Ilgır, Tekiner, Güne , Genç & E ri, 2005; Kayembe at all, 2006; Savran, 2006; Stephenson at all, 2007; TNSA, 2008). Yapılan bir çalı maya göre, e itimin etkisi az olan geleneksel yöntemlerin de kullanım etkinli ini arttırdı ı sonucuna varılmı tır (Güngör, Ba er, Göktolga & Özkömür, 2006). Yüksek e itimli kadınların yöntemlere ili kin bilgi düzeyinin yüksek olması da (Topsever, Filiz, Alada , Topallı, Ci erli & Görpelio lu, 2006) yöntem kullanımı olumlu etkileyebilmektedir. Kadının e itiminin ve kadının para getiren bir i te çalı masının üreme sa lı ını ve aile planlaması uygulamalarını olumlu yönde etkiledi i görülmektedir.

E itimli kadın üreme sa lı ı hakkında daha bilinçli olmakta ve aile planlaması yöntem kullanımını etkileyen gebelik aralı nı da güvenli ekilde planlayabilmektedir. E itim düzeyi ve do um aralıkları arasında güçlü bir ili ki bulunmakla birlikte do um aralıkları çocu un do um sırası arttıkça büyümektedir. TNSA (2008) sonuçlarına göre, e itimsiz kadınların yüzde 30'u bir önceki do umun üzerinden 24 ay geçmeden yeni bir do um yaparken, bu oran en az lise mezunu olan kadınlarda yüzde 15 düzeyine gerilemektedir. Aynı çalı mada, ilk ö retim birinci kademe düzeyinde e itime sahip olan kadınlarda 24 aydan kısa do um aralıklarının yüzdesinin dü ük oldu u dikkati çekmektedir (TNSA, 2008).

Kadınların çalı ma durumunu inceledi imizde; Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlü ü (KSSGM) verilerine göre, Türkiye'de kadınların yakla ık yarısı herhangi bir ekonomik gelir getiren i e sahip de ildir (<http://www.ksgm.gov.tr/ar iv/tr...>). Bunun yanında çalı an her on kadından altısı ücretsiz aile i çisi konumunda çalı maktadır. Hizmet sektöründe çalı an kadın oranı %12'dir (Ta kın, 2007). Yapılan ara tırmalarda, çalı an kadınların çalı mayan kadınlara oranla yöntem kullanımınının (Kahraman, 2005; Songur, 2009; im ek, 2009) ve etkin yöntem kullanımınının (im ek, 2009) daha fazla oldu u vurgulanmaktadır. Aile planlaması hizmetlerinin ana amaçlarından biri çiftlerin etkili yöntem kullanımını arttırmaktır. sizlik oranı yüksek olan toplumların bu hizmetlerden yararlanması daha güç olmakta ve etkili yöntem kullanımı olumsuz etkilenmektedir (Grady at all, 1993).

Kadınların e itim düzeyinin ve çalı ma durumunun kullandıkları aile planlaması yönteme etkisinin yanında, sosyal güvencesi durumunun da etkisi bulunmaktadır. Songur (2009)'un çalı masında, sosyal güvencesi olan kadınların olmayanlara oranla herhangi bir yöntem ve etkin yöntem kullanımınının daha fazla oldu u bulunmu tur.

KKTC 2006 Devlet Planlama Örgütü (DPÖ) sonuçlarına göre, okuma yazma bilmeyenlerin %75'i kadındır. Kamuda çalı an personellerin 2000-

2005 yılı kayıtlarına bakıldığında; kadınların %42'sinin kamuda çalıştığı görülmektedir (DPÖ, 2006). 2007 yılı DPÖ'nün sonuçlarına göre, kadınların iş gücüne katılım oranı %40.1'dir. KKTC'de yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanlarda yöntem kullanımının %87.3 olduğu belirlenmiştir (Uptan, 1989).

2. 5. 3. Sosyoekonomik Durumu

Günümüzde dünyada bir milyarın üzerinde insanın yoksulluk koşullarında yaşadığı tahmin edilmektedir (WHO, 2009). Türkiyede kişi başına düşen yıllık gelirin düşük olduğu ve ülkeler arası gelir dağılımında dengesizlik bulunduğu belirtilmektedir (Taşkın, 2007; TNSA, 2008; Türkiye Aile Planlaması Derneği, 1995). Bu dengesizliğin yanında, sosyo-ekonomik durum üreme sağlığının belirleyicisi olmaktadır. Düşük sosyo-ekonomik koşullardan öncelikle gebeler ve çocuklar etkilenmektedir. Bunun yanı sıra, gıda eksikliğinden olumsuz etkilenen ilk gruplar da kadın ve çocuklar olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı AÇSAP, 2005a; WHO, 2009).

Yapılan çalışmalar, sosyo-ekonomik durumun aile planlaması uygulamalarını etkilediğini ortaya koymaktadır (Hock-Long et al, 2010; Kaya ve diğerleri, 2008; Özvarı & Akın, 1998; Songur, 2009; TNSA, 2008; Yılmaz, 2001). Ekonomik durumu iyi olan kadınlarda yöntem kullanımı ve modern yöntem kullanımı daha fazla görülmektedir (Hock-Long et al, 2010; Williamson et al, 2009; Songur, 2009).

2. 5. 4. Aile Yapısı

Çekirdek aile anne, baba ve çocuktan oluşmuş, geleneksel aile tipi ise anne, baba ve çocuk dışında büyükbaba, büyükanne gibi başka bireyleri kapsayan aile tipidir (Akın, 2006).

Bir ailenin çekirdek ya da geni aile tipinde olması da aile planlaması yöntem kullanımını etkilemektedir. Ülkelerde kentle meyle birlikte çekirdek aile yapısının giderek yaygınlaşmasına rağmen, kırsal alanda geleneksel geni aile yapısı korunmakta, bu da çiftin doğurganlığının planlanması konusunda edilgen kalmasına yol açmaktadır (Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b).

Geleneksel aile yapısı; ilk çocuğun zamanlaması, istenilen çocuk sayısı ve kadının aile planlaması yöntemi kullanımına karar verme açısından kadını daha edilgen yapmaktadır (Littleton, 2005; Yurdakul & Vural, 2001) Aile içindeki büyükbaba, büyükanne veya di er aile büyükleri çiftlerin evlendikten hemen sonra çocuk sahibi olmaları için baskı kurabilmekte ve çocuk sayısının artmasında karar verici ki i konumunda olabilmektedir (Dündar ve di erleri, 2005). Yine aile büyükleri izin vermedi i için yöntem kullanmayan kadınlar geleneksel aile yapısında görülebilmektedir (ahin, ahin, Zeterolu & Kulusarı, 2002; Tanrıverdi, Özkan & enveli, 2008). Bunun aksine Mayda ve arkadaşlarının (2005) yaptığı ı çalı ma sonucunda geni aile tipine sahip olan kadınların etkili yöntem kullanımının daha fazla oldu unu saptanmı tır.

2. 5. 5. Toplumun Yapısı

Bir kentsel alanın tanımı bir ülkeden di erine göre de i im göstermekte ve Dünya nüfusunun %49'unun kentsel bölgelerde ya adı ı belirtilmektedir (WHO, 2009). Türkiye'de ise nüfusunun %64,7'si kentsel alanda oturmaktadır. Kırdan kente olan hızlı göç doğurganlık davranı nı de i tirse de, özellikle gecekondularda ya ayanlar kırsal yapının etkisi altında kalmaya devam etmektedir (Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2000; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). 2007 DPÖ istatistiklerine göre KKTC'ye göç eden 141,634 ki i ile nüfus önemli ölçüde artmı tır. ngiltere, Almanya, Güney Kıbrıs, ran, Türkiye, Moldovya ve Bulgaristan gibi ülkelerden göçmen gelenler ülkenin sosyokültürel özelliklerini de i ken kılmaktadır. Sosyo-kültürel faktörler

ailelerin aile planlaması yöntem kullanımında kararlarını etkileyebilmektedir. Toplumların çoğunda bireylerin kullanacağı yöntemler, kültürel normların etkisiyle belirlendiği tanımlanmaktadır (Stephenson et al., 2007; Yılmaz, 2001). Bunun yanında, Kenya, Malavi ve Tanzanya'da yapılan bir çalışmada bazı sosyokültürel özelliklerin modern yöntem kullanımını olumlu etkilediği belirlenmiştir (Stephenson et al., 2007).

Kentlerde ya da evli kadınlar arasında gebeliği önleyici herhangi bir yöntemin kullanımı kırsal alanlarda ya da evli kadınlara göre daha yüksektir (Kayembe et al., 2006; KMG Araştırma Firması, 2007; Savran, 2006; TNSA, 2008). İlk kent'te yapılan bir çalışmaya göre, en uzun süre şehir/kasabada ya da evli kadınların etkili yöntem kullanımının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Giray & Keskinolu, 2006). Van'da yapılan çalışmada, kentte ya da evli kadınların köyde ya da evli kadınlara göre daha fazla oranda aile büyükleri izin vermediği için aile planlaması yöntemi kullanmadıklarını saptanmıştır. Bunun yanı sıra, aynı çalışmada kentte ya da evli kadınların %21'i, köyde ya da evli kadınların %30'u günah olduğu için aile planlaması yöntemi kullanmadıkları belirlenmiştir (Tanrıverdi ve diğerleri, 2008). Ayrıca farklı çalışmaları sonuçlarına göre, kentsel bölgelerde kırsal bölgelere oranla modern aile planlaması yöntemi kullanımının daha yüksek olduğu bulunmuştur (KMG Araştırma Firması, 2007; Uptan, 1989).

2. 5. 6. İlk Cinsel İlişki Yaşı, İlk Evlilik Yaşı, İlk Gebelik Yaşı

Türkiye'de evlilik, çocuk doğurtmak için toplumsal olarak kabul gören dönemin başlangıcıdır. İlk evlilik yaşının doğumlar üzerinde önemli bir etkisi vardır; daha erken yaşlarda evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altına girmekte, bu da genellikle yaşam boyunca daha fazla sayıda doğuma yol açabilmektedir (TNSA, 2008). Evlilik yaşı ile cinsel açıdan aktif kadınların her yaş grubundaki oranı toplumlar arasında değişkenlik göstermekte ve dolayısıyla gebelik riski buna bağlı olarak değişmektedir. Cinsel aktiviteye başlamaya yaşı ile ilk evlenme yaşı ve çocuk sahibi olmaya

arasındaki süre, evlilik oranı, evliliğin çözülmesi ve yeniden evlenme örüntüleri kültürler arasında farklılık gösterdiği için de doğurganlıkta da farklılık göstermektedir (Yılmaz, 2001).

KKTC'de Medeni Hukuk'una göre yasal olarak ilk evlenme yaşı 18'tir. Yapılan bir çalışmada kadınların %58.0'inin ilk evlilik yaşı 15-20 yaş grubu aralığında yer almaktadır (Uptan, 1989). İlk evlilik yaşının yükselmesi çocuk sahibi olmada ortalama yaşını yükseltmekte ve nesiller arası süreyi uzatmaktadır. İlk cinsel ilişki yaşı ile ilk evlilik yaşının yükselmesi kadının toplum içindeki konumunu önemli ölçüde değiştirmektedir. Böylece kadın çalışmaya aynaya yönelik yeteneklerini geliştirebilmek için daha uzun süreli eğitim görmek, evlenmeden önce ev dışında çalışmakta, evliliğe fiziksel, duygusal ve ekonomik yönden daha güvenli bağlanmakta, doğurganlıklarının kontrolünde kendileri talep yaratmaktadırlar. Ayrıca evlilik yaşının yükselmesi ile bir kısım genç kadın erken çocuk sahibi olma riskinden uzaklaşmakta ve toplam doğurganlığı azaltmaktadır (TNSA, 2008; Yılmaz, 2001).

Birçok toplumlarda eğitim seviyesi düşük kadınların erken evliliğe eğilimli olduğu görülmektedir. Kadının eğitim durumunun yükselmesi evlilik yaşının yükselmesini, ekonomik ve sosyal hayata daha aktif biçimde katılımını sağlamaktadır. Evliliğin yaygın olduğu Türkiye'de özellikle kırsal yörelerde kız çocukları henüz cinsellik konusunda bilgisiz ve cinsel kimliği tam olarak kavumadan evlenmeleri nedeniyle ruhsal ve fiziksel sorunlara maruz kalmaktadır (Dündar ve diğerleri, 2005; İmrek, 2009). Evlendikten sonra da genelde çocuk sahibi olmaları konusunda sosyal baskıya maruz kalmaktadır (Grady et al., 1993; Dündar ve diğerleri, 2005). Bu nedenle evlilik süresi de evli olan kadınlerin çocuk sahibi olması yönünden yöntem kullanımını etkileyebilmektedir. Evli olan kadınların evlilik süresinin yöntem kullanımını üzerinde anlamlı etkisinin olduğunu savunan çalışmalar bulunmaktadır (Oltuluoğlu, 2008; Songur, 2009; Uptan, 1989).

2. 5. 7. Erkeklerin E Olarak Üreme Sa lı ına Katılımları

Üreme sa lı ı kavramı hem kadının hem de erke in gereksinimlerini içermektedir. Kadınların oldu u kadar erkeklerin de toplumdaki statü ve rolleri üreme sa lı ında önemlidir. Erkeklerin ideal aile büyüklü ü, cinsiyet tercihleri, ideal do um aralıkları, aile planlaması yöntemlerini kullanma gibi konulardaki bilgi ve tutumları e lerin do urganlık davranı larında belirleyici olmaktadır. Örne in e lerin e itim düzeyinin yüksek olması, ideal çocuk sayısını ve yöntem kullanım oranını etkilemektedir (Savran, 2006; Uptan, 1989; Yılmaz, 2001). Mostafaki ve arkadaş larının yaptığı bir çalı maya göre, erkeklerin e itim düzeyinin artması ile modern yöntem kullanımı artmaktadır (Mostafaki et al., 2006). Erkeklerin e itim durumunun yükselmesi ile vazektomi yönteminin uygulanması da artmaktadır (Islam, Padmadas & Smith, 2010). Erkeklerin aile planlaması uygulamalarında katkı ve katılımlarının artırılması do urganlı ın düzenlenmesinde önemli yer tutmaktadır .

Geli mekte olan ÷lkelerde erkeklerin büyük bir bölümü aile planlaması sorumlulu unun çiftlerin payla ımında oldu unu kabul etmekle birlikte, gebelikten korunma yöntemlerini kadınların kullanması gerekti ine inanmaktadırlar. Oysa; aile planlaması hizmetlerinde erkeklerin önemli rolleri oldu u yaygın bilinen bir durumdur. Bir ba ka ifadeyle, erkeklerin aile planlaması yönteminin kullanımına karar verme sürecinden ba layarak yöntemin seçimi, kullanımı ve izlemi a amalarında da kadınlarla birlikte hareket etme gere i vurgulanmakta olup, bu konuda kadın ve erke in toplumsal konularının önem ta ıdı ı bilinmektedir (Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2006). Bununla birlikte ço unlukla erkekler kadının üreme sa lı ı ile ilgili kararlarında, kullanılacak kontraseptif yöntemi belirlemede sıklıkla karar verici olarak rol oynamaktadır. Yapılan çalı malarda erkeklerin katılımı sa landı ı zaman kadına yönelik üreme sa lı ı programlarının daha etkili oldu u saptanmı tır (Dündar ve di erleri, 2005; Günay, Kılıç & Kartal, 2007).

Literatürde kadınların AP yöntem kullanmasını; kadının ve einin eğitim durumu, sahip olunan çocuk sayısı, ideal aile büyüklüğü, ideal doğum aralığı, erkeklerin AP'na bakışı gibi birçok faktörün etkilediği bu nedenle AP hizmetlerinde istenilen başarıya ulaşabilmek için erkeklerin katılımının artırılması gerektiği belirtilmektedir (Altay & Gönener, 2009; Depe & Erenel, 2006; Güngör ve diğ. erleri, 2006; TNSA, 2003). TNSA (2003) sonuçlarına göre, kadınların eilerinin AP kullanımını onaylaması durumunda modern kontraseptif yöntem kullanma oranında artış olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında başka bir çalışmaya sonucuna göre, erkeklerin yöntem kullanmaya eğilimi ile birlikte karar vermesinin modern yöntem kullanımını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Altay & Gönener, 2009).

Eilerin kullanılan yöntem seçimine karar vermede olumlu etkisinin yanında eiler arasındaki iyi iletişim ve cinsel yaşamalarının olması da kullanılan yöntemi etkilediği vurgulanmaktadır (Mostafaki et al., 2006; Williams et al., 2008; Perry, 2007). İspanyol gençlerinin üzerinde yapılan bir çalışmaya göre de, gençlerin kullandıkları yöntemi bırakma nedenleri arasında, eiler arasındaki iletişim eksikliği olarak belirtilmektedir (Gonzalez et al.; 2009).

2. 5. 8. İstenmeyen Gebelik ve Küretaj Sayısı

İsteyerek düşük kadın sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olabilecek bir durum olduğu için, ana sağlığı açısından oldukça büyük önem taşımaktadır. Ayrıca aile planlamasının önemli hedeflerinden biri istenmeyen gebeliklerin önleyerek, isteyerek yapılan düşükleri önlemek, önlemiyorsa sağlıklı köullarda sonlanmasını sağlamaktır. Gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin hizmetlere ulaşmada sorunlar yaşan, istenmeyen gebelikten korunmak için yöntem kullanması konusunda psikososyal engelleri olan ve/veya gebeliği önleyici yöntem başarısızlığı nedeniyle gebe kalan kadınlar isteyerek düşükü e bırakmaktadırlar (TNSA, 2008; Yılmaz, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 raporuna göre, bütün dünyada 87 milyon planlanmamı gebelik meydana gelmekte, her yıl 46 milyon isteyerek dü ük olmaktadır. Bu dü üklerin 18 milyonu olumsuz sa lık ko ullarında gerçekleşmesi nedeni ile 68.000 ölüm, sayısız sakatlık ve hastalıklara neden olmaktadır. Aynı rapor sonucuna göre, aile planlaması yöntemlerin uygun olmayan kullanımları veya yöntemin başarısızlığı nedenleri ile de her yıl 26.5 milyon istenmeyen gebelik meydana geldi i tahmin edilmektedir (WHO, 2005). Japonya'da yapılan bir çalı mada, istenmeyen gebeliklerin %25.9'unun kadınların hiç bir yöntem kullanmamasına ba lı ortaya çıktı ı bulunmu tur (Goto, Yasumara, Reich & Fukao, 2002). İstenmeyen yüksek riskli gebeliklerin önlenmesinde genç kızların, daha ya lı kadınlar ve aynı zamanda gebeliklerinin arasını açmak isteyenler için kar ılanmayan aile planlaması ihtiyaçlarının giderilmesinin önemi üzerinde durulmaktadır. Kontrasepsiyon ihtiyaçlarını kar ılamaya çalıarak, istenmeyen yüksek riskli gebeliklerin önlenebilece i belirtilmektedir. (Akın, 2006; Songur, 2009; Ta kın, 2007; TNSA, 2008; WHO,2005).

Her yıl 18 milyona yakın isteyerek dü ük olmaktadır. Güvenli olmayan isteyerek dü üklerin tamama yakını geli mekte olan bölgelerde gerçekleşmektedir. Güney Amerika'da 1000 kadın ba ına 34 güvenli olmayan dü ük ile en yüksek orana sahiptir (WHO, 2005). Dünyada günümüzde 40-60 milyon; ba ka bir deyi le, her 1000 canlı do uma kar ı 300-500 yasal ve yasal olmayan dü ük yapıldı ı tahmin edilmektedir ve çok sayıda geli mekte olan ülkede yasa dı ı dü ük komplikasyonu olarak septik abortus ve buna ba lı anne ölümleri ciddi boyutlardadır (WHO, 2005). Türkiye'de ülke çapında yapılan TNSA (2008) sonucuna göre, 15-49 ya grubu evlenmi kadınların be te birinin kendili inden dü ük ve be te birinden fazlasının (%22) ise isteyerek dü ük yapmı oldu u bulunmu tur (TNSA, 2008)

Dünyada ve Türkiye'de istenmeyen gebelikler, istatistiksel sonuçlardan da anla ıldı ı gibi istenmeyen sonucu olan do umlar ve isteyerek yapılan dü ükler (küretaj) çok yaygındır (Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005a; TNSA,

2008). KKTC'de yapılan bir çalı maya göre de kadınların %43.3'sinin en az bir kez küretaj oldu u belirlenmi tir (Uptan, 1989).

Yapılan çalı malarda küretaj olan kadınların do urganlıklarını sınırlandırmaya, aile planlaması yöntemi kullanmaya daha fazla motive oldukları ve modern yöntem kullanımını da olumlu etkiledi i belirtilmektedir (Altay & Gönener, 2009; Saka, Ceylan, Ertem & Için, 2004; im ek, 2009; Yurdakul & Vural, 2001).

2. 5. 9. Gebelik, Canlı Do um ve Ya ayan Çocuk Sayısı

Gebelik sayısı yöntem kullanımını etkilemektedir. Yapılan bir çalı maya göre gebelik sayısının artması ile gebeli i önleyici yöntem kullanımının azaldı ı (Altay & Gönener, 2009) bulunurken di er çalı malarda gebelik sayısındaki artı ın kadınların yöntem ve etkin yöntem kullanma durumunu arttı ı saptanmı tır (Arvi , 2008; Ayaz & Efe, 2009; Kaya ve di erleri, 2008; Özdemir, Ocaktan, Çalı kan & Özyurda, 2004; Songur, 2009; Yıldırım, 2003). Ayrıca bazı çalı ma sonuçlarına göre, gebelik sayısının artması ile geleneksel yöntem kullanımının arttı ı bulunmu tur (Altay & Gönener, 2009; Oltuluo lu, 2008).

Geli mekte olan ülkelerde bebek ve çocuk ölüm oranlarının yüksek olması, do acak olan çocukların hayatta kalıp kalmayaca ı endi esini yaratmakta ve bu da kadınları daha çok do urmaya yöneltebilmektedir (Altay & Gönener, 2009). Yapılan çalı malar, belli sayıda ya ayan çocuk sayısına ula mı kadınların aile planlaması yöntem kullanımının olumlu etkilendi ini öne sürmektedir (Altay & Gönener, 2009; Arvi , 2008; Lucke, Watson & Herbert, 2009; Mahmood & Ringheim, 1996; Oltuluo lu, 2008; Sungur, 2009; TNSA, 2008). TNSA 2008 sonuçlarına göre, gebeli i önleyici yöntem kullanımı, ya ayan çocuk sayısının artması ile hızlı bir ekilde artmakta ve iki çocuklu kadınlar arasında %84'e ula maktadır. Üç çocuklu kadınlar arasında da %80 seviyesinde olan yöntem kullanımı, dört veya daha fazla çocuklu

kadınlar arasında %72'ye gerilemektedir (TNSA, 2008). Ayrıca ba ka çocuk sahibi olma iste i hem yöntem kullanımı (Ayaz & Efe, 2009) hem de yöntemi bırakma arasında bir ili ki oldu u saptanmı tır (Altay & Gönener, 2009; Sungur, 2009).

Literatürde, kadınların canlı do um sayısının artması ile yöntem kullanımının ve etkili yöntem kullanımının olumlu etkilendi ini öne süren çalı malar yer almaktadır (Songur, 2009; Yıldırım, Turançlar, Bakır & Özdemir, 2003). Bunun yanında kadınların dü ündükleri ideal çocuk sayısı da etkili yöntem kullanımını etkileyebilmektedir (Kayembe at all, 2006; Songur, 2009). Gaziantep'de yapılan bir çalı maya göre, ideal çocuk sayısını 1,3,4 ve üstünde dü ünen kadınların halen etkin yöntem kullanma sıklı ı, çocuk istemeyen ve 2 çocuk isteyenlerden önemli ölçüde daha dü ük bulunmu tur (Songur, 2009).

KKTC'de kadın ba ına dü en ortalama ya ayan çocuk sayısı 2.3'dür. 2007 DPÖ istatistiklerine göre, canlı do an çocuk sayısının 169.452 ve ya ayan çocuk sayısının ise 161.678 oldu u belirtilmi tir. Aynı çalı ma sonucuna göre bebek ölüm hızı ise binde 15'dir (DPÖ, 2007). KKTC'de yapılan bir çalı maya göre, 5 ve üzeri canlı çocu a sahip olanların herhangi bir yöntem kullanım oranının %70 oldu u belirlenmi tir (Uptan, 1989).

2.5.10 Çocukların Cinsiyet Tercihleri

Cinsiyet tercihlerinin mevcut çocukların sayısı, istenilen çocuk sayısı ve ileride istenen çocuk sayısına ait cinsiyet oranlarına etkisi olabilmektedir. Özellikle erkek çocuk tercihi bir çok geli mekte olan ülkelerde do urganlı ı etkileyen önemli bir faktördür (Ünalın, 1993; Yılmaz, 2001). Yapılan bir çalı maya göre, erkek çocuk tercihinin varlı ının olması ile birlikte genel olarak kadınların her iki cinsiyetten de çocuk sahibi olma iste di i belirtilmektedir. Ayrıca aynı çalı mada cinsiyet tercihlerinin ortadan kalkması durumunda ba ka çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların oranının %3.5,

gebeli i önleyici yöntem kullanımının da yalnızca %1.8 artaca ı sonucuna varılmı tır (Ünalın, 1993)

E itim düzeyi dü ük olan kadınlarda, erkek çocu u tercih edenlerin oranı e itim düzeyi yüksek olanlara göre daha fazladır (Saleem & Pasha, 2008). Ya ayan erkek çocu u olmayan kadınlar, erkek çocukları olması amacıyla olanlara göre çocuk sahibi olmayı daha fazla istemektedir (im ek, Kurçer & Ersin, 2003). Bununla birlikte erkek çocuk tercihi ortadan kalktı ında kadınların kontraseptif kullanımının yalnızca %1.8'lik bir artı a neden olabilece i bildirilmi tir (Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b; TNSA, 1998). Farklı bir çalı ma sonucuna göre de istenmeyen gebelik nedenlerinin %6.2'sinin cinsiyet tercihinden kaynaklandı ı vurgulanmaktadır (ankazan & Yıldız, 2002).

Yapılan bir ba ka çalı mada, kadınların cinsiyet tercihlerinin do urganlı a etkisinin yanında, erkeklerin de ya adıkları toplumun kültürel özelliklerine ba lı erkek çocu u daha fazla tercih etti i ve yöntem kullanımının etkilendi i belirtilmektedir(Wambui, Ek & Alehagen, 2009).

2. 5. 11. Kullanılan veya Kullanılacak Yöntemin Özellikleri

Yöntemlerin etkinli i, ba arısızlık hızları, güvenilirli i, komplikasyonları, kontraseptif olmayan ikincil yararları yöntem kullanımını etkilemektedir. Gebelik riski, do urganlı ın geri dönü ümü ve yöntemi uygulatmak veya kullanım için kliniklere ba ımlı olma durumu yöntem kullanımında belirleyici olmaktadır. Bunların yanında, aile planlaması hizmetlerine kolay ula abilme, yöntemin maliyeti, cinsel ili kiye olan etkisi ve yan etkileri yöntemin kabul edilebilirli ini etkilemektedir (Gabalcı, 2006; Grady at all, 1993; Kaya ve di erleri, 2008; Oltuluo lu, 2008; Roberts & Noyes, 2009; Tanrıverdi ve di erleri, 2008; TNSA, 2008; Williamson at all, 2009; Yılmaz, 2001). Ayrıca yöntemin uzun veya kısa süreli kontraseptif etkisinin olması yöntem kullanımını etkiledi i tanımlanmaktadır (Perry, 2007).

Literatürde, kullanılan yöntemin tercih edilme nedenleri arasında sıklıkla güvenilir olma, kullanımın kolay olması, yan etkisinin olmaması, sağlıklı olması, etkin istemesi, doktorun önerisi gibi etkenler sayılmaktadır (Fathizadeh et al., 2009; Karaoğlu ve diğerleri, 2008; Kaya ve diğerleri, 2008; KMG Araştırma Firması, 2007; Mayda ve diğerleri, 2005; Oltuluoğlu, 2008; Songur, 2009). Bayer Schering Pharma Aile Planlaması Araştırma sonuçlarına göre, çalışmaya katılan kadınların %50'sinin aile planlaması yöntem tercihini etkileyen faktörün yöntemin hormon içermesine bağlı zararlı olduğu düşünülmektedir (KMG Araştırma Firması, 2007). İspanya'da yapılan bir çalışmaya göre, kadınların aile planlaması yöntemini tercih etmelerinde yöntemin gebeliği nasıl önlediğine dair düşünce ve tutumların önemli olduğu belirtilmektedir (Irala et al., 2007).

Yöntem başarısızlığı da yöntem kullanımını etkilemekte ve bırakma nedenini oluşturmaktadır. TNSA (2008)'na göre, yöntem başarısızlığı; takvim yöntemini ve geri çekmeyi kullananlar tarafından sıklıkla bir yöntem bırakma nedeni olarak ifade edilmiştir. Bununla birlikte, aynı çalışmada kondom kullananların yüzde 17'sinin bu yöntemi kullanırken gebe kaldıkları saptanmıştır. Yine bazı çalışmalarda yan etkiler yöntem bırakma nedeni olarak gösterilmektedir (Depe & Erenel, 2006; TNSA, 2008).

Yöntemlerin bütün özelliklerinin kadınlar tarafından doğru bir şekilde bilinmesi etkili yöntem kullanımı artırmaktadır. Berlin'de yapılan bir çalışmaya göre kadınların yöntemler hakkında bilgi düzeyinin yüksek olması modern yöntem kullanımını arttırmıştır (Mikolajczyk et al., 2003).

2. 5. 12. Söylentiler, Yanlış Düşünce ve Dini inançları

Dini inançlar bireylerin üreme sağlığına yaklaşımlarını, bakış açılarını, cinsel yaşamlarını dolayısıyla aile yapılarını ve toplum sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir (Littleton, 2005; Özveren & Çeber, 2009). Dünyada en çok kabul gören tek tanrılı dinlerden Hıristiyan, İslam ve Müslüman toplumların

yo un olarak ya adı ı ÷lkelerde çiftlerin aile planlaması yöntemi kullanma durumları farklılık göstermektedir (Grady at all, 1993; Özveren & Çeber, 2009). Bunun yanı sıra, etkin yöntem kullanımında (Robert & Noyes, 2009; Mikilajczyk at all, 2003) ve yönteme devam etme durumunda dini inanı lar önemli rol oynamaktadır (Gonzalez at all, 2009). Aile planlaması ve gebelik riskleri hakkında yeterince bilgi sahibi olunmaması, ki isel veya dini inanı larda yöntem kullanımını etkilemektedir (Yılmaz, 2001).

Yöntemlere ili kin yanlı bilgi ve söylentiler yöntem kullanım durumunu etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalı ma sonucuna göre kadın kondomunu kullanmama nedenlerinin %31'ini kullanımın zor oldu u dü üncesi olu turmaktadır (Tuzcular, Gönenç, Köse, Tüfekçi & Aka, 2001).

Türk kadınlarında vajinal du yapma alı kanlı ı vardır. Kadınların ço u ise bu geleneksel alı kanlık ve olumsuz sonuçları hakkında bilgi sahibi de ildir (Yılmaz, 2001). Yapılan bir çalı mada kadınların %70'inin vajinal du uyguladı ı ve %19.5'inin de gebelikten korunmak için bu yöntemi tercih etti i vurgulanmaktadır. Bunun yanında kadınların %49'u vajinal du un zararlı oldu unu bilmesine ra men bu alı kanlı ı sürdürmektedir (Tuzcular, Gönenç, Köse, Tüfekçi & Aka, 2009). Kahraman (2005)'ın yaptı ı bir çalı maya göre, kadınların geçmi te ve halen daha kullandıkları yöntemlerden ilk üç sırayı %31.6 ile hazneye limonlu sünger uygulaması, %20.8'i hazneye zeytinya lı pamuk koyma ve %10.7'si de çekme suyu kaynatıp içme gibi uygulamalar olu turmaktadır .

TNSA (2008) sonuçlarına göre, yöntemi kullanmama nedenlerinin arasında dini nedenlere ba lı olarak yöntem kullanmaya kar ı oldukları belirlenmi tir. Bunun yanında farklı çalı mada yöntemin hormon içermesine ba lı olarak hormonal yöntem kanser yapar dü üncesinde oldu u saptanmı tır (KMG Ara tırma Firması, 2007).

2. 6. Aile Planlaması Yöntemleri

Günümüzde kullanılan ve güncel kontraseptif yöntemler aşağıda gösterildiği şekilde sınıflandırılmaktadır (Akın, 2006; Littleton & Engerretson, 2008; Littleton, 2005; Perry, 2007; Sağlık Bakanlığı AÇSAP, 2005b).

2.6.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri

2.6.1.1. Hormonal Kontraseptifler

-) Kombine oral kontraseptifler
-) Minihaplar
-) Depo enjeksiyonlar
-) Deri altı implantlar
-) Vajinal halkalar
-) Kontraseptif bant (transdermal kontraseptif)
-) Kontraseptif aşılar; immünokontrasepsiyon
-) Post Koital Kontrasepsiyon

2.6.1.2. Rahim içi Araçlar (RIA)

2.6.1.3. Bariyer Yöntemler

-) Kondom
-) Diyafram
-) Servikal baskı
-) Lea Kalkanı
-) Spermisitler
-) Doğum kontrol süngeri

2.6.1.4. Cerrahi Sterilizasyon

-) Tüp ligasyonu
-) Vazektomi
-) İrreversible sterilizasyon (essure)

2.6.2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

2.6.2.1. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

-) Servikal mukus yöntemi-billings ovülasyon metodu
-) Bazal vücut ısı
-) Servikal palpasyon yöntemi
-) Semptotermal yöntem
-) Takvim yöntemi
-) Geri çekme (coitus interruptus)
-) Vajinal yıkama
-) Emzirme ve gebeliğin önlenmesi
(laktasyonel amenore metodu-LAM)

2.6.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri

2.6.1.1. Hormonal Kontraseptifler

Pincus ve Chang'ın 1950'li yıllarda oral kontraseptifleri keşifleri doğum kontrolü teknolojisinde büyük bir devrim olup bu metod etkili, kullanımı kolay ve cinsel ilişkiyle ilişkisi olmayan bir teknik olarak insanlığa sunulmuştur (Littleton, 2005; Söylemez, 2001). Doğum kontrol hapları ile ilk deneme 1956 yılında Porto Rico'da Edris Rica-Winey tarafından yapılmıştır (Perry, 2007; Taşkın, 2007). Son yıllardaki gelişmelere bakıldığında, hormonal kontraseptif yöntemler diğer geleneksel ve modern yöntemlere göre daha fazla ilgi görmeye başlamıştır (Oltuluoğlu, 2008; Söylemez, 2001). Türkiye ve KKTC'de de bu yöntemler kullanılmaktadır.

) Kombine Oral Kontraseptifler (KOK, Hap)

Her yönüyle ayrıntılı olarak incelenmiş, etkili ve güvenli kontraseptif yöntemlerdir. Halen dünyada 100 milyondan fazla kadın oral kontraseptif kullanmaktadır (Littleton, 2005). TNSA (2008) sonuçlarına göre kadınların

%5.3'ü halen daha do um kontrol hapı ile korundu unu belirtirken KKTC'de yapılan bir çalı ma sonucuna göre kadınların %11.8'inin hap kullandı ı bulunmu tur (Uptan, 1989).

Kombine oral sentetikler (KOK), do al kadınlık hormonları östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerir. Bu yöntem, 21 ya da 28 günlük paketler halinde hazırlanmaktadır. Türkiye'de 22 tablet içeren preparatlarda bulunmaktadır. Monofazik ve multifazik preparatlar olarak ikiye ayrılır. Monofazik KOK'ların içeri i her gün için aynıdır. Multifaziklerde ise hapların içeri i siklusa göre de i iklik göstermektedir (Akın, 2006; Littleton, 2005; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b) Literatürde iki grubun birbirinden üstün olmadı ı görülmü tr (Saka ve di erleri, 2004).

Kombine oral kontraseptif (KOK)'lerin içerdi i hormon miktarı giderek azaltılarak, aynı koruyuculukta ancak östrojen miktarı 30-35 mikrogram olan d k doz haplar günümüzde daha yaygın olarak kullanılmaktadır (Akın, 2006; Littleton, 2005; Perry, 2007; im ek, 2009).

) Minihaplar

Minihaplar yalnızca progestin içeren, gerek östrojenin kontrendike oldu u durumlarda, gerekse acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilen preparatlardır. Yalnız progestin içeren haplar (minihap) KOK'lara alternatif olarak geli tirilmi tir. Yalnız progestin içeren haplarda KOK'lara oranla daha dü k dozda progestin bulunur ve bunlar östrojen içermez. Minihap, menstrüel siklus boyunca ve menstrüasyon sırasında alınır (Littleton, 2005; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b).

) Enjekte Edilen Kontraseptifler

Enjekte edilen kontraseptifler, uzun etkili hormon preparatı içeren kontraseptif yöntemlerdir. erdikleri hormon tipine göre sadece progesteron içeren enjekte edilen kontraseptifler ve kombine (strojen ve progestin içeren) enjekte edilen kontraseptifler olmak üzere iki ana gruba ayrılır (Littleton, 2005; Perry,2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b).

Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler:

Kombine enjekte edilen kontraseptifler 1960'lardan beri ara tılmaktadır (Akın, 2006; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). Çok de i ik formülasyonlar denenmi tir; halen dünyada kabul gören iki preparat bulunmaktadır: Cyclofem (5 mg estradiol cypionate + 25 mg medroxyprogesteron acetate) ve Mesigyna (5 mg estradiol valerate + 50 mg norethisteron enantate). Bunlardan Mesigyna 1997 yılından beri Türkiye'de kullanılmaktadır (Littleton, 2005; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). TNSA 2008 verilerine göre halen daha enjeksiyon yöntemini kullanan kadınların %0.9 oldu u saptanmı tir. KKTC'de de bu yöntemlere ula ılabilmektedir.

Kombine enjekte edilen kontraseptifler, östrojen ve progesteron içerir. Bu nedenle, uygulama yolu farklı olmasına kar ın, içerik olarak KOK'lara benzemektedir (Littleton, 2005; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b).

Yalnız Progestin çeren Enjekte Edilen Kontraseptifler:

çinde yalnızca progestin bulunan enjekte edilen kontraseptifler, 1950'lerde geli tirilmi tir. Ba langıçta endometriyozis, endometriyal kanser, dismenore, hirsutizm ve kanama düzensizliklerinin tedavisinde kullanılmı , 1960'larda kontraseptif olarak gündeme gelmi tir (Arvi , 2008; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). Yaygın olarak kullanılan, yalnız progestin içeren iki de i ik tip enjekte edilen kontraseptif vardır: Depo Provera ve Noristerat. Depo Provera 150 mg medroxyprogesteron acetate 411 (DMPA) içerir. Noristerat ise 200mg Norethisteron enantate (NET-EN) içerir. Depo Provera 3 ayda bir, Noristerat ise 2 ayda bir uygulanır (Arvi , 2008; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b; im ek, 2009).

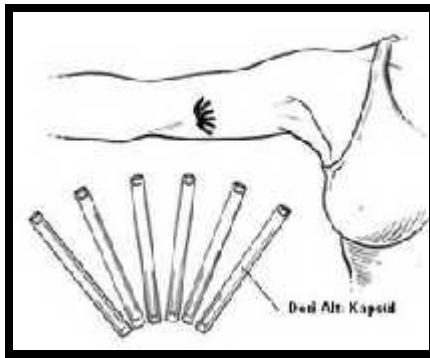
J) Deri Altı mplantları (Norplantlar)

1960'lardan bu yana üzerinde çalışılan deri altı implantların günümüzde en yaygın kullanılan "non-biyodegradable" nitelikte olan Norplant'dır. Bugün dünyada 6 milyonun üzerinde kadın norplantı kullanmaktadır (Akın, 2006; Littleton, 2005). TNSA 2008 verilerine göre ise norplant kullanımını %0.2 olarak belirlemiştir. KKTC'de bu yöntem henüz uygulanmamaktadır.

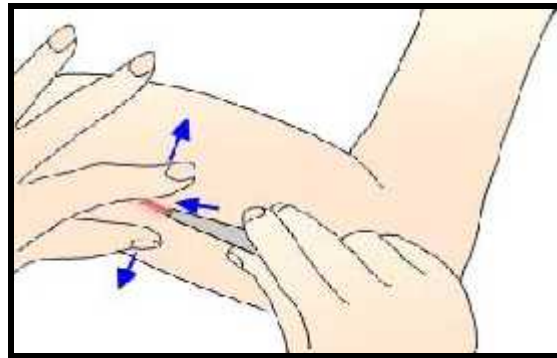
Norplant, altı adet esnek, her biri 3,4 cm uzunluk 2.4 mm çapında ve ortalama 36 mg Levonorgestrol içeren silastik kapsüllerden oluşur (Bkz. ekil.1). Tek kapsülden oluşan tipleri (mplanon) de mevcuttur. Bunlara ait çalışmalar, Türkiye'de halen sürdürülmektedir (Akın, 2006; Sağlık Bakanlığı AÇSAP, 2005b).

Norplant; beş yıl süreyle koruma sağlayan etkili, uzun süreli ve geri dönüşümlü bir kontraseptiftir. Bu özellikleri nedeniyle cerrahi sterilizasyona alternatif bir yöntem olarak düşünülebilir. İçerdiği hormon, yalnız progesteron (Levonorgestrol) olup uzun oral kontraseptiflerin içeriğinde kullanılmaktadır. Sadece Progestin'in vücuda verilme yolu farklıdır (Akın, 2006; Littleton, 2005; Perry, 2007; Sağlık Bakanlığı AÇSAP, 2005b).

ekil 1. Norplant



ekil 2. mplanon



ekil 1: (www.hamilebilgi.com/icerik2/dogum_kontrol4.jpg)

ekil 2: (www.9monate.de/bilder/frauen/implanon.jpg)

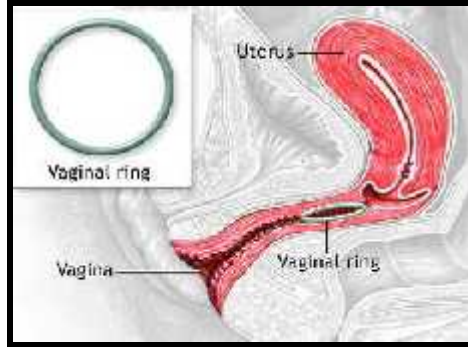
) mplanon

mplanon, deri altına yerleştirilen ve 3 yıl süre ile yüksek oranda doğum kontrolü sağlayan tek çubuklu bir doğum kontrol implantıdır. 4 cm. uzunluğunda ve 0,2 cm. çapında çubuk şeklindedir (Bkz. ekil.2). Eritim alımı için ileri tarafından basit bir yöntemle yerleştirildikten sonra bu çubuk, etonogestrel isimli bir progesteron hormon salgılamaktadır. Bu hormon desogestrel hormonunun aktif bir metabolitidir (Sağlık Bakanlığı / AÇSAP, 2005b; ekim ek, 2009). 1998'den itibaren dünyada yaklaşık 2.5 milyon kadın tarafından kullanılmakta (www.epigee.org/...) iken 2002 yılında da Türkiye'de kullanılmaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı / AÇSAP, 2005b). KKTC'de henüz kullanılmaya başlanmamıştır.

) Vajinal Halkalar (Ringler)

nce, transparan (renksiz), kişinin kendi vajinasına yerleştirilebilecek bir halkadır (Bkz. ekil.3). Vajinal halkanın çapı 54 mm, boyu 4 mm'dir (Öztürk, Çeber & Saydam, 2004). Hormon içeren silastik halkalar vajene yerleştirildiğinde, salınan hormonun özelliği ve düzeyine bağlı olarak sağlanır (Akın, 2006; Littleton, 2005; Oltuluolu, 2008; Perry, 2007; ekim ek, 2009). İki de iki tip halka geliştirilmiştir. Birincisi 150–180 mgr/gün hızında estradiol ve 250–300 mgr/gün hızında levonorgestrelin salındığı estrajen ve progestajen içeren karışık tiptir (Öztürk ve diğerleri, 2004; Sungur, 2009; ekim ek, 2009; <http://www.fwhc.org/birh-.....>). Günümüzde DSÖ tarafından geliştirilen, levonorgestrol içeren ve üç ay süreyle kontrasepsiyon sağlayan ringler'le ilgili çalışmalar tamamlanmış olup üretimi için ruhsatlandırılmıştır (Akın, 2006). Günümüzde Amerika Birleşik Devleti (ABD), Kanada ve birçok Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır (Littleton, 2005; Öztürk ve diğerleri, 2004). Türkiye ile KKTC'de henüz daha kullanılmamaktadır.

ekil 3. Vajinal Halka ve Yerleşimi



(www.nlm.nih.gov/.../ency/fullsize/19704.jpg)

) Kontraseptif Bant (Transdermal Kontraseptif)

Kontraseptif bantlar, kare ekinde geometrik yapısı olan, norelgestromin (progesteron) ve ethinyl estradiol (östrojen) hormonunu kombinasyonunun deriden kana yayılmasını sağlayarak etki eden bir yöntemdir (Bkz. ekil.4). (Littleton, 2005; Öztürk ve di erleri, 2004; Perry, 2007; <http://www.orthoevra.com>). Yeni bir yöntem oldu u için henüz Türkiye ile KKTC'de kullanılmamaktadır.

ekil 4. Transdermal Bantlar



1



2

1)www.cnn.com/.../02/04/fake.contraceptives.ap/

2)www.hamileportal.com/saglik/bant.jpg

J) Kontraseptif A ı lar; mmünokontrasepsiyon

Fertilizasyonda önemli rolü olan gamet spesifik antijenlerine karşı antikor geli tirilmesi, nüfus artı na karşı alınacak önlemler arasında gittikçe artan bir öneme sahiptir. Bazı kadın ve erkeklerde, antisperm antikorlarının geli mesi nedeni ile olu an infertilite kontraseptif a ı ların geli tirilmesinde temel mantı ı olu turmu tur. Bu ba lamda immünokontrasepsiyon; hastalıkların a ı yolu ile önlenmesi gibi benzer esaslarla, gebeli i önlemek amacı ile vücudun immun cevabının kullanıldı ı bir do um kontrol yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Ferro & Mordini, 2004; Littleton, 2005; Öztürk ve di erleri, 2004). Henüz çok yeni bir yöntem oldu undan Türkiye ile KKTC'de kullanılmaya ba lanmamı tır.

J) Post Koital Kontrasepsiyon

Acil kontrasepsiyon gerektiren durumlarda kullanılır. Kontraseptif amaçlı, sürekli kullanılmamalıdır. Kondom yırtılması, diyaframın yer de i tirmesi, RA'nın dü mesi, hap alınmanın unutulması veya cinsel tecavüz gibi durumlarda acil kontrasepsiyona ihtiyaç vardır (Akın, 2006; Dede, Yenen, Göktolga, Mesten, Ergun & Pabuçcu, 2004; Littleton, 2005; Oltuluo lu, 2008; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b).

İlk kez 1960' larda acil kontrasepsiyon amacıyla yüksek doz östrojen kullanılmı tır (Akın, 2006; Littleton, 2005; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). 1970'lerde Yuzpe, acil kontrasepsiyonda östrojen ve progesteronu birlikte kullanılmı tır. 1976 yılında ilk kez postkoital RA bu amaçla kullanılmı tır. Bir androjen türevi olan Danazol önce ba arılı gibi görülmü se de, Danazol'un ve yüksek doz östrojenin kullanımı bırakılmı tır (Dede ve di erleri, 2004; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b).Türkiye ile KKTC'de bu yönteme ula ılabilmektedir.

Hormonal Acil Kontrasepsiyon:

En çok kullanılan acil kontrasepsiyon seçene idir. Korunmasız cinsel ili kiden sonraki ilk 72 saat içinde, gebelik olu masını önlemek amacıyla

hormonal kontraseptif kullanılmasıdır (Akın, 2006; Littleton, 2005; Sağlık Bakanlığı AÇSAP, 2005b).

Acil Kontrasepsiyonda Rahim İçi Araç Uygulaması:

Acil kontrasepsiyon amacıyla RA kullanımına 1976 yılında başlanmıştır (Akın, 2006; Sağlık Bakanlığı AÇSAP, 2005b).

2.6.1.2. Rahim İçi Araçlar (RA)

Hipokrat tarafından rahim içine yerleştirilen bazı maddelerin gebeliği önleyebileceğine ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Milattan önce (MÖ) dönemde Arapların çölü geçerken develerin uterusuna gebe kalmamaları için yerleştirdikleri küçük taşlar, RA'ların ilk modelleri olarak kabul edilmektedir. Richter tarafından 1909'da tanımlanan ilk RA, ipekböceği bariyerinden yapılmış halka şeklinde bir araç olmaktadır. O zamandan beri halka, lup, spiral, T ve 7'liklerinde çeşitli RA'lar geliştirilmekte ve araçların yapımında plastik, bakır ve gümüş dahil değişik maddeler kullanılmaktadır. 1972'de Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülüğünde, üreme sağlığı konularında özel bir Araştırma, Geliştirme ve Araştırma Etkinlikleri Programı ile ülkelere kullanacakları AP yöntemleri hakkında bilimsel araştırma verileri sunulmaya başlanmıştır. Yapılan yeni araştırmalar yeni bakırlı RA'ların (Multiload-375 ve Tcu-380A) güvenilir ve uzun süre kullanıma uygun olduğunu ortaya koymuştur (Littleton, 2005; Perry, 2007; Taşkın, 2007; Uzuner, 2009). Dünyada en sık kullanılan RA çeşitleri Şekil 5.'de gösterilmiştir.

Dünyada rahim içi araç kullanımına bakıldığında, RA'ların Çin, Mısır, Vietnam gibi bazı ülkelerde çok yaygın kullanılırken, dünyanın başka ülkelerinde daha az sıklıkta kullanıldığı belirtilmektedir. Dünyada yaklaşık 153 milyon evli ve üreme çağındaki kadın RA kullanmaktadır (<http://www.infoforhealth.org/....>). TNSA (2008) verilerine göre kadınların %16.9'u halen daha RA kullandığını belirtmektedir. KKTC'de yapılan bir

çalı ma sonucuna göre ise R A kullanan kadınların %18.9 oldu u bulunmu tur (Uptan, 1989).

ekil 5. Dünyada En Sık Kullanılan R A Çe itleri



MLCu 375



NovaT 380



T-Cu380A



LNg-20

(Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b)

2.6.1.3. Bariyer Yöntemler

Genellikle vajene uygulanan, spermilerin üst genital kanala geçmesini engelleyen kimyasal ve mekanik araçlardır. Eski ça lardan beri gebelikten korunmada kullanılmaktadır (Akın, 2006; Littleton, 2005; Perry, 2007; Oltuluo lu, 2008; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). Etkinlikleri çiftlerin istek ve becerileri ile do rudan ili kilidir. CYBH'lara kar ı ve serviks kanserinden korunmada önemli yeri olan bu yöntemlerin sistemik etkileri yoktur, çok ender yan etkileri vardır (Oltuluo lu, 2008).

Bariyer yöntemler,

-) Kondom
-) Diyafram
-) Servikal ba lık
-) Lea kalkanı
-) Spermisit
-) Do um kontrol süngerini ba lıkları altında incelenecektir.

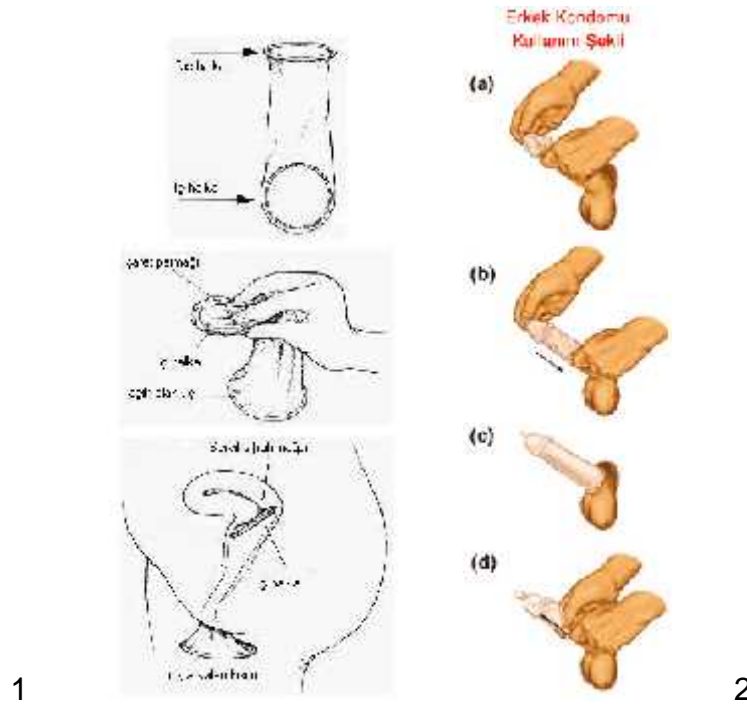
) Kondom

Kondom, cinsel ili ki sırasında penise takılan bir kılıftır (Bkz. ekil 6.). Erke in sperminin vajinaya girmesini engeller. Yaygın olarak kullanılan

kondomlar lateks, poliüretan ya da koyun barsa ından yapılır. Lateks kondom CYBH'lere kar ı en iyi korumayı sa lar (Kahraman, 2005; Littleton, 2005; Perry, 2007; Songur, 2009; im ek, 2009). Poliüretan ya da plastik olanlar son zamanlarda önem kazanmı tır. Bunlar latekse oranla daha ince, dayanıklı ve esnektir; temas sırasında duyarlılı ı da azaltmaz. Koyun barsa ından yapılan kondomlar gözenekli oldu undan mikroorganizmaların geçi ini tam olarak engellemez. Kondom silindir eklindedir ve açık ucunun kenarı, kullanımı kolayla tırmak için kalındır. Kapalı ucunda semenin toplandı ı bir yer (rezervuar) vardır (Littleton, 2005; Perry, 2007; Sa lık Bakanlığı AÇSAP, 2005b).

Halen dünyada yakla ık 50 milyondan fazla çift kontraseptif amaçla kondom kullanmaktadır (Littleton, 2005; Perry, 2007). TNSA 2008 verilerine göre, RA kullanımı %14.3 iken KKTC'deki çalı maya göre %9.0'dur (Uptan, 1989).

ekil 6. Kadın ile Erkek Kondomu ve Kullanımları



) Kadın Kondomu

Bir kontraseptif seçenek olan kadın kondomu, özellikle cinsel e leri kondom kullanmayan kadınlara CYBH'lerden korunma ansı vermektedir. Kadın kondomları poliüretan ya da lateks bir kılıf ile iç ve dı olarak iki de i ik boyda halkadan olu ur. Geni li i 7.8 cm ve uzunlu u ise 17 cm'dır Halkalardan küçük olanı kılıfın kapalı ucunda bulunur ve vajina içine, serviksi örtecek ekilde yerle tirilir (Bkz. ekil 6.). Açık ve tek büyük halka ise vulvada kalır (Littleton, 2005; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). İlk kez 1992 yılında Avrupa'da piyasaya sürülen kadın kondomu günümüzde çe itli markalarla (Femidom, Reality, Women.s Choice) bulunmaktadır. Türkiye'de 2001 yılından beri 'femidom' ticari ismi ile satılmaktadır (Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b; Tuzcular ve di erleri, 2009). KKTC'de ise henüz kadın kondomu satılmamaktadır.

) Diyafram

Diyafram günümüzde, dünyanın birçok ülkesinde yaygın olarak kullanılan bir bariyer yöntemdir (Littleton, 2005; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). Diyafram, serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmı kontraseptif yöntemlerdir (Songur, 2009; im ek, 2009). Çe itli türleri geli tirilmi tir, çapları farklı ölçütlerde diyaframlar mevcuttur (Bkz. ekil.7). (Akın, 2006; Littleton, 2005; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). TNSA (2008) verilerine göre de halen daha yöntemi kullanma durumu %0.1'dir. Etkilili inin yüksek olması için, spermisitlerle birlikte kullanılması önerilmelidir (Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). KKTC'de henüz satılmamaktadır.

) Servikal Ba lık (Cap)

Servikal ba lık adlı, daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçük olan özel tip diyaframlar da kullanılmaktadır (Bkz. ekil. 7.2). Servikal ba lık, serviksin üzerine oturtulur, kıvrılabilen kenarlarıyla vakum olu turarak servikse ya da üst vajinal duvara oturur. Vajinal kas tonusu azalmı ya da serviks yapısı çok

ekil 7. Diyafram Çe itleri ve Yerle imi



1) www.webanne.com/webanneresimler/diyafram.jpg

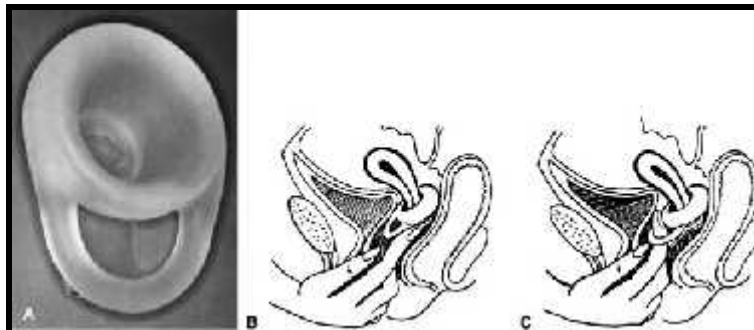
2) img88.imageshack.us/img88/1167/diyafram3.jpg

uzun ya da de i ik olan ve bu nedenle diyafram kullanamayan kadınlar, servikal ba lı ı ba arıyla kullanabilir. Servikal ba lık diyafram kadar etkilidir; daha küçük oldu u için estetik olması ve kenarlarının belirgin olmaması nedeniyle cinsel e tarafından hissedilmemesi gibi üstünlükleri vardır (Littleton, 2005; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). KKTC'de bu yönleme ula ılamamaktadır.

) Lea Kalkanı

Lea kalkanı; $55\pm 0,2$ mm geni li inde bir kulp ve bir kapaklı bo altım sisteminden olu an, kahve fincanına benzeyen, her kadın için tek boy olarak üretilen, bir çe it silikon diyaframdır (Bkz. ekil. 8). (Öztürk ve di erleri, 2004; [www.contracept.org/leas-shield....](http://www.contracept.org/leas-shield...)).

ekil 8. Lea Kalkanı



www.glowm.com/.../figures/v6/0170/05.jpg

) Spermisitler

Vajinal spermisitler be bin yıldan beri kontraseptif amaçla kullanılmaktadır. Modern yöntemlerle hazırlanan kimyasal preparatlar dı nda, günümüzde bile, yöresel olarak uygulanan sirke, oksijenli pamuk, aspirin, sabun, limon bu yöntem için geleneksel uygulamalar halen kullanılan örneklerdir (Akın, 2006; Littleton, 2005; Perry, 2007). Farklı formları vardır. Aerosol, krem, jel, macun, supozitivar, vajinal köpük tablet ve vajinal sünger gibi türleri vardır (Bkz. ekil.9) (Akın, 2006; Littleton, 2005; Perry, 2007; Sağlık Bakanlığı | AÇSAP, 2005b). Spermisitlerdeki temel etkili madde, nonoxynol-9, octoxynol-9 ve menfegol'dur. Köpük spermisitler dı ndakilerin tek ba ına KS amaçla kullanımı önerilmemektedir. Köpüren tabletler daha geni yüzey olu turduklarından kremlere oranla daha etkili olabilmektedir (Akın, 2006; Littleton, 2005; Oltuluo lu, 2008; Sağlık Bakanlığı | AÇSAP, 2005b). Türkiye'de spermisit çe itleri satılmasına kar ın KKTC'de yaygın olarak satılmamaktadır.

ekil 9. Bazı Spermisit Çe itleri



1 www.bilkent.edu.tr/.../VAKIF/spermisit+copy.jpg

2 www.simanja.com/images/KKM_Spermisid.jpg

3 www.webanne.com/webbanneresimler/sipermisid.jpg

) Do um Kontrol Sünger

Sünger, küçük bir disk ekinde, spermisid etkili yumu ak poliüretandan yapılmı köpüktür. Köpük, vaginal dokuya benzer kıvamdadır. Sünger, 5,5 cm. çapında ve 2,5 cm. kalınlı nda ve standart ölçülerdedir

(Bkz. ekil.10). Uyumsuzluk söz konusu değildir. Bütün süngerler tek kullanımlıdır. Bir kez kullanılıp atılır. Vajinal sünger yerle iminden sonra hemen etki etmeye başlar ve markaya bağlı olarak 12-24 saat süreyle etkisi devam eder. Vücuda yerleştirildikten sonra korumaya başlar. Doğum kontrol süngerinde farklı türde spermisid içeren üç çeşidi bulunmaktadır. Bunlar; Today Sponge (Su ile yumuşatıldıktan sonra vaginaya yerleştirilir), Pharmatex Sponge: (Bazı CYBH'lara karşı koruyucudur) ve Protectaid Sponge: Spermisid etkilidir'dir. (Littleton, 2005; Perry, 2007; Öztürk ve diğ. erleri, 2004; <http://www.moondragon.org...>). Türkiye ile KKTC için henüz yeni bir yöntem olduğundan kullanılmamaktadır.

ekil 10. Vajinal Sünger



(www.feminisite.net/photos/dkontrol8.jpg)

2.6.1.4 Cerrahi Kontrasepsiyon (Cerrahi Sterilizasyon)

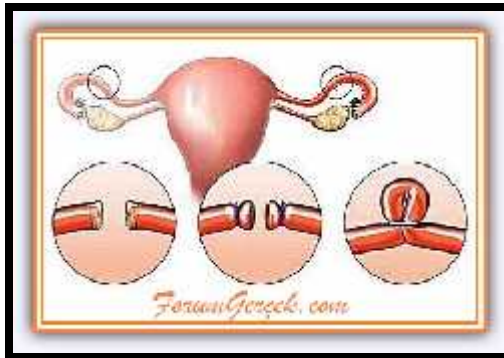
Halen dünyada en yaygın olarak kullanılan en etkili kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyon olup toplam 200 milyondan fazla çift bu yöntemle gebelikten korunmaktadır. Tüpligasyon united stateste %72 oranında tercih edilmektedir (Littleton, 2005). TNSA (2008) verilerine göre tüpligasyon kullanan %8.3, vazektomi ise %0.1'dir. KKTC'de ki çalınış ma sonucuna göre ise vazektomi yöntemini kullanan ki i olmamakla birlikte tüpligasyonu tercih eden %7.8'dir (Uptan, 1989). Özellikle özel hastanelerde olmak üzere KKTC'de de cerrahi sterilizasyon işlemleri yapılmaktadır.

Cerrahi sterilizasyon (kadında tüpligasyonu, erkekte vazektomi) artık çocuk istemeyen aileler için uygun yöntemlerdir. Günümüz teknolojisi ile yöntemin geriye dönü ümü sa lanabilirse de bu i lem pahalı ve güçtür. Aynı zamanda; hem operasyonun, hem de fertilizasyon geri dönmesinin ba arı ansı da yüzde yüz de ildir. Bu nedenle cerrahi sterilizasyon yöntemleri topluma, ki ilere bu yöntemlerle ilgili danı manlık hizmeti verilirken, 'geriye dönü ümlü olmayan, kalıcı yöntemler' olarak tanıtılmalıdır (Akın, 2006; Arvi , 2008; Littleton, 2005; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b; Songur, 2009; im ek, 2009).

) Tüpligasyonu (Kadında Tüplerin Ba lanması, TL)

Kadında cerrahi sterilizasyon, histerektomi gibi daha büyük operasyonlar sonucu olu abilirse de, kontraseptif amaçla, ovum ve sperm transportunu engelleyen tüpligasyonu yapılmaktadır (Bkz. ekil.11) (Akın, 2006; Kahraman, 2005; Littleton, 2005; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b).

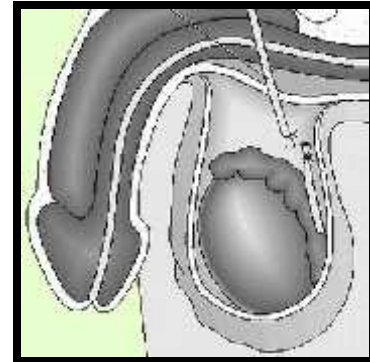
ekil 11. Tüpligasyon



ekil 11: img222.imageshack.us/img222/7734/34727914.jpg

ekil 12: www.webanne.com/webannesimler/vazektomi.gif

ekil 12. Vazektomi



) Vazektomi (Erkekte Kanalların Ba lanması)

Erkekte vas deferenslerin kapatılması ile sperm transportunun engellenmesi olan vazektomi basit, kolay bir i lemle gerçekle tirilir (Bkz.

ekil.12). Son derece etkili ve emniyetli bir yöntemdir. Artık çocuk istemeyen aileler için uygundur. Vazektomi, en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Bu yöntem cinsel ili ki ve tatminde bir de i iklik yapmayaca ı gibi, vücudun di er i levlerini de etkilemez (Akın, 2006; Littleton, 2005; Perry, 2007; Sağlık Bakanlığı ı AÇSAP, 2005b; im ek, 2009).

) rrversible Sterilizasyon (Essure):

Yumu ak, flexible, 2 mm. çapında, 4 cm uzunlu unda, titanyumdan yapılmı , paslanmaz çelik ve nikel içeren mikro araçların (insert) fallop tüplerine do ru do al yolla, jinekolog tarafından yerle tirildi i bir yöntemdir (Bkz. ekil.13). Ayrıca, genel anestezi ve insizyon gerektirmed i için laparoskopik sterilizasyon ve vazektomiye alternatif bir yöntemdir (Öztürk ve di erleri, 2004; www.essuremd.com/....). Yeni bir yöntem oldu undan Türkiye ile KKTC'de uygulanmamaktadır.

ekil 13. Essure



www.endogyn.com/news.htm



www.ewebmd.com/essure.htm

2. 6. 2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

2.6.2.1. Do al Aile Planlaması Yöntemleri

Do al aile planlaması (DAP); e lerin menstruasyon siklusunun fertil ve infertil dönemlerini, do al olarak görülen belirtilerle saptayarak, fertil dönemde cinsel ili kide bulunmamalarını tanımlayan bir deyimdir. Fertil

periyodun saptanması tekni i; bazal vücut ısısı yöntemi, servikal mukus (Billings) yöntemi, sempto-termal yöntem, takvim veya ritm (Ogino-Kraus) yöntemini içerir (Akın, 2006; Oltuluo lu, 2008; Perry, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü, do al aile planlaması yöntemlerini, menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerinde, do al belirtileri gözleyerek gebeli in planlanması ya da gebelik istenmiyorsa, fertil dönem boyunca gebeli in cinsel ili kiden kaçınma yoluyla önlenmesi yöntemleri olarak tanımlamı tır (Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b).

Fertilite Belirtilerine Dayanan Yöntemler

Bir kadın gebe kalıp kalmayaca ını, fertiliteyi gösteren üç do al vücut belirtisini gözleyerek anlayabilir. Bunlar servikal mukus, bazal vücut ısısı ve serviksteki de i ikliklerdir (Akın, 2006; Kahraman, 2005; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b).

-) Servikal Mukus Yöntemi (Billings Ovülasyon Metodu): Servikal mukustan, fertil günlerin ba langıcı ve sonu belirlenebilir.
-) Bazal Vücut Isısı Yöntemi: Bazal vücut ısısından, ovülasyonun olu tu u ve fertil günlerin bitti i anla ılabilir.
-) Servikal Palpasyon Yöntemi: Servikal de i iklikler, kadına fertil günlerin ba langıcı ve bitti i konusunda ek bilgi sa layabilir.

) Servikal Mukus Yöntemi-Billings Ovülasyon Metodu

Servikal mukusu izleyerek fertil ve infertil günlerin belirlendi i yöntem, 1960'lı yıllarda Billings'ler tarafından geli tirilmi tir. Bu nedenle bu yönteme ovülasyon metodu ve servikal mukus metodunun yanı sıra, Billings Ovülasyon Metodu (BOM) da denilmektedir. BOM'un temeli, mukusun farkında olmaktır (Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b).

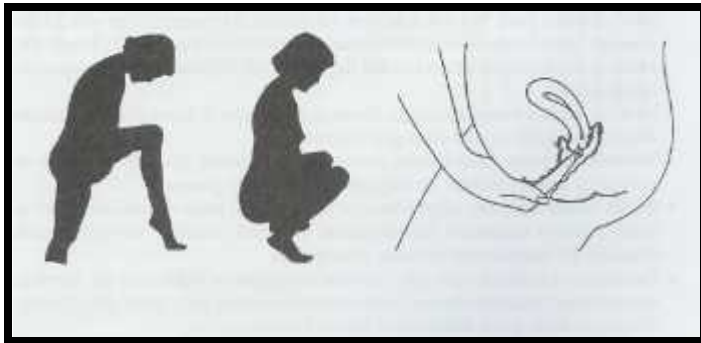
) Bazal Vücut Isısı

Ovülasyondan sonra korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu, termojeniktir (ısı artırıcı). Yani vücut ısısını 0,2°C-0,5°C arasında yükseltir ve bir sonraki menstrüasyona kadar (yaklaşık 11-17 gün) yüksek ısıda tutar. Bu yükseliş termal kayma denir ve bu da bazal vücut ısısı yönteminin esasını oluşturur (Akın, 2006; Perry, 2007; Sağlık Bakanlığı AÇSAP, 2005b; Taşkın, 2007).

) Servikal Palpasyon Yöntemi

Bu yöntem kadının, çömelmiş ya da ayakta (ancak her defasında aynı konumda) kendi kendine palpasyonla serviks kıvamındaki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır (Bkz. ekil.14). İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal servikal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşılamaz. Yaklaşmakta olan ovülasyonla birlikte östrojen hormonu yükseldikçe, serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Ovülasyondan ortalama 4-5 gün önce, yumurtanın baskılması belirgin hale gelir. Os yavaş yavaş açılır ve palpasyonla servikse daha zor ulaşılamaz veya serviks az hissedilir. Ovülasyonu hemen izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, baskılır ve os kapanır (Perry, 2007; Sağlık Bakanlığı AÇSAP, 2005b; Taşkın, 2007).

ekil 14. Servikal Palpasyon Yöntemi



(Sağlık Bakanlığı AÇSAP, 2005b).

) Semptotermal Yöntem

Semptotermal yöntem, servikal mukus, bazal vücut ısı ve servikal palpasyon yöntemlerinin birleimidir. Bu yöntem, fertilité belirtilerinin yukarıda açıklanan yöntemlerin üçünün birlikte kullanılarak gözlenmesi ve yorumlanmasına dayanır (Akın, 2006; Perry, 2007; Sağlık Bakanlığı | AÇSAP, 2005b). Bunun dışında memelerde duyarlılık, servikal deşiklikler ve ovulasyon esnasındaki ağrı, libidonun azalması, siklus arası lekelenme, pelvik kavitede dolgunluk, vulvada dolgunluk gibi deşiklikler de gözlenir. Bu üç yöntem ve diğer bulgular dikkate alınarak koitustan kaçınılır (Oltuluo lu, 2008).

) Takvim Yöntemi

Tarih boyunca çiftler, doğurganlık ve doğum aile planlaması konusunda arayışına girmişler ve kendilerince birtakım yöntemler geliştirmişlerdir. Bu konuda ilk bilimsel yaklaşım 1928 yılında olmuş ve menstrüel siklusta ovulasyon gününün bilimsel olarak belirlenmesiyle takvim yöntemi yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Ancak bu yöntem, çok kez plansız gebeliklere neden olduğundan kullanımı sınırlı kalmıştır (Akın, 2006; Perry, 2007; Sağlık Bakanlığı | AÇSAP, 2005b; Taşkın, 2007).

Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan doğum aile bir yöntemdir (Gimrek, 2009). Yöntem, fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması ve güvenli günlerden yararlanması esasına dayanır (Akın, 2006; Perry, 2007; Sağlık Bakanlığı | AÇSAP, 2005b; Taşkın, 2007).

) Geri Çekme (Coitus interruptus)

Halk arasında bu yöntem çekilme, dikkatli olma, dışarı boşalma, erkeğin korunması gibi pek çok isim verilmiştir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakülatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir (Sağlık Bakanlığı | AÇSAP,

2005b; im ek, 2009). Do ru uygulandı ında gebelik oranı %9-15 dolayındadır. Ancak topluma dayalı ara tırmalarda bu oranın %25 ya da daha yüksek oldu u bildirilmi tir. Türkiye’de yüksek oranda kullanılan bu yöntem, bazı çiftler tarafından ba arılı bir biçimde uzun yıllar kullanılabilir. KKTC’de yapılan bir çalı maya göre kadınların %33’ü geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Bu yöntemde ba arı, ki isel etmenlere ba lıdır ve erke in do urganlı ı planlamadaki sorumlulu unu yansıtır. Ba arıyla uygulandı ında bile e lerde bazı psikolojik ve fizyolojik sorunların geli ebilece i söylenmektedir. Ancak bu bilgiyi do rulayan herhangi bir kayna a rastlanmamı tır (Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b; im ek, 2009; Ta kın, 2007)

)Vajinal Yıkama

Etkisi olmayan, geleneksel yöntemlerdendir. Koitustan hemen sonra kadının vajenini yıkaması esasına dayanır. Oysa koitus esnasında gebeli i olu turabilecek spermier servikal mukusa geçmi durumdadır. Sonuç olarak bu yöntem kontraseptif amaçla kullanılmamalıdır. Bu gruba da etkili yöntemlerle ilgili hizmet öncelikli olarak verilmelidir. Pek çok kadın, vajina duvarı ve kanalındaki spermierı yıkayıp atma dü üncesiyle cinsel ili kiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeli i önledi ine inanmaktadır (Akın, 2006; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b; Songur, 2009; im ek, 2009).

) *Emzirme Ve Gebeli in Önlenmesi (Laktasyonel Amenore Metodu-LAM)*

Laktasyonel amenore yöntemi, annenin emzirme döneminde emzirmeyle ilgili bazı ko ullara uyarak laktasyon amenoresini bir aile planlaması yöntemi olarak kullanmasıdır (Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). Emzirmenin gerçekten de kontraseptif etkisi vardır. Ancak, bu etkinin derecesi bazı ön ko ullara ba lıdır; e er do umdan sonra, laktasyon amenoresi sürüyor, anne bebe ini su dahil hiç bir ek gıda vermeksizin sık sık (gece dahil) ve her defasında uzun süre olmak üzere sadece anne sütü ile besliyor ise emzirmenin kontraseptif etkisi, ilk 6 ay için

oldukça yüksektir. Tanımlanan ko ulların tam olarak varlı ında ilk 6 ay için emziren annenin gebe kalma riski sadece %2'dir. Sözü edilen ko ulların hepsi birlikte de ilse emzirme asla güvenilir bir KS yöntem gibi dü ünülmemelidir (Akın, 2006; Perry, 2007; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b; Türk, 2006).

2.7. Aile Planlaması Hizmetleri le Hem irenin Rolü

Hem irelik insan ya amıyla, ya amın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sa lı ının kalitesi ile ilgili sorumluluklarını yerine getiren bir meslektir. Bu tanımdaki bakım, sorumluluk ve meslek kavramları açıklandı ında; bakım kavramı içinde; çevre güvenli i, korunma, bilgilendirme, de er verilme gibi pek çok biyo-psikososyal yakla ımlar yer almaktadır. Sorumluluk kavramı ise bireyin sadece kendisinden istenileni yerine getirmek anlamında olmayıp, ara tırmayı ve kendi bireysel bilgi birikimini ortaya koymayı içermektedir. Sorumluluk kavramı, aynı zamanda yerine getirilen görevin sonuçlarını izlemeyi ve yorumlamayı da gerektirmektedir. Meslek kavramı ise, toplum gereksinimlerinden ortaya çıkan toplumun beklentilerine yanıt veren ve bunun sonucunda, toplumdaki belli haklar talep eden toplumsal geli im sürecine göre kendini yenileyen, geli tiren ve yasalar do rultusunda organize olmu sistemler bütünüdür içermektedir (Biol, 2004; Yılmaz, 2001).

Aile planlaması çalı malarının ba arısı, ölkemizde bu konuda iyi yeti mi sa lık personelinin varlı ına ba lıdır. Bu konuda özellikle hem ire ve ebelere AP hizmetleri çerçevesinde yukarıda belirtilen önemli görev ve sorumluluklar dü mektedir. Ebe ve hem irenin bu alandaki görevi *danı manlık, e itim, rehberlik ve motivasyon* sa lamadır. Hem ireler, aile planlaması hizmet alanlarında e itim ve danışmanlık rollerini iyi kullanarak; bireylerde olumlu davranı de iikli i meydana getirebilir ve aile planlaması hizmetlerinden daha fazla ki inin yararlanmasını sa layabilirler (Çiftçio lu, 2006; Kim at all, 2008; im ek, 2009).

Hem irenin E itici Rolü;

DSÖ sa lık e itimini “Ki ilere sa lıklı ya am için alınması gerekli önlemleri benimsemeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sa lık hizmetlerini do ru olarak kullanmaya alı tırmak, sa lık durumlarını ve çevrelerini iyile tirmek amacıyla birey olarak veya topluca karar aldırarak” ekinde tanımlamaktadır (Çiftçio lu, 2006). Toplumun, ailenin ve bireyin sorumluluklarına yönelik planlanmı sa lık e itimi topluma verilen kapsamlı hem irelik bakımının bir parçasıdır. Hem ireler, topluma ve ailelere verilecek olan aile planlaması yöntemlerinin anlatılması ve bunların do ru kullanımında e itici rolünü kullanmaktadır.

Bireylere sunulan hizmetin etkinli i, ki ileri bilgilendirmek ve insanlara sunulan hizmetin süreklili i açısından da gereklidir. Hem ire e itim verirken toplumdaki ideal aile imajını, arzularını, toplumun sa lık durumunu, toplumun gereksinimini, do urganlık ve do um aralı nı, toplum içindeki ileti im problemlerini, kadınların ya dönem özelliklerini, risk faktörlerini ve cinsiyet özellikleri nedeniyle sa lık durumlarını etkileyen di er faktörleri (egitim, çalı ma durumu, ekonomik durumu, statüsünü v.s) göz önünde bulundurarak AP hizmetini sunmalıdır (Littleton, 2005; Perry, 2007; Çiftçio lu, 2006; Sa lık Bakanlığı AÇSAP, 2006).

Hem irenin Danı manlık Rolü;

Bu rol aile planlaması hizmetlerinde ön plana çıkmı tır. Bireylere etkili aile planlaması yöntemlerini tanıtılması, anlatılması, bireylerin kendileri için uygun yöntemi seçmeleri için alternatif yöntemler sunulması danı manlık rolünü kapsamaktadır. Aile planlamasında danı manlık, aile planlaması hizmeti almak üzere ba vuran ki ilere ileti im tekniklerini iyi kullanarak gereksinimlerini dinleyerek, üreme sa lı ı konusunda aile planlaması yöntemlerini ve uygulanı ı hakkında bilgi vermek, durumlarına uygun aile planlaması yöntemini bilinçli olarak seçmelerine ve bu karardan memnun olarak seçilen yöntemi etkili ve güvenli bir ekinde kullanabilmelerine yardımcı olmaktadır (Çiftçio lu, 2006; Sa lık Bakanlığı AÇSAP, 2006; Yılmaz, 2001).

Aile planlaması yöntemlerinin kabulünün artması do ru bilgi verme, dinleme ve sözsüz ileti mle yaratılan rahat bir konu ma ortamı, ki iler in aile planlamasını kabul etmesine yardımcı olur. Böyle bir süreçte, ki inin bilinçli olarak seçti i yöntem kendi yöntemidir. Bu benimseme duygusuyla yöntemlerin kabullenmesi ve yaygınlı ı artacaktır (Littleton & Engerretson, 2008; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2000; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2005b). Bu nedenle aile planlaması danı manlı ının önemli yeri vardır. Danı manlı ın yararları u ekilde;

Danı manlı ın Yararları; (Çiftçio lu, 2006; Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2006)

-) Ba vuranın kendisine en uygun aile planlaması yöntemini seçmesini sa lar.
-) Seçilen yöntemin do ru kullanılmasını,
-) Seçilen yöntemin daha uzun süre kullanılmasını,
-) Sa lık çalı anının zamanını verimli kullanılmasını sa lar.
-) Hizmet kalitesini dolayısıyla da ba vuranların memnuniyetinin artmasını sa lar
-) Etkili aile planlaması yöntemi kullananların sayısının artmasını sa lar.
-) Ba vuran ki i, sa lık kurulu u ve ülke için tasarruf sa lar.

Hem irelerin aile planlaması hizmetlerinde e itici ve danı manlık rolünün yanında uygulayıcı ve izleyici rolü de önemli bir yer tutmaktadır. Türkiye’de 27.5.1983 tarih ve 18059 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” ve bu yasaya uygun olarak 507 sayılı yönetmelikte hekim di ı sa lık personelinden yararlanma prensibi benimsenmi tir. Bununla birlikte ülkede aile planlaması yöntemlerinin uygulamasında, ilgili merkezlerde R A e itimi görmü , hem ire ve ebeler de görev almaktadır. Bu ki iler in kadın olu u, ülke düzeyinde dengeli da ılımı, e itildikten sonra geldikleri bölgelere geri dönmeleri hizmetin daha yaygın verilmesini sa lamaktadır. Türkiye Sa lık Bakanlı ı tarafından ebe ve hem irelerin yetki ve sorumluluklarının içinde; (Sa lık Bakanlı ı AÇSAP, 2000; Yılmaz, 2001)

-) Hap kullanacaklarda uygun olguları seçmek, kullananları yan etkileri açısından izlemek,
-) Pelvik muayane yapmak, normal olgulara rahim içi araç uygulamak,
-) R A kullananların belli aralıklarla kontrollerini yapmak,
-) Pelvik muayane ve izlemlerde patolojik bulunanları yetkili hekime göndermek,
-) Kondom dağıtmak, kondom ve spermisitlerin doğru kullanılması için halkı eğitmek,
-) Toplum nüfus planlaması eğitimi yapmak ve geleneksel yöntemler hakkında bilgi vermek,
-) Çalıştığı kurumda gerekli araç-gereç, ilaç ve tıbbi malzemeyi kullanılmaya hazır bulundurmak,
-) Yürüttüğü nüfus planlaması hizmetleri ile ilgili bireyleri toplamak, kaydetmek ve zamanında yetkililere ulaştırmak

yer almaktadır.

KKTC'de aile planlaması hizmet biriminin olmamasının yanında hemirelerin de aile planlamasına yönelik böyle bir hizmetin içinde bulunmaması ülke için önemli bir sağlık hizmeti eksikliği olarak düşünülmektedir. Hemirelerin yetki ve sorumluluklarının içinde aile planlaması hizmetlerinde aktif katılımlarının desteklenmesine gereksinim duyulmaktadır.

1. G R VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı

Ülkelerin geli mi lik düzeylerini gösteren en önemli sa lık göstergeleri arasında anne ve bebek ölüm hızları gelmektedir. Geli mekte olan ülkelerin en önemli sa lık sorunları içinde plansız ve riskli gebelikler ile a ırı do urganlık yer almaktadır (Akın, 2006; Sa lık Bakanlığı AÇSAP, 2000; Ta kın, 2007). Özellikle çok genç (18 ya altı) ve ileri ya (35 ya ve üzeri) gebelik, çok sayıda (4 ve daha fazla) ve çok sık aralıklı (2 yıldan daha az) do umlar; gebelik, do um ve lohusalık dönemlerinde anne ve bebeklerin hastalık ve ölüm hızlarını artırmaktadır (Akın, 2006; Öztekin & Kubilay, 2008; Ta kın, 2007; Tezcan & Ço kun, 2007).

Geli mekte olan bir çok ülkede gebe kadınların gebelik ve gebeli e ba lı komplikasyonlar nedeniyle ölüm riski, geli mi ülkelerdeki kadınlara göre 45 kat daha fazladır. Anne ölümlerinin yakla ık üçte ikisi (%61) do um sırasında ya da hemen do um sonrasında meydana gelmektedir (Sa lık Bakanlığı AÇSAP,2005a). Dünya Sa lık Örgütü (DSÖ) (2005)'nün raporuna göre; her 100 bin canlı do umda 400 anne ölümünün gerçekleşti i belirtilmektedir (WHO, 2009).

Dünyada ortalama toplam do urganlık hızı (TDH) 1.8 olup, ülkelerin yakla ık %60'ında kadın statüsü dü üktür. Bu statüsü dü ük olan ülkelerde kadın ba ına dü en çocuk sayısı ortalama 4-6 arasındadır (Ta kın, 2007). DSÖ 2009 raporuna göre, Afrika bölgesinde kadın ba ına dü en çocuk sayısı ortalama 5 iken, Avrupa bölgesinde 1.6 olarak belirtilmektedir (WHO, 2009). Geli mekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye'nin Türkiye Nüfus ve Sa lık Ara tırması (TNSA) (2008) sonuçlarında, do urganlık hızı 2.1 olarak belirtilmektedir. Türkiye'de yapılan Ulusal Anne Ölümü Çalı ması (UAÖÇ) (2005) ile belirlenen gebeli e ba lı anne ölüm hızı yüz bin canlı do umda 28.5'tir. Bebek ölüm hızı ise, TNSA 2008 sonuçlarına göre binde 18 olarak belirtilmektedir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Devlet statistik

Sonuçlarına (2007) göre, doğurganlık hızı 1.8, bebek ölüm hızı ise binde 15 olarak saptanmıştır (DPÖ, 2007).

DSÖ (2005) raporuna göre; dünyada her gün 1.400, bir yılda ise 529.000 kadının gebelik ve doğumla ilgili nedenler yüzünden öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde ve %90'ı da Asya ve Afrika ülkelerinde gerçekleşmektedir (WHO, 2005).

Plansız gebelik ve doğumlar anne sağlığının beraberinde bebek ve çocuk sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Ailede çocuk sayısının artması ve doğumlar arasında sürenin azalması ile spontan düşük, ölü doğum, prematüre doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu ve bebek ölümlerinde artışa neden olmaktadır. Beslenme yetersizliği ve gastroenterit gibi enfeksiyon hastalıklarının sıklığı, beslenme bozukluklarının sıklığı çocuk sayısına bağlı artış göstermektedir. Gebelikler arası süre arttıkça bebeğin mental gelişimi, boyu ve ağırlığı olumlu yönde etkilenmektedir. (Akın, 2006; Gökmen, 2001; Öztekin & Kubilay, 2008; Taşkın, 2007; Tezcan & Çoğun, 2007).

Plansız, istenmeyen gebelikler ve bunların olumsuz sonuçlarından korunmada en etkili yol, aile planlaması yöntemlerinin kullanımını yaygınlaştırarak doğurganlığın düzenlenmesidir. Doğurganlığın düzenlenmesi kadın ve erkeğin üreme konusunda bilgilendirilmiş bir biçimde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli, ödenebilir ve kabul edilebilir aile planlaması yöntemleri ile sağlanabilmektedir (Littleton, 2005; Mayda, Arslan, Bozkurt, Iker & Özkan, 2005; Sağlık Bakanlığı AÇSAP, 2000; Tokuş, Eskiocak, Ekuklu & Saltık, 2005).

Dünyada üreme çağındaki kadınların yöntem kullanımı 2000-2006 yıllarında ortalama %63'tür (WHO, 2009). Birleşmiş Milletler 2005 verilerine göre, dünyada çiftlerin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma sıklığı %60.5, modern yöntem kullanma sıklığı ise %56.6'dır. En çok kullanılan modern yöntemler, %20 ile tüpligasyon, %13.6 ile rahim içi araç (RİA), %7.5

ile oral kontraseptif ve %4.8 ile kondom iken geleneksel yöntem olarak %3.1 geri çekme ve %2.9 takvim yöntemidir (<http://www.un.org/esa...>). Avrupa Bölgesi'nde ise, herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranı %67,5'tir. Bunlar içerisinde modern yöntem kullanma oranı %50 olup, sırasıyla en fazla oral kontraseptif (%18), kondom (%11,7), R A (%11,5) ve tüpligasyon (%4) kullanılmaktadır. Geleneksel yöntem olarak ise, en fazla geri çekme (%11,3) ve takvim yöntemi (%5,7) kullanılmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre aile planlaması yöntem kullanma durumları ve kullanılan yöntemler farklılık göstermektedir. Norveç, Almanya Finlandiya gibi gelişmiş ülkelerde, yöntem kullanımı %68 iken, Endonezya, Bangladeş, Mısır gibi gelişmekte olan ülkelerde %59'dur (<http://www.un.org/esa...>). Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye'de ise, herhangi bir yöntem kullanım sıklığı %73.1'dir. Bunun yanında, evli kadınların yüzde 46'sı modern yöntem kullanırken yüzde 27'si geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. En yaygın kullanılan yöntemler ise %26.3 ile geri çekme, %16.9 ile R A ve %14.3 ile kondomdur (TNSA, 2008). KKTC'de aile planlaması yöntem kullanımı ile ilgili ulusal bir veri bulunmamaktadır. Uptan (1989)'ın çalışmasına göre, Gazi Magosa bölgesinde kadınların %86.7'si yöntem kullanmaktadır. Yöntem kullanan kadınların %47.5'i modern ve %39.2'si geleneksel yöntem kullanmaktadır. Bu çalışmada kadınların ilk üç sırada %33 ile geri çekme, %18,9 ile R A ve %11.8 ile oral kontraseptif kullandığı saptanmıştır (Uptan, 1989).

Dünyada her ülke anne ve bebek ölümlerini azaltmak için kadın ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, farklı aile planlaması hizmet politikası izlemektedir. Ancak dünya genelinde aile planlaması yöntem kullanım sıklıkları halen istenilen düzeye gelememiştir (Arvi, 2008; Akın, 2006; Gökmen, 2001; Kaya, Tatlı, Açık & Deveci, 2008). Williamson ve arkadaşlarının (2009) gelişmekte olan 5 ülkede yaptıkları çalışmaya göre, modern yöntem kullanmama nedenleri arasında; yöntemler hakkında sınırlı bilginin olması, yöntemlere erişim güçlü önün ya anması ve kadın

statüsünün düşük olması yer almaktadır (Williamson, Parkes, Wight & Petticrew, 2009).

Çiftlerin aile planlaması yöntemi kullanım sıklığı ile kullandıkları yöntemin etkinliğinin yüksek olması aile planlaması hizmetlerinin etkili sunulduğunu göstermektedir. Literatürde, yöntem kullanımı ile kullanılan yöntemin modern ve geleneksel olmasını etkileyen pek çok faktörden söz edilmektedir. Bu faktörleri; kadının yaşı, statüsü, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumu, aile yapısı, toplumun yapısı, evlenme ve ilk gebelik yaşları, erkeklerin eşi olarak üreme sağlığına katılımları, istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşükler, dini inanışlar, doğum ekli gibi diğer faktörler olmaktadır (Arvi, 2008; Ayaz & Efe, 2009; Grady, Klepinger & Billy, 1993; Hock-Long, Whittaker & Herceg-Baron, 2010; Karaoğlu, Özkurt & Pehlivan, 2002; Kaya ve diğerleri, 2008; Mayda ve diğerleri, 2005; Oltuluoğlu, 2008; Özahin, Songur, 2009; Stephenson, Baschieri, Clements, Hennink & Madise, 2007; Şimşek, 2009; Tokuç ve diğerleri, 2005). Literatürde, yöntemlerin etkinliği, başarısızlık hızları, güvenilirliği, komplikasyonları, kontraseptif olmayan ikincil yararları, yöntemin maliyeti, cinsel ilişkiye olan etkisi, yan etkileri (Gabalıcı, 2006; Kaya ve diğerleri, 2008; Oltuluoğlu, 2008; Tanrıverdi ve diğerleri, 2008; TNSA, 2008) ve yöntemin etki mekanizması (Irala, Burgo, Fez, Arredondo, Mikolajczyk & Stanford, 2007) gibi özelliklerin yöntem kullanımını etkilediği belirtilmektedir. Ayrıca aile planlaması yöntemlerini kullanmama nedenleri arasında yeterince bilgiye sahip olmama ve bilgiyi nereden elde edeceğini bilmeme gibi etkenler de yer almaktadır (Aydın, 2003; TNSA, 2008; Yılmaz, 2001). Farklı bir sonuç olarak, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA)'nın 2008'de yaptığı bir çalışmanın sonucuna göre, en az 200 milyon kadın etkili ve güvenilir aile planlaması yöntemi kullanmak istediği halde bilgi ve hizmet eksikliği veya eğitimlerin yetersiz olduğu toplulukların bunları desteklememesi nedeniyle aile planlaması yöntemi kullanmadıkları belirtilmektedir (<http://www.unfpa.org/rh/...>). Bunun yanında eğitim tarafından iddet gören kadınların, emosyonel ve psikososyal yönden yaşadıkları olumsuz deneyimlerin (Williams, Larsen & McCloskey, 2008) ve eğitimler arasında iletişimin kadınların aile planlaması yöntem

kullanımını etkiledi i saptanmı tır (Mostafavi, Mehryar & Agha, 2006, Perry, 2007).

Etkili aile planlaması yöntem kullanımını artırabilmenin en önemli yolu, çiftlere ula ılabilir, kabul edilebilir ve ekonomik aile planlaması hizmetini sunmaktır. Bu hizmeti sunmada e itilmi sa lık personeline ve aile planlaması e itim ve danışmanlık merkezlerinin kurulmasına gereksinim vardır (Sa lık Bakanlığı AÇSAP, 2006). Sa lık çalışanları içinde ebe ve hem ireler, çiftleri aile planlaması konusunda bilgilendirmede, karar vermelerine yardımcı olmada ve yöntemi do ru kullanmalarında önemli kaynak olarak hizmet vermektedirler (Aydın, 2003; Gabalcı, 2006; Littleton & Engerretson, 2008). Ebe ve hem irelerin aile planlaması konusunda e itim ve danışmanlık hizmeti verirken, mutlaka çiftlerin yöntem seçimine karar verme a masında, yöntem kullanımını etkileyen faktörleri dikkate alması gerekmektedir. E itim ve danışmanlık hizmet içeri ini, bu faktörlere göre planlayıp, uygulaması durumunda karar verilen yöntemin kullanım süresi ve yöntemden memnuniyet artabilmektedir (Fathizadeh, Firuzabadi, Agdak & Kianpour, 2009; Kim, Heerey & Adrienne, 2008; Sa lık Bakanlığı AÇSAP, 2005). Bunun yanı sıra, aile planlaması hizmetlerinden daha fazla ki i yararlanabilmektedir. Bunun yanında hizmet sunumunda ebe ve hem irelerin bilgi ve becerilerinin olması, ileti im tekniklerini iyi kullanabilmesi, danışmanlık alan ki ilere geribildirim vermesi ve motive etmesi önemlidir (Kim, Heerey & Adrienne, 2008; Sa lık Bakanlığı AÇSAP, 2006). Kaliteli ve etkin hizmet sunumu ile hem çiftlerin cinsel ya am kalitesinin arttırılmasına hem de anne-çocuk sa lı ının korunmasına katkı sa lanabilecektir (Çiftçio lu, 2006; im ek, 2009).

KKTC'de yer alan devlet, özel hastanelerde ve sa lık ocaklarında aile planlaması ile do rudan ilgilenen bir hizmet birimi bulunmamaktadır. Toplum bu hizmetleri en fazla özel klinik doktorlarından almaktadır. Aile planlaması yöntemlerinden rahim içi araç, enjeksiyonlar ve oral kontraseptifler, eczanelerden ücretli olarak temin edilmektedir. Rahim içi araç; kamu ve özel kliniklerde çalışan doktorlar tarafından uygulanmaktadır. Ayrıca ülkede aile

planlaması ile ilgili bir yasa bulunmamaktadır. KKTC'de aile planlaması yöntem kullanımı ve yöntem kullanımı etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Belirtilen bu etkenler nedeniyle bir çalışma yapılması gerekmektedir. Yapılacak bir çalışmanın KKTC'de aile planlaması hizmetlerine yönelik oluşturulacak sağlık politikaları için önemli bir kaynak olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Doğurganlığın düzenlenmesine, güvenli bir cinsel yaşamın sağlanmasına, istenmeyen gebeliklerin ve sonuçlarının önlenmesine olanak sağlayan aile planlaması yöntemlerinin kullanımı tüm ülkeler için önemli bir toplumsal konudur. Bu araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, bu bölgede yaşayan 15-49 yaş kadınların aile planlaması yöntem kullanımları ve yöntem kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çizelge 4.2.7. Kadınların u ana Kadar Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanılma Sürelerinin Da ılımı

AP YÖNTEM KULLANMA SÜRES ¹	HAP		R A		ENJ. ²		KND. ²		TUP. ²		G. ÇK. ²		H. YK. ²		TAKV M		EMZ. ²	
	n:117	%	n:120	%	n:10	%	n:126	%	n:62	%	n:262	%	n:47	%	n:47	%	n:47	%
3 aydan az	39	33.4	12	10.0	4	40.0	52	40.6	1	1.6	24	9.1	8	23.0	11	22.9	6	12.8
3-12 ay	23	19.6	9	7.5	5	50.0	14	11.7	4	5.0	26	9.8	1	2.8	6	12.5	28	59.6
1-2 yıl	24	20.5	15	12.5	1	10.0	14	11.7	9	13.4	42	15.9	5	14.2	15	33.4	10	2.3
2 yıl ve üstü	28	24.0	83	69.1	-	-	19	14.8	48	80.0	152	58.1	14	40.0	11	2.9	3	6.3

¹Spermisit kullanan 1 kadın oldu u için tabloda yer almamaktadır.

²AP yöntemlerine yönelik kısaltmalar a a ıda belirtilen ekilde yer almaktadır.

ENJ.: Enjeksiyon, KND.: Erkek Kondomu, TUP.: Tupligasyon, G.ÇK.: Geri Çekme, H.YK.: Hazne Yıkama, EMZ.: Emzirme

³Yöntemi ara sıra kullananların sayısı tüm yöntemler için 71 ki i oldu undan tabloda yer almamaktadır.

Çizelge 6. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Tercih Edilme Nedenlerinin Dağılımı (sütun yüzdesi)

AP YÖNTEMLERİ ¹ TERCİH EDİLMENİN NEDENLERİ	HAP		RA		ENJK. ²		KONDOM		TUPL.		G. ÇK.		HAZ. Y.		TAKVİM		EMZR.	
	n:117	%	n:120	%	n:10	%	n:126	%	n:62	%	n:262	%	n:35	%	n:47	%	n:47	%
Güvenilir	29	24.7	47	39.1	4	40.0	43	34.1	11	17.8	61	23.3	7	20.0	4	8.6	5	10.6
Kolay elde edilir	6	5.1	2	1.6	-	-	7	5.5	-	-	12	4.6	2	5.7	-	-	-	-
Kullanımı kolay	13	11.2	10	8.3	4	40.0	23	18.0	-	-	63	24.0	4	11.4	6	12.7	-	-
Yan etkisi az	-	-	4	3.3	-	-	10	8.0	-	-	22	8.3	2	5.7	7	14.8	-	-
Doktorun önerisi	47	40.2	40	33.3	2	20.0	9	7.9	9	14.5	4	1.6	-	-	7	14.8	1	2.2
Önceki doğumlarının sezaryen olması	-	-	2	1.5	-	-	-	-	12	19.4	-	-	-	-	-	-	-	-
Doğal ve sağlıklı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	10.4	-	-	5	10.6	1	2.2
Tedavi için ³	8	6.8	-	-	-	-	3	2.3	4	6.4	-	-	-	-	12	25.6	-	-
Cinsiyet seçimi için	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.3	-	-
Arkadaş/konuşaklara önerisi	8	6.8	3	2.4	-	-	-	-	-	-	4	1.6	5	14.2	3	6.4	16	34.0
Artık çocuk sahibi olmak istememesi	-	-	-	-	-	-	-	-	24	38.7	-	-	-	-	-	-	-	-
Uzun süre koruduğundan	-	-	6	5.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Çocuğun ve kendi sağlığı için	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3.2	-	-	-	-	-	-	24	51.0
RA'ya ara verdim için	2	1.7	-	-	-	-	1	0.8	-	-	-	-	-	-	1	2.2	-	-
Bağka yöntemin kendisine uygun olmaması veya istememesi	2	1.7	6	5.0	1	10.0	3	2.3	-	-	26	9.9	-	-	-	-	-	-
Ebe önerisi	1	0.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Emzirmenin korunmasına ara vermek için	1	0.9	-	-	-	-	1	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Emzirmenin istememesi	-	-	-	-	-	-	16	11.6	-	-	27	10.3	-	-	-	-	-	-
Denemek için, merak	-	-	-	-	-	-	9	7.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bırakmasının kolay olması	-	-	-	-	-	-	1	0.8	-	-	9	3.4	-	-	-	-	-	-
Kendim istedim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	2.6	-	-	-	-	-	-
Temizlik ve korunmak için	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	43.0	-	-	-	-

¹Aile Planlaması yöntemlerinden spermisiti kullanan bir kişi olduğundan çizelgede gösterilmemiştir. 'Enjk' Enjeksiyon, 'Tupl' tüpligasyon, 'G. Çk' geri çekme, 'Haz. Y' hazne yıkama ve 'Emzr' emzirme yöntemlerini belirtmektedir.

²Enjeksiyon yönteminde bir kişi iki neden gösterdiği için n'de her iki ve yüzdeler n'e göre alınmıştır.

³Haplar için 'akne ve kist tedavisi', erkek kondomu için 'CYBE tedavisi', takvim yöntemi için 'çocuk sahibi olma' ifadeleri tedavi için seçeneğinin içinde yer almaktadır.

Çizelge 8. Kadınların Kullandıkları AP Yöntemine Devam Etme Durumları ve Bırakma Nedenlerinin Dağılımı (sütün yüzdesi)

AP YÖNTEMLER ¹	HAP		R A		ENJEK.		KOND.		TAKV M		G. ÇK.		HAZ. Y.		EMZ RME	
	n:117	%	n:120	%	n:10	%	n:126	%	n:47	%	n:262	%	n:35	%	n:47	%
BIRAKMA DURUMU																
Bırakmadım	13	11.0	49	41.0	0	0.0	39	31.0	10	20.4	140	53.5	22	62.8	3	6.0
Bıaktım	104	89.0	71	59.0	10	100.0	87	69.0	37	79.6	122	46.5	13	37.2	44	94.0
BIRAKILMA NEDENLER ²																
Kullanımı zor	6	5.8	-	-	-	-	12	13.7	5	13.5	7	5.7	-	-	-	-
E im kar ı çıktı	1	1.0	-	-	2	20.0	20	22.9	2	5.4	9	7.3	1	7.6	-	-
Ula ım elde etme güçlü ü	4	3.8	-	-	2	20.0	1	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-
Kullanırken gebe kalma	4	3.8	4	5.6	-	-	3	3.4	9	24.3	32	26.2	4	30.7	20	45.4
Gebe kalmak isteme	16	15.4	14	19.7	2	20.0	8	9.1	7	18.9	24	19.6	1	7.6	1	2.2
Daha etkin bir yönteme geçme	10	9.6	2	2.8	-	-	25	28.8	3	8.1	40	32.7	7	53.8	17	38.6
Yönteme özel ikayetler ³	4	3.8	40	56.4	-	-	1	1.2	-	-	-	-	-	-	6	13.6
Yan etki yapması	51	49.0	1	1.4	4	40.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Süresi doldu, ara verdim	-	-	9	12.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tedavinin bitmesine ba lı ⁴	2	2.0	-	-	-	-	1	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-
Cinsiyet seçiminin ba arısız olması	-	-	-	-	-	-	-	-	7	18.9	-	-	-	-	-	-
Cinsiyet seçimin ba arılı olması	-	-	-	-	-	-	-	-	3	8.1	-	-	-	-	-	-
Cinsel ili kiyi etkilemesi	-	-	1	1.4	-	-	14	16.1	-	-	-	-	-	-	-	-
Güvenli gelmedi	-	-	-	-	-	-	1	1.2	1	2.7	-	-	-	-	2	4.5
Doktor önerisi	2	2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7.6	1	2.2
Sa lı na zararlı olmasına ba lı	4	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Premenapoz ba langıcı	-	-	-	-	-	-	1	1.2	1	2.7	3	2.4	-	-	-	-
Artık çocu unun olmamasına ba lı	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.7	8	6.5	-	-	-	-

Aile Planlaması yöntemlerinden spermisiti kullanan bir ki i oldu undan çizelgede gösterilmemi tir. ‘Enjek’ Enjeksiyon, ‘Kond’ erkek kondomu, ‘G. Çk’ geri çekme, ‘Haz. Y’ hazne yıkama yöntemlerini belirtmektedir.

Takvim, geri çekme, hazne yıkama ve emzirme yöntemlerine birden fazla bırakma nedeni söylendi i için n de eri de i mi ve yüzdelere göre alınmıştır.

Haplar için ‘unutkanlık’, R A için ‘kanama, akıntı, enfeksiyon ve rahatsızlık hissi’ ve erkek kondomu için ‘tıksınma duygusu’, emzirme için ‘sütünün kesilmesi’ gibi ifadeler yönteme özel ikayetler seçene i içinde yer almaktadır.

Haplar için ‘akne ve kist tedavisinin bitmesi’ ve erkek kondomu için ‘CYBE tedavisinin bitmesi’ ifadeleri tedavinin bitmesine ba lı seçene inin içinde yer almaktadır.

4. BULGULAR

Ara tırma bulguları üç ba lık altında ele alınmı tır.

- 4.1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine ili kin bulgular (sosyodemografik, do urganlık ve cinsel ili ki özellikleri)
- 4.2. Kadınların aile planlaması yöntem kullanma özelliklerine ili kin bulgular (aile planlaması yöntemlerini duyma, kullanma ve halen kullanma durumları; yöntemi kullanma süresi ile bırakma hızı; yöntemi tercih etme ve bırakma nedenleri; halen kullandıkları yönteme karar veren ki i ve kullandıkları yönteme ula ma yeri; yöntemlere ili kin bilgi alma durumu, bilgi almak istedi i kaynak ve bilgiyi almak istedi i zaman)
- 4.3. Kadınların aile planlaması yöntem kullanımını etkileyen faktörlere yönelik bulgular

4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine li kin Bulgular

Çizelge 4.1.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin Da ılımı

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	SAYI	%
Ya	n:334	
15-24	51	15.3
25-34	133	39.8
35 ve üzeri	150	44.9
Ya Ortalaması (ort±ss): 33.5±7.9		
Uyruk		
KKTC	138	41.3
TC	45	13.5
KKTC-TC	146	43.7
Di er ¹	5	1.5
Kadının E itim Düzeyi		
Okur Yazar ²	19	5.7
İlkokul	126	37.7
Ortaokul	73	21.9
Lise	85	25.4
Üniversite ve Üzeri ³	31	9.3

Çizelge 4.1.1. (Devam)	Sayı	%
Evinin Eğitim Düzeyi	n:334	
Okur Yazar ²	7	2.1
İlkokul	133	39.8
Ortaokul	61	18.3
Lise	97	29.0
Üniversite ve Üzeri ³	36	10.8
iskele Bölgesinde Oturma Süresi		
5 yıl ve altı	64	19.2
6 yıl - 11 yıl	88	26.3
12 yıl ve üzeri	182	54.5
En Uzun Süre Yaşadığı Bölge⁴		
İl	26	7.5
İlçe	40	12.5
Köy	268	80.0
Kadının Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	250	74.9
Çalışıyor	84	25.1
Evinin Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	11	3.3
Çalışıyor	323	96.7
Gelir Gider Düzeyi Algılaması⁵		
Yüksek	95	28.4
Orta	199	59.6
Kötü ⁶	42	12.0
Sosyal Güvence Durumu		
Var	85	25.4
Yok	249	74.6
Aile Tipi		
Geni Aile	42	12.6
Çekirdek Aile	292	87.4
Medeni Durumu		
Evli	330	98.8
Bekar	4	1.2
İlk Evlilik Yaşı		
	n:330⁷	
12-16	33	10.0
17-21	195	59.1
22-26	79	24.0
27-31	23	6.9
İlk Evlilik Yaşı Ortalaması (ort±ss): 20.0±3.3		
Evlilik Süresi		
1 ay- 5 yıl	78	23.7
6 ay-10 yıl	59	17.9
11 yıl-15 yıl	66	20.1
16 yıl ve üzeri	126	38.3

¹Güney Kıbrıs, Bulgaristan ve Moldova uyruğuna sahip kadınlar diğer seçeneği içinde yer almaktadır.

²Okur yazar olmayanlar az (kadın:6, erkek:1) olduğundan okur yazar olan seçeneği içinde yer almaktadır.

³Yüksek lisans mezunu olanlar az (kadın:6, erkek:3) olduğundan üniversite ve üzeri seçeneği ile birlikte değerlendirilmiştir.

⁴Kadınların en uzun süre yaşadığı bölge Türkiye ile KKTC'de yer alan il, ilçe ve köyleri kapsamaktadır.

⁵Kadınların gelir gider düzeyleri sözel ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

⁶Gelir durumunu çok kötü diye algılayan 2 kişi, kötü seçeneği içinde yer almaktadır.

⁷Evli olan kadınların sayısıdır. Yüzdeler n değerine göre hesaplanmıştır.

Çizelge 4.1.1'de kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguları yer almaktadır. Ara tırma kapsamına alınan kadınların %15.3'ünün adolesan döneminde ve %44.9'unun ise 35 ya ve üzerinde oldu u saptanmıştır. Kadınların ya ortalaması 33.5 ± 7.9 olarak bulunmu tur. Kadınların %41.3'ü KKTC, %13.5'i TC, %43.7'si hem KKTC hem TC uyru una sahiptir.

Kadınların yarıya yakını (%47.3) ortaokul ve lise mezunu iken %9.3'ünün üniversite mezunu ve üzerinde oldu u bulunmu tur. Kadınların %74.9'unun çalı madı ı ve tamamına yakınının (%98.5) da evli oldu u saptanmıştır. İlk evlilik ya ını inceledi imizde; kadınların yarısından fazlasının (%69.1) ilk evliliklerini 12-21 ya ları arasında adolesan dönemde yaptı ı ve ortalama evlilik ya ının 20.0 ± 3.3 oldu u dikkat çekmektedir. Kadınların %58.4'ünün 11 yıl ve daha uzun süredir evli oldu u, %54.5'inin skele bölgesinde 12 yıl ve üzerinde ikamet etti i ve %80'inin ise en uzun süre köyde ya adı ı saptanmıştır. Bununla birlikte kadınların %87.4'ünün çekirdek aileye sahip oldu u ve %59.6'sının gelir ile gider durumlarına göre ekonomik durumlarını orta düzeyde ifade ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca %74.6'sının kendine ait sosyal güvencesinin bulunmadı ı ve bunların %73.0'ünün sosyal sigorta tarafından güvence sa ladı ı saptanmıştır.

Ara tırma kapsamına alınan kadınların e lerinin e itim ve çalı ma durumu incelendi inde; e lerin %39.8'inin ilkokul mezunu iken %10.8'inin üniversite mezunu ve üzerinde e itim aldı ı, emeklilerde dahil olmak üzere tamamına yakınının (%96.7) ise bir i te çalı tı ı belirlenmiştir.

Çizelge 4.1.2.1. Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
İlk Gebelik Yaşı	n:315¹	
13-17	48	15.2
18-22	167	53.0
23-27	80	25.4
28-32	20	6.4
Gebelik Sayısı	n:316²	
1	55	17.4
2	74	23.4
3	84	26.6
4 ve üzeri	103	32.6
Son Gebelik Aralığı	n:261²	
2 yıl ve altı	124	47.5
2 yıldan fazla	137	52.5
Canlı Doğum Sayısı	n:302²	
1	70	23.2
2	119	39.4
3	78	25.8
4 ve üzeri	35	11.2
Yaşayan Çocuk Sayısı	n:298²	
1	68	22.8
2	119	39.9
3	75	25.2
4 ve üzeri	36	12.1
Yaşayan Çocukların Cinsiyeti		
Kız	224	75.1
Erkek	234	78.5
Dünyüye Gelen Çocuk Sayısı	n:334	
1	13	3.9
2	190	56.9
3	79	23.7
4 ve üzeri	52	15.5
Dünyüye Gelen Çocuk Cinsiyeti		
Kız	21	6.3
Erkek	10	3.0
Her iki cinsiyetten	179	53.6
Fark etmez	124	37.1
Kendili Doğum Öyküsü		
Var	85	25.4
Yok	249	74.6
Kendili Doğum Sayısı	n:85²	
1 kez	67	78.8
2 kez	11	12.9
3 kez ve üzeri	7	7.3
Küretaj Öyküsü	n:334	
Var	92	27.5
Yok	242	72.4

Çizelge 4.1.2.1. (Devam)	SAYI	%
Küretaj Sayısı	n:92²	
1 kez	55	59.7
2 kez ve üzeri	37	40.3
ki ve Üzeri Küretaj Yapma Nedeni	n:37³	
Ba ka çocuk istemiyordum	11	29.7
Maddi zorluklar	19	51.3
ki do um arasındaki süreyi uzatmak	4	10.8
Doktor tavsiyesi/sa lık nedenleri	6	16.2
E im istemiyordu	4	10.8
Di er ⁴	3	8.1

¹Hiç gebe kalmayan 19 ki i vardır, yüzdeler n'e göre alınmıştır.

²Bu soruya cevap verenlerin sayısıdır. Yüzdeler n de erine göre hesaplanmıştır.

³Kadınlar birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler n'e göre hesaplanmıştır.

⁴"Gebeli in evlilik dı ı olması (2)" ve "cinsiyeti planlamak için (1)" ifadeleri di er seçene i içinde yer almaktadır.

Çizelge 4.1.2.2. Kadınların Do urganlık Özelliklerine Yönelik Bazı Verilerin Da ılımı

DO URGANLIK ÖZELLİKLER	n	min	max	ortanca	ort±ss
İlk Gebelik Ya ı	315	13	32	20	20.2±3.3
Gebelik Sayısı	316	1	13	3	2.9±1.3
Son Gebelik Aralı ı	261	1	6	2	2.1±1.6
Canlı Do um Sayısı	302	1	11	2	2.2±1.0
Ya ayan Çocuk Sayısı	298	1	11	2	2.0±1.0
Dü ünülen deal Çocuk Sayısı	334	1	8	2	2.5±0.8
Kendili inden Dü ük Sayısı	85	1	6	1	1.2±0.4
Küretaj Sayısı	92	1	6	1	1.5±0.7

Çizelge 4.1.2.1'de kadınların do urganlık özelliklerinin da ılımı yer almaktadır. Ara tırmaya katılan kadınların %15.2'sinin 18 ya ından önce, %53.0'ünün ise 18-22 ya aralı ında, di er bir ifade ile adolesan dönemde ilk gebeli ini ya adı ı görülmektedir. Kadınların ilk gebelik ya ı ortalaması 20.2±3.3'dir (Çizelge 4.1.2.2).

Gebelik ve canlı do um sayıları incelendi inde, kadınların %59.2'sinin üç ve daha fazla sayıda gebelik geçirdi i ve %37.0'sinin iki ve

üzerinde canlı doğum yaptı ı saptanmı tır. Kadınların son gebelik aralı ının %52.5 ile 2 yıl ve üzerinde oldu u ifade edilmi tir. Ayrıca kadınların ortanca gebelik sayısı 3 iken, canlı doğum sayı 2 olarak dikkat çekmektedir (Çizelge 4.1.2.2).

Kadınların yarısından fazlası (%62.7) 2 ve altında ya ayan çocu a sahiptir. Ya ayan çocuk sayısının ortanca de eri 2 olarak saptanmı tır (Çizelge 4.1.2.2). Kadınların %78.5'inin erkek, %75.1'inin ise kız çocu a sahip oldukları belirlenmi tir. Dü ünülen ideal çocuk sayısı incelendi inde; %56.9'unun ideal çocuk sayısını 2 olarak belirtti i ve ideal çocuk sayısı ortancasının 2 (Çizelge 4.1.2.2) oldu u bulunmu tur. Bununla birlikte, kadınların yarısından fazlası (%53.6) bu çocukların cinsiyetinin her iki cinsiyetten olmasını ifade ederken, %37.1'si de cinsiyetin fark etmedi ini belirtmi tir.

Ara tırma kapsamına alınan kadınların küretaj ve kendilili inden dü ük yapma durumları incelendi inde; tüm kadınların %25.4'ünün kendili inden dü ük, %27.5'inin ise küretaj öyküsüne sahip oldu u dikkat çekmektedir. Kendili inden dü ük yapan kadınların %78.8'i bir kez dü ük yaptı ını belirtirken, küretaj yapan kadınların %40.3'ünün 2 ve üzerinde küretaj olduklarını ifade ettikleri saptanmı tır. Kendili inden dü ük sayısı ile küretaj sayısının ortanca de erlerinin ise 1 oldu u dikkati çekmektedir (Çizelge 4.1.2.2).

Kadınların iki ve üzeri küretaj olma nedenleri incelendi inde; ilk üç sırada maddi zorluklar (%51.3), ba ka çocuk istememe (%29.7) ve doktor tavsiyesi/sa lık nedenleri (%16.2) yer almaktadır.

Çizelge 4.1.3 Kadınların Cinsel İlişki Özelliklerinin Dağılımı

CİNSEL İLİŞKİ ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
İlk Cinsel İlişki Yaşı	n:334	
12-16	34	10.2
17-21	199	59.5
22-26	80	24.0
27-31	21	6.3
İlk Cinsel İlişki Yaşı Ortalaması (ort±ss):	19.9±6.0	
İlk Cinsel İlişkide Yöntem Kullanma		
Kullandım	75	22.5
Kullanmadım	259	77.5
İlk Cinsel İlişkide Kullanılan Yöntem	n:75¹	
Hap	14	18.6
Geri çekme	6	8.0
Kondom	52	69.4
Hazne yıkama	3	4.0
Kadının istemediği Halde Erişiminin Cinsel İlişkide Bulunma Durumu	n:332²	%
Evet	71	21.5
Hayır	261	78.5

¹ İlk cinsel ilişki sırasında yöntem kullananların sayısıdır. Yüzdeler n değerine göre hesaplanmıştır.

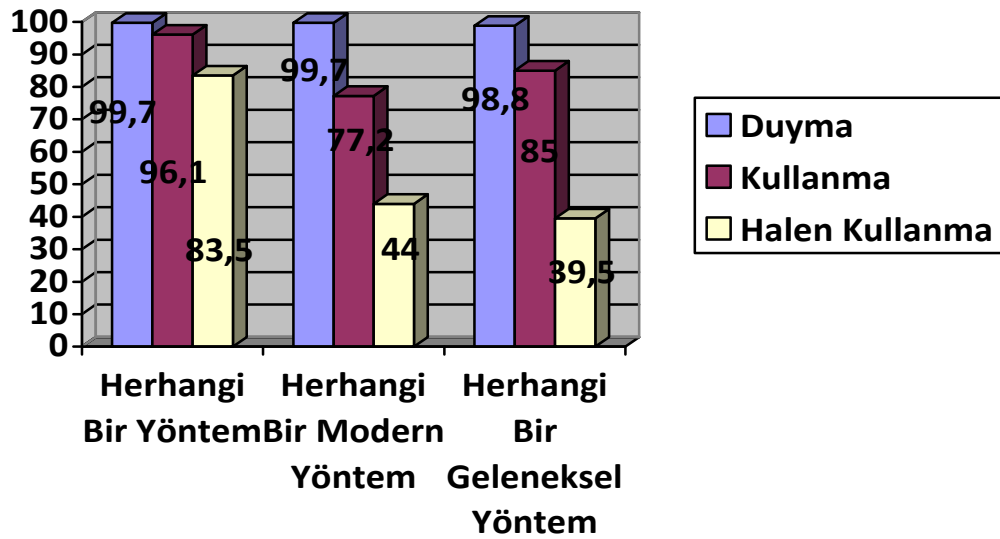
² Bu soruya yanıt verenlerin sayısıdır. Yüzdeler n değerine göre hesaplanmıştır.

Çizelge 4.1.3'de kadınların cinsel ilişki özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgularının dağılımı yer almaktadır. Çizelge'de görüldüğü gibi, kadınların yarısından fazlasının (%59.5) ilk cinsel ilişkiye 17-21 yaş grubunda girdiği ve ilk cinsel ilişki yaşının ortalama 19.9±6.0 olduğu bulunmuştur.

Kadınların ilk cinsel ilişki sırasında yöntem kullanma durumlarını incelediğimizde; %77.0'sinin yöntem kullanmadığı ve yöntem kullananların %70.1'inin kondom, %18.2'sinin ise doğum kontrol hapını tercih ettiği belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %21.3'ü kendisi istemediği halde erişiminin cinsel ilişki içinde bulunduğunu ifade ettiği belirlenmiştir.

4.2. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanma Özelliklerine İlişkin Bulgular

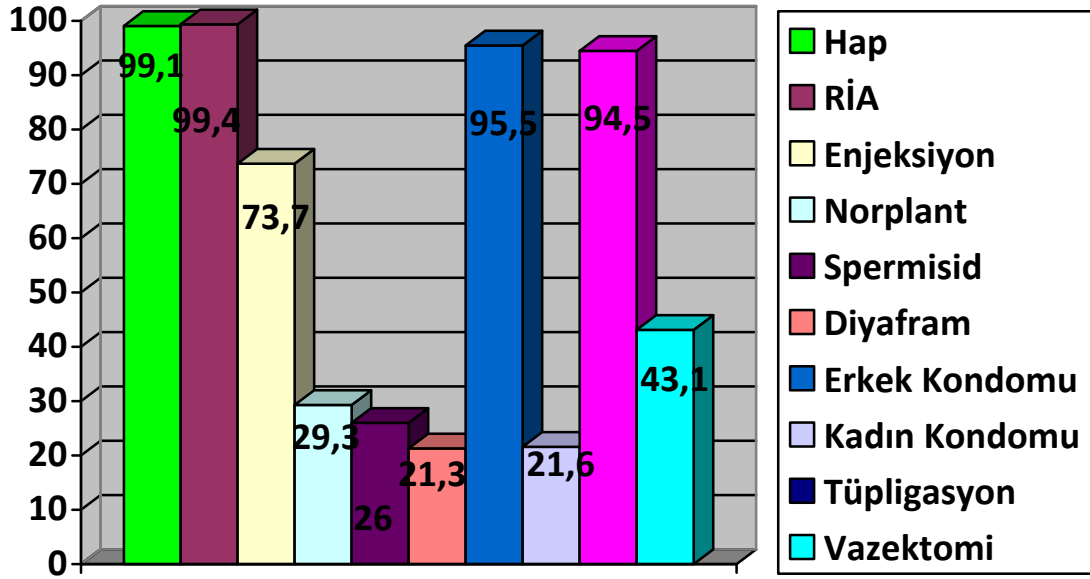
Grafik 4.2.1. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Duyma, Kullanma ve Halen Yöntem Kullanma Durumlarının Dağılımı (n: 334)*



*Kadınlar birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Grafik 4.2.1'de kadınların aile planlaması yöntemlerini duyma, kullanma ve halen kullanma durumlarına yönelik bulgularının dağılımı yer almaktadır. Kadınların %99.7'si herhangi bir yöntem duyduğunu, %96.1'i herhangi bir yöntem kullandığını ve %83.5'i de halen herhangi bir yöntem kullandığını belirtmiştir. Kadınların %99.7'si en az bir modern, %98.8'i ise en az bir geleneksel aile planlaması yöntemi duyduğunu ifade etmiştir. Kadınların şimdiye kadar kullandığı yöntemleri incelediğimizde; %77.2'sinin herhangi bir modern yöntem ve %85.0'inin ise herhangi bir geleneksel yöntem kullandığı bulunmuştur. Bunun yanında, kadınların halen kullandığı yöntem incelendiğinde; %44.0'sinin herhangi bir modern yöntem, %39.5'inin herhangi bir geleneksel yöntem kullandığı ve %16.5'inin ise şu anda yöntem kullanmadığını belirlenmiştir.

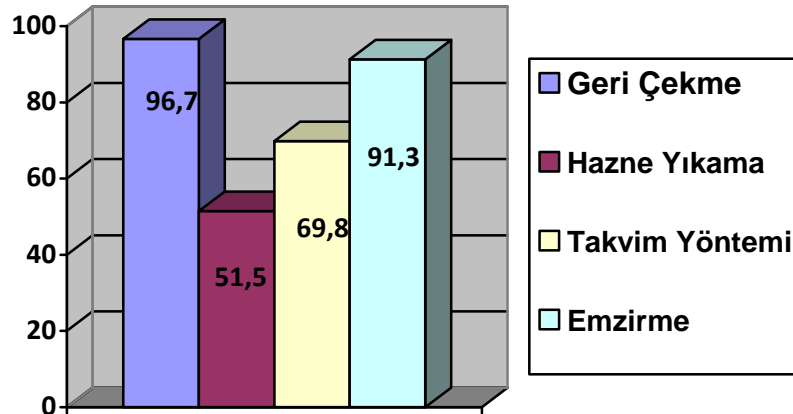
Grafik 4.2.2. Kadınların Duydukları Modern Yöntemlerin Dağılımı (n:334)*



*Kadınlar birden fazla cevap vermişlerdir. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Kadınların duydukları modern yöntemlerin dağılımı Grafik 4.2.2'de yer almaktadır. En fazla duyulan modern yöntemlerin ilk üç sırasını RiA (%99.4), doğum kontrol hapları (%99.1) ve erkek kondomu (%95.5) olmaktadır (Grafik 4.2.2). En az duyulan yöntemlerin ise diyafram (%21.3) ile kadın kondomu (%21,6) olduğu ifade edilmiştir.

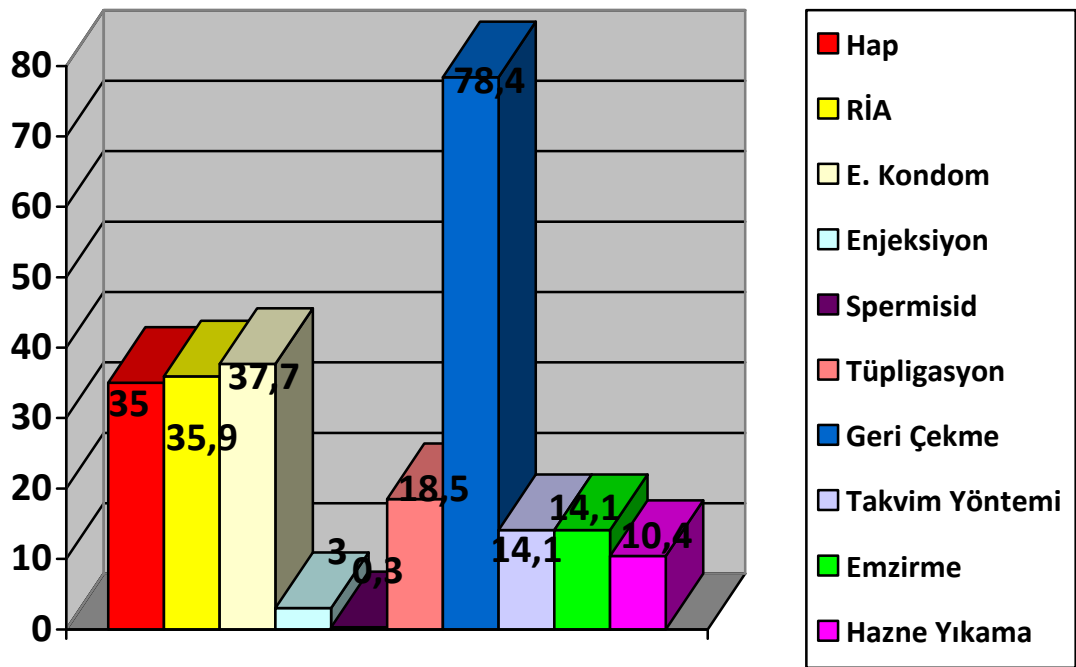
Grafik 4.2.3. Kadınların Duydukları Geleneksel Yöntemlerin Dağılımı (n:334)*



*Kadınlar birden fazla cevap vermişlerdir. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Grafik 4.2.3'de kadınların duydukları geleneksel yöntemlerin da ılımı yer almaktadır. Geleneksel yöntemlerden en fazla duyulan yöntemlerin geri çekme (%96.7) ile emzirme (%91.3) yöntemlerinin oldu u dikkat çekmektedir (Grafik 4.2.3). En az duyulan yöntemin ise %51.5 ile hazne yıkama oldu u ifade edilmi tir.

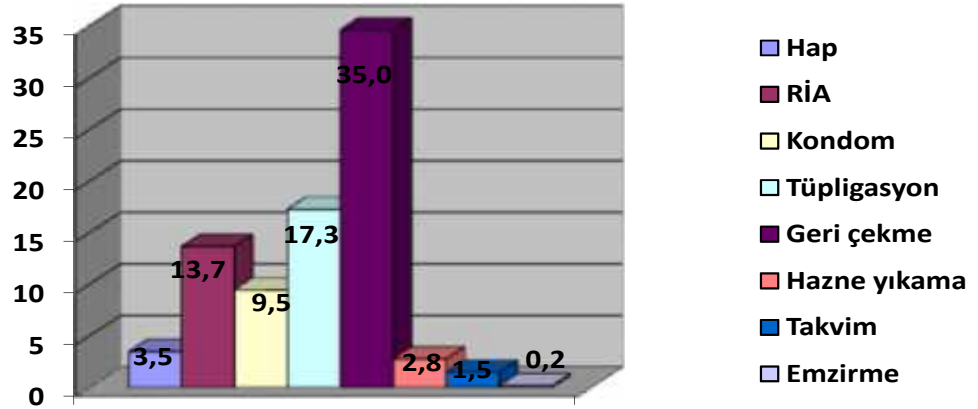
Grafik 4.2.4. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Yüzde Da ılımı (n:334)*



*Kadınlar birden fazla cevap vermi tir. Yüzdeler n üzerinden alınımı tir.

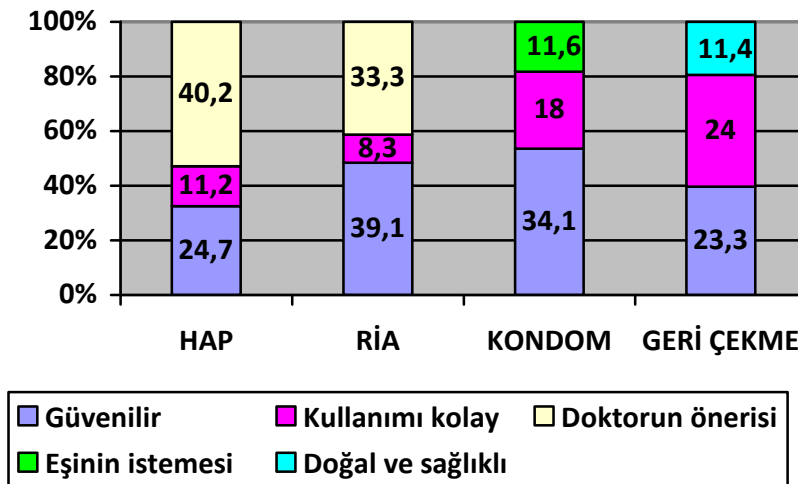
Grafik 4.2.4'de kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin da ılımı yer almaktadır. Kullanılan modern yöntemlerden ilk sırayı erkek kondomu (%37.7) alırken, RiA (%35.9) ikinci ve hap da (%35.0) üçüncü sırayı almı tır. En fazla kullanılan geleneksel yöntemin ise geri çekme (%78.4) yöntemi oldu u saptanımı tır. Enjeksiyon (%3.0) ile spermisid (%0.3) yöntemlerinin ise en az kullanılan yöntemler oldu u dikkat çekmektedir.

Grafik 4.2.5. Kadınların Halen Kullandıkları Yöntemlerin Yüzde Dağılımı (n:334)



Grafik 4.2.5'de kadınların halen kullandıkları yöntemlerin yüzde dağılımı yer almaktadır. Halen en fazla kullandıkları modern yöntemler incelendi inde; ilk sırayı tüpligasyon (%17.3), ikinci sırayı RiA (%13.7) ve üçüncü sırayı ise erkek kondomu (%9.5) almaktadır. Geleneksel yöntem kullananların ise en fazla geri çekme yöntemini (%35.0) tercih etti i belirlenmiştir. Ayrıca modern yöntemlerden hapın (%3.5), geleneksel yöntemlerden ise emzirme yönteminin (%0.2) halen en az kullanılan yöntemleri oldu u görülmektedir.

Grafik 4.2.6. Kadınların En Fazla Kullandıkları Yöntemlerin Tercih Edilme Nedenlerinin Yüzde Dağılımı



Kadınların en fazla kullandıkları yöntemlerin tercih edilme nedenlerinin dağılımı Grafik 4.2.6'da yer almaktadır. Modern yöntemlerden en çok kullanılan erkek kondomunun tercih edilme nedenlerinde; %34.1 ile güvenilir, %18.0 ile kullanımı kolay ve %11.6 ile ekinin istemesi yer almaktadır. Modern yöntemlerden ikinci sırada yer alan RA'nın tercih edilme nedenlerini incelediğimizde; %39.1 ile güvenilir olması, %33.3 ile doktor önerisi ve %8.3 ile kullanımının kolay olması ifadeleri belirlenmiştir. Kullanılan modern yöntemler içinde üçüncü sırada yer alan doğum kontrol haplarının tercih edilme nedenleri incelendiğinde ise, ilk üç sırayı doktor önerisi (%40.2), güvenilir bulunması (%24.7) ve kullanımının kolay olması (%11.2) ifadeleri oluşturmaktadır.

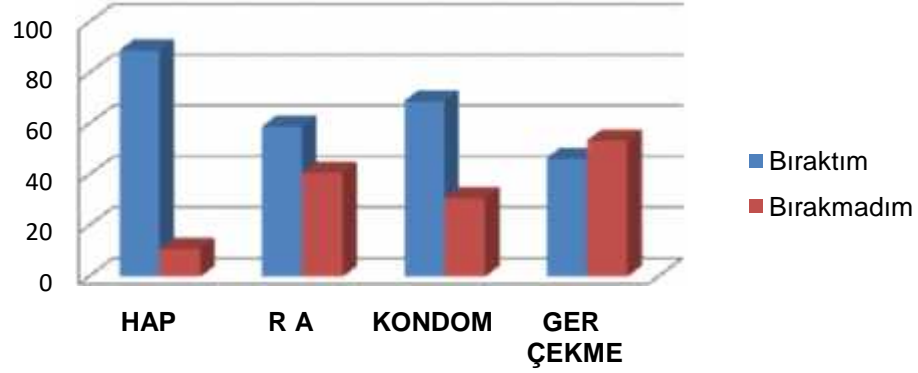
Geleneksel yöntemler içinde en fazla kullanılan geri çekme yönteminin tercih edilme nedenleri incelendiğinde; kullanımının kolay olması (%24), yöntemin güvenilir bulunması (%23.3) ve ekinin istemesi (%10.3) ifadeleri yer almıştır.

Görüldüğü gibi Grafik 4.2.6'da kadınların sadece en fazla kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin tercih edilme nedenlerine yer verilmiştir. Kadınların şu ana kadar kullandıkları tüm yöntemlerin tercih edilme nedenleri Ek 4'de yer almaktadır.

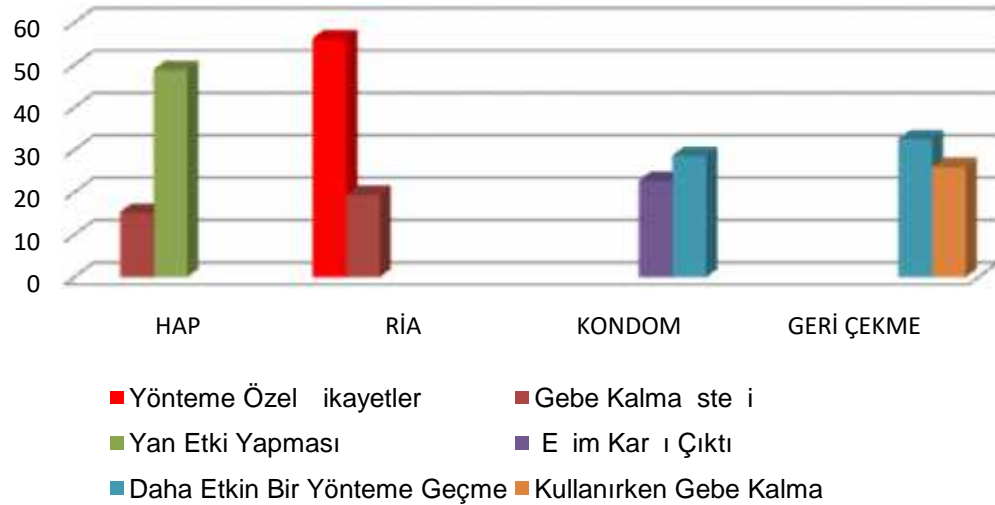
Kadınların şu ana kadar kullandıkları yöntemleri kullanma sürelerinin dağılımı Çizelge 4.2.7'de verilmiştir. Kadınların %40.6'sı erkek kondomunu, %33.4'ü ise hapları 3 aydan daha kısa süre kullandığını ifade etmiştir. Bunun yanında, kadınların %69.1'inin RA'yı, %80.0'inin tüpligasyonu ve %58.1'inin ise geri çekme yöntemini 2 yıl ve üzerinde kullandığını saptanmıştır.

Çizelge 4.2.7.

Grafik 4.2.8.1. Kadınların En Fazla Kullandıkları Yöntemleri Bırakma Durumlarının Dağılımı



Grafik 4.2.8.2. Kadınların En Fazla Kullandıkları Yöntemlerin İlk İki Bırakma Nedenlerinin Dağılımı



Kadınların en fazla kullandıkları yöntemleri bırakma durumlarının dağılımı Grafik 4.2.8.1'de ve bu yöntemlerin ilk iki bırakma nedenlerinin dağılımı Grafik 4.2.8.2'de yer almaktadır. En fazla kullanılan modern yöntemlerden erkek kondomunu kullanan kadınların %69.0'u yöntemi bıraktığını belirtmekte (Grafik 4.2.8.1) ve bırakma nedenlerini en fazla daha etkin bir yönteme geçme (%28.8) ile evinin karısı çıkması (%22.9) ifadeleri olmaktadır (Grafik 4.2.8.2). RA'yı kullanan kadınların yarısından

fazlasının (%59.0) yöntemi bıraktı ı (Grafik 4.2.8.1) ve bırakma nedenlerinin de en fazla yönteme özel ikayetler (%56.4) ile gebe kalmayı isteme (%19.7) oldu u saptanmı tır (Grafik 4.2.8.2). Do um kontrol haplarını kullanan kadınların %89.0'unun yöntemi bıraktı ı dikkati çekmektedir (Grafik 4.2.8.1). Bununla birlikte hapi bırakma nedenlerinin en fazla yan etki yapması (%49.0) ve gebe kalmayı isteme (%15.4) nedenlerinin oldu u belirlenmi tir (Grafik 4.2.8.2).

Geleneksel yöntemlerden geri çekme yöntemini kullanan kadınların %53.5'nin yöntemi kullanmaya devam etti i dikkat çekmektedir (Grafik 4.2.8.1). Yöntemi bırakan kadınların ise bırakma nedenlerinin ilk iki sırasını, daha etkin bir yönteme geçmeyi istemesi (%32.7) ve kullanırken gebe kalması (%26.2) ifadeleri olu turmaktadır (Grafik 4.2.8.2).

Görüldü ü gibi Grafik 4.2.8.1 ile Grafik 4.2.8.2'de kadınların sadece en fazla kullandıkları aile planlaması yöntemlerini bırakma durumları ile bırakma nedenlerine yer verilmi tir. Kadınların u ana kadar kullandıkları tüm yöntemleri bırakma durumları ile bırakma nedenlerinin da ılımı Ek 5'de yer almaktadır.

Kadınların aile planlaması yöntemlerine karar verme, ula ma, bilgi alma ve bilgi almak istedikleri kaynaklarına ili kin verilerinin da ılımı Çizelge 4.2.9'da yer almaktadır. Kadınların en son kullandıkları yönteme karar veren ki iler yönünden inceledi inde; %61.3'ünün e i ile birlikte, %21.5'inin ise kendisinin karar verdi i belirlenmi tir. Kadınların %86.2'sinin u ana kadar aile planlaması yöntemlerine ili kin bilgi aldıkları saptanmı tır. Bilgileri aldıkları kaynaklar incelendi inde; sırasıyla ilk üç sırayı arkada /kom u/akraba (%51.0), özel klinik doktoru (%37.5) ve basın yayın araçları (%23.9) olu turmaktadır. Kadınların u ana kadar kullandıkları yönteme ula ma yerleri incelendi inde, %39.6'sının özel kliniklerden ve %37.7'sinin eczanelerden yöntemlere ula tı ı belirlenmi tir.

Çizelge 4.2.9. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine Karar Verme, Ulaşma, Bilgi Alma ve Bilgi Almak İstedikleri Kaynaklara İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	SAYI	%
En Son Kullandığı Yönteme Karar Veren Kişisi (n:279¹)		
Kendim	60	21.5
Eşim	12	4.3
Eşimle birlikte	171	61.3
Doktor/Sağlık Personeli ile birlikte	36	12.9
Yönteme İlişkin Bilgi Alma (n:334)		
Bilgi alan	288	86.2
Bilgi almayan	46	13.8
Bilgi Alma Kaynakları (n:288¹)		
Sağlık Kuruluşu	24	8.3
Arkadaş/Konuşma/Akrabadan	147	51.0
Eczaneden	5	1.7
Basın yayın araçlarından	69	23.9
İnternette	22	7.6
Okulda eğitim	7	2.4
Özel klinik doktorundan	108	37.5
Hemşirelerden	13	4.5
Yöntemlere Ulaşma Yeri (n:310¹)		
Hastaneden	29	9.3
Sağlık Ocağından	23	7.4
Özel Klinikten	123	39.6
Eczaneden	117	37.7
Marketten	18	6.0
Bilgi Almak İstediği Kaynak (n:334²)		
Doktorlar	122	36.3
Ebe ve Hemşireler	31	9.1
Aile Planlaması Danışmanlık Bölümü	275	82.2
Halka Açık Seminerler	5	1.4
İnternet	2	0.5
Hepsi	8	2.3
Yönteme İlişkin Bilgi Almak İstediği Dönem (n:334)²		
İlkokulda	26	7.7
Ortaokulda	142	42.5
Lisede	86	25.7
Evlilikten önce	56	16.7
Evlilik döneminde	34	10.1
Doğumdan hemen sonra	8	2.2
Her dönemde	4	1.1

¹ Soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n'e göre hesaplanmıştır.

² Birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n'e göre hesaplanmıştır.

Kadınların 'aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgileri nereden ve kimler tarafından almak istersiniz' sorusuna %82.2 ile aile planlaması danı manlık bölümü ifadesi olarak cevabı alınmıştır. Ayrıca kadınların aile planlaması yöntemleri konusunda en uygun bilgi almak istedikleri dönemler sorulduğunda; %68.2'sinin ortaokul ve lise döneminde, %15.7'sinin ise evlilikten önce cevabını vermişlerdir.

4.3. Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörlere Yönelik Bulgular

Çizelge 4.3.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumunun Dağılımı (Satır Yüzdesi)

SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	YÖNTEM KULLANAN		YÖNTEM KULLANMAYAN		TOPLAM		ÖNEMLİ K TEST
	n:279	%	n:55	%	n:334	%	
Ya Grubu							
15-24	40	78.4	11	21.6	51	100.0	$\chi^2:11.5^*$ p=0.04
25-34	116	82.8	17	17.2	133	100.0	
35 ve üzeri	123	91.3	27	8.7	150	100.0	
Eğitim Düzeyi							
Okur yazar	14	73.7	5	26.3	19	100.0	LHR:3.43** p=0.52
İlkokul	102	81.0	24	19.0	126	100.0	
Ortaokul	62	84.9	11	15.1	73	100.0	
Lise	73	85.9	12	14.1	85	100.0	
Üniversite ve üzeri	28	90.3	3	9.7	31	100.0	
Eğitim Düzeyi¹							
İlkokul	115	82.1	25	17.9	140	100.0	$\chi^2:0.55^*$ p=0.84
Ortaokul	51	83.6	10	16.4	61	100.0	
Lise	83	85.6	14	14.4	97	100.0	
Üniversite ve üzeri	30	83.3	6	16.7	36	100.0	
Uyruk²							
KKTC	116	84.1	22	15.9	138	100.0	$\chi^2:1.40^*$ p=0.61
TC	40	89.9	5	11.1	45	100.0	
KKTC-TC	119	81.5	27	18.5	146	100.0	
Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	208	83.2	42	16.8	250	100.0	$\chi^2:0.08^{**}$ p=0.97
Çalışıyor	71	84.5	13	15.5	90	100.0	

Çizelge 4.3.1. (Devam)						
E Çalı ma Durumu						
Çalı mıyor	7	63.6	4	36.4	11	100.0
Çalı ıyor	272	84.2	51	15.8	327	100.0
						$\chi^2:1.91^{***}$ $p=0.68$
En Uzun Süre Ya anılan Bölge						
KKTC	241	85.2	42	14.8	283	100.0
Türkiye	38	74.5	13	25.5	51	100.0
						$\chi^2:5.56^*$ $p=0.04$
En Uzun Süre Ya anılan Bölge						
İ	20	77.0	6	23.1	26	100.0
İçe	31	77.5	9	22.5	40	100.0
Köy	228	85.0	40	40.0	268	100.0
						$\chi^2:2.57^*$ $p=0.53$
Gelir-Gider Düzeyi Algısı						
yi	78	82.1	17	17.9	95	100.0
Orta	167	83.9	32	16.1	199	100.0
Kötü	34	85.0	6	15.0	40	100.0
						$\chi^2:0.22^*$ $p=0.91$
Sosyal Güvence Durumu						
Var	71	83.5	14	16.5	85	100.0
Yok	208	83.5	41	16.5	249	100.0
						$\chi^2:0.00^*$ $p=0.99$
İk Evlenme Ya ı						
12-16	26	83.9	5	16.1	31	100.0
17-21	161	83.0	33	17.0	194	100.0
22-26	73	84.9	13	15.1	86	100.0
27-31	19	82.6	4	17.4	23	100.0
						LHR:0.02** $p=0.98$
Evlilik Süresi						
1 ay-5 yıl	63	80.8	15	19.2	78	100.0
6-10 yıl	50	84.7	9	15.3	59	100.0
11-15 yıl	59	89.4	7	10.6	66	100.0
16 yıl ve üzeri	102	81.0	24	19.0	126	100.0
						$\chi^2:2.70^*$ $p=0.43$
Aile Tipi						
Geni aile	31	73.8	11	26.2	42	100.0
Çekirdek aile	248	84.9	44	15.1	252	100.0
						$\chi^2:5.30^*$ $p=0.04$

¹Okur yazar olmayan ve olanlar analiz için ilkokul mezunu seçene i içinde yer almaktadır.

²Di er seçene i (5 ki i) analiz dı ı bırakılmı tır.

* Pearson ki kare testi sonucudur.

** Likelihood ratio de eri alınmı tır.

*** Fisher exact testi sonucudur.

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre herhangi bir aile planlaması yöntem kullanma durumunun dağılımı Çizelge 4.3.1'de verilmiştir. Kadınların yaş grubuna göre yöntem kullanma durumu incelendiğinde, 15-24

ya grubu kadınların yöntem kullanımı %78.4 iken 35 ya ve üzerinde %91.3'tür. Ya grubunun artması ile yöntem kullanım sıklı ıda artmaktadır. Kadınların okur yazar olanların yöntem kullanımı %73.7 iken üniversite ve üzeri olanların %90.3'dür. E itim düzeyinin artması ile kadınların yöntem kullanma sıklı ının arttı ı dikkati çekmektedir. Kadınların e lerinin e itim düzeyi ile yöntem kullanma durumu incelendi inde, ilkokul mezunlarının %82.1'i, üniversite ve üzerinde e itim alanların %83.3'ü herhangi bir yöntem yöntem kullanmaktadır.

KKTC uyruklu kadınların %84.1'i, KKTC-TC uyruklu olanların %81.5'i, TC uyrukluların %89.9'u herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Çalı mayan kadınların %83.2'sinin herhangi bir yöntem kullandı ı bulunurken, çalı anların %84.5'inin herhangi bir yöntem kullandı ı bulunmu tur. Kadınların e lerinin çalı ma durumu ile herhangi bir yöntem kullanma durumu incelendi inde; e leri çalı an kadınların %84.2'sinin yöntem kullandı ı saptanırken, e leri çalı mayanların %63.6'sının yöntem kullandı ı bulunmu tur.

Çizelgede kadınların en uzun ya adı ı bölgeye göre yöntem kullanma durumu incelendi inde; en uzun süre köyde ya ayanların %85.0'u herhangi bir yöntem kullanırken, il ve ilçede ya ayanların yöntem kullanımı sırasıyla %77.0 ve %77.5'dir. Ayrıca en uzun süre KKTC'nde ya ayan kadınların %85.2'si herhangi bir yöntem kullanmakta iken, Türkiye'de ya ayanların %74.5'i herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Kadınların ekonomik durumlarına yönelik ifadelerine göre herhangi bir yöntem kullanma durumu incelendi inde; ekonomik durumu iyi düzeyde olarak ifade edenlerin %82.1'inin, orta düzeyde ifade edenlerin %83.9'unun ve kötü düzeyde olarak ifade edenlerin ise %85.0'inin yöntem kullandı ı saptanmı tır.

Kadınların ilk evlilik ya ına göre yöntem kullanma durumları incelendi inde; her ya grubunda evlenen kadınların yöntem kullanma sıklı ının %80'in üzerinde oldu u belirlenmi tir. Evlilik süresi 1 ay-5 yıl olan kadınların %80.8'inin yöntem kullandı ı belirlenirken, 11-15 yıl evli olanların

%89.4'ünün yöntem kullandı ı belirlenmi tir. Kadınların aile tipine göre yöntem kullanma durumu incelendi inde; çekirdek aile yapısına sahip olan kadınların %84.9'unun, geni aile yapısına sahip olanların ise %73.8'inin herhangi bir yöntem kullandı ı saptanmı tır.

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanma durumları istatistiksel olarak incelendi inde; kadınların ve e lerinin e itim düzeyi ile çalı ma durumu, uyrukları, en uzun ya adıkları bölge (il, ilçe, köy), gelir gider durumu, sosyal güvence durumu, ilk evlilik ya ı ve evlilik süresi ile herhangi bir yöntem kullanma durumu bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunurken, ($p>0.05$), kadınların ya grubu, en uzun süre ya adıkları bölge (KKTC, TC) ve aile tipi ile yöntem kullanma durumu arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmu tur.

Çizelge 4.3.2. Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumunun Da ılımı (Satır Yüzdesi)

DO ÜRGANLIK ÖZELLİKLERİ	YÖNTEM KULLANAN n:279 %	YÖNTEM KULLANMAYAN n:55 %	TOPLAM n:334 %	ÖNEMLİLİK TEST
İk Gebelik Ya ı				
13-17 ya	39 81.2	9 18.8	48 100.0	$\chi^2: 2.93^*$ $p=0.11$
18-22 ya	146 87.4	21 12.6	167 100.0	
23 ve üzeri	80 80.0	20 20.0	100 100.0	
Gebelik sayısı				
1	42 76.4	13 23.6	55 100.0	$\chi^2: 4.67^*$ $p=0.04$
2	64 86.5	10 13.5	74 100.0	
3	75 89.3	9 10.7	84 100.0	
4 ve üstü	85 82.5	18 17.5	103 100.0	
Canlı doğum sayısı				
1	60 85.7	10 14.3	70 100.0	LHR: 17.6** $p=0.01$
2	104 87.4	15 12.6	119 100.0	
3	64 82.1	14 17.9	78 100.0	
4 ve üstü	31 88.5	4 11.5	35 100.0	

Çizelge 4.3.2. (Devam)							
Ya ayan çocuk sayısı							
1	58	85.3	10	14.7	68	100.0	LHR:21.31** p=0.00
2	105	88.2	14	11.8	119	100.0	
3	62	82.7	13	17.3	75	100.0	
4 ve üstü	33	91.6	3	8.4	36	100.0	
Ya ayan çocukların cinsiyeti							
Kız	52	81.2	12	18.8	64	100.0	x ² : 21.48* p=0.00
Erkek	68	91.9	6	8.1	74	100.0	
Her iki cins	138	86.2	22	13.8	160	100.0	
deal Çocuk Sayısı							
1	11	84.6	2	15.4	13	100.0	LHR: 1.51** p=0.22
2	159	83.7	31	16.3	190	100.0	
3	68	86.1	11	13.9	79	100.0	
4 ve üstü	41	78.8	11	21.2	52	100.0	
deal Çocuk Cinsiyeti							
Kız	18	85.7	3	14.3	21	100.0	LHR:2.68** p=0.11 ²
Erkek	9	90.0	1	10.0	10	100.0	
Kız-erkek	154	86.0	25	14.0	179	100.0	
Fark etmez	98	79.0	26	21.0	124	100.0	
Dü ük Öyküsü							
Var	68	80.0	17	20.0	85	100.0	x ² :1.03* p=0.28
Yok	211	84.7	38	15.3	249	100.0	
Kendili inden Dü ük Sayısı							
1 kez	54	83.1	11	16.9	65	100.0	x ² : 1.63* p=0.21
2 kez ve üzeri	14	70.0	6	30.0	20	100.0	
Küretaj Öyküsü							
Var	67	70.5	28	29.5	95	100.0	x ² :1.08* p=0.27
Yok	135	56.5	104	43.5	239	100.0	
Küretaj Sayısı							
1 kez	47	85.5	8	14.5	55	100.0	x ² : 1.83*** p=0.18
2 kez ve üzeri	33	89.1	4	10.9	37	100.0	

* Pearson ki kare testi sonucudur.

** Likelihood ratio de eri alınmı tır.

*** Fisher exact testi sonucudur.

Çizelge 4.3.2.'de kadınların doğurganlık özelliklerine göre herhangi bir yöntem kullanma durumunun dağılımı yer almaktadır. Kadınların her ilk gebelik yaş gruplarında herhangi bir yöntem kullanım sıklığının %80'in üzerinde olduğu saptanmıştır. Kadınların gebelik sayılarına göre yöntem kullanma durumu incelendiğinde; gebelik sayısının 3'e kadar olan (%89.3) kadınlarda herhangi bir yöntem kullanım sıklığı giderek artarken ve 4 ve üstünde gebelik geçiren kadınlarda biraz (%82.5) azalma göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların canlı doğum sayısına göre herhangi bir yöntem kullanma durumu incelendiğinde; canlı doğum sayısının artması ile herhangi bir yöntem kullanımında bir artış olduğu dikkat çekmektedir. Canlı doğum sayısı 1 olan kadınların yöntem kullanımı %85.7 iken 4 ve üzerinde olanların %88.5'dir. Kadınların yaşıyla çocuk sayısına göre herhangi bir yöntem kullanma durumu incelendiğinde; yaşla 1 çocuğa sahip olan kadınların yöntem kullanımının %85.7, 4 ve üzerinde olanların ise %91.6 olduğu belirlenmiştir. Kadınların ideal çocuk sayısına göre yöntem kullanma durumu incelendiğinde ise; ideal çocuk sayısını 1 olarak ifade eden kadınların %84.6'sı, 4 ve üzeri olarak belirten kadınların ise %78.8'i herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Bunun yanında yaşla çocukların cinsiyetine göre yöntem kullanma durumunu incelendiğinde, kız çocuğa sahip olan kadınların herhangi bir yöntem kullanım sıklığının %81.3, erkek çocuğa sahip olanların ise %91.9 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ideal çocuk cinsiyetinin kız olmasını isteyenlerin %85.7'si, erkek olmasını isteyenlerin ise %90.0'ı herhangi bir yöntem kullanmaktadır.

Kadınların kendiliğinden düşük öyküsüne göre herhangi bir yöntem kullanma durumu incelendiğinde; düşük öyküsü olanların %80.0'i, olmayanların ise %84.7'si herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Bir kez düşük yapan kadınların %83.1'inin, 2 ve üzerinde düşük yapan kadınların ise %70.0'inin herhangi bir yöntem kullandığı bulunmuştur. Kadınların küretaj yapma durumuna göre yöntem kullanımı incelendiğinde; küretajı olan kadınların yöntem kullanımı %70.5 iken, olmayanların %56.5'dir. Bununla

birlikte, 1 kez küretajı olan kadınların yöntem kullanım sıklığı %85.5, 2 ve üzeri küretajı olanların ise %89.1'dir.

Kadınların doğurganlık özelliklerine göre aile planlaması yöntemini kullanma durumları istatistiksel olarak incelendiğinde; gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaayan çocuk sayısı ve yaayan çocukların cinsiyeti ile yöntem kullanma durumları yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) bulunurken, ilk gebe kalma yaarı, ideal çocuk sayısı, ideal çocuk cinsiyeti, kendiliğinden düşük ile küretaj yapma durumu, kendiliğinden düşük ve küretaj sayısı bakımından gruplar arası fark anlamsız ($p > 0.05$) bulunmuştur.

Çizelge 4.3.3. Kadınların Cinsel İlişki Özelliklerine ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi Alma Durumuna Göre Yöntem Kullanma Durumunun Dağılımı (Satır Yüzdesi)

CİNSEL İLİŞKİ ÖZELLİKLERİ	YÖNTEM KULLANAN n:279 %	YÖNTEM KULLANMAYAN n:55 %	TOPLAM n:334 %	ÖNEMLİLİK TESTİ
İlk Cinsel İlişki Yaşı				
12-16 ya	29 85.2	5 14.8	34 100.0	$\chi^2:0.33^*$ $p=0.60$
17-21 ya	165 82.9	34 17.1	199 100.0	
22 ve üzeri	85 84.1	16 15.9	101 100.0	
İlk Cinsel İlişkide Yöntem				
Kullanan	62 82.7	13 17.3	75 100.0	$\chi^2:0.05^*$ $p=0.86$
Kullanmayan	217 83.8	42 16.2	259 100.0	
İlk Cinsel İlişkide Kullanılan Yöntem				
Modern	16 76.2	5 23.8	21 100.0	$\chi^2:0.85^*$ $p=0.45$
Geleneksel	46 85.2	8 14.8	54 100.0	
Cinsel İlişkide Taciz				
Evet	60 85.5	11 15.5	71 100.0	$\chi^2:0.06^*$ $p=0.82$
Hayır	219 83.3	44 16.7	263 100.0	
Bilgi Alma Durumu				
Almadım	32 69.5	14 30.5	46 100.0	$\chi^2:7.26^*$ $p=0.01$
Aldım	247 85.7	41 14.3	288 100.0	

* Pearson ki kare testi sonucudur.

Çizelge 4.3.3'de kadınların cinsel ili ki özelliklerine göre aile planlaması yöntemini kullanma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Kadınların ilk cinsel ili ki ya ı 12-16 ya aralı nda iken yöntem kullanım sıklı ı %85.2, 17-21 ya aralı nda ise %82.9 olarak belirlenmiştir. İlk cinsel ili kisinde yöntem kullanan ve kullanmayanların u anda yöntem kullanma durumu sırasıyla %82.7 ile %83.8 olarak belirlenmiştir. İlk cinsel ili kisinde modern yöntem kullananların %76.2'si, geleneksel yöntem kullananların %85.2'si u anda herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Ayrıca cinsel ili kide tacize u rayan kadınların %85.5'inin, u ramayanların ise %83.3'ünün herhangi bir yöntem kullandı ı saptanmıştır. Kadınların aile planlaması yöntemlerine ili kin bilgi alma durumuna göre herhangi bir yöntem kullanma durumu incelendi inde; yöntemlere ili kin bilgi almayanların yöntem kullanım sıklı ı %69.5 iken, bilgi alanların %85.7'dir.

Çizelge'deki kadınların cinsel ili ki özelliklerine göre herhangi bir yöntem kullanımı istatistiksel olarak incelendi inde; ilk cinsel ili ki ya ı, ilk cinsel ili kide yöntem kullanma durumu, ilk cinsel ili kide kullanılan yöntem çe idi, cinsel ili kide taciz olma durumu ile herhangi bir yöntem kullanma durumu bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmu tur. Kadınların AP yöntemlerine ili kin bilgi alma durumu ile herhangi bir yöntem kullanımı arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmu tur.

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin dağılımı Çizelge 4.3.4.'de yer almaktadır. Ara tırma kapsamına alınan kadınlarda ya arttıkça modern yöntem kullanım sıklı ı artmaktadır. 15-24 ya grubu kadınların geleneksel yöntem kullanımı %70.0 iken, 35 ve üzeri kadınlarda %33.4 olarak belirlenmiştir. Kadınların e itim düzeyine göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin dağılımı incelendi inde; okur yazar olanların %71.4'ünün modern yöntemi, üniversite ve üzeri e itim alanların %57.2'sinin ise geleneksel yöntemi kullanmaları dikkati çeken bir bulgu olarak kar ımıza çıkmaktadır. Kadınların e lerinin e itim düzeyi ile halen kullandıkları modern ve

geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde, ilkokul mezunlarının %58.0'i ile üniversite ve üzerinde e itim alanların %43.3'ü modern yöntem kullanmaktadır.

Çizelge 4.3.4. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Halen Kullandıkları Modern ve Geleneksel Yöntemlerin Da ılımı (Satır Yüzdesi)

SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	KULLANILAN MODERN		YÖNTEM GELENEKSEL		TOPLAM		ÖNEMLİ K TEST
	n:147	%	n:132	%	n:279	%	
Ya Grubu							
15-24	12	30.0	28	70.0	40	100.0	$\chi^2:20.18^*$ p=0.001
25-34	53	45.6	63	54.4	116	100.0	
35 ve üzeri	82	66.6	41	33.4	123	100.0	
E itim Düzeyi							
Okur yazar	10	71.4	4	28.6	14	100.0	LHR:8.31** p=0.40
İlkokul	57	55.9	45	44.1	102	100.0	
Ortaokul	28	45.1	34	54.9	62	100.0	
Lise	40	54.7	33	45.3	73	100.0	
Üniversite ve üzeri	12	42.8	16	57.2	28	100.0	
E E itim Düzeyi							
İlkokul ¹	64	58.0	47	42.0	111	100.0	$\chi^2:4.85^*$ p=0.77
Ortaokul	22	43.2	29	56.8	51	100.0	
Lise	48	57.8	35	42.2	83	100.0	
Üniversite ve üzeri	13	43.3	17	56.7	30	100.0	
Uyruk²							
KKTC	58	50.0	58	50.0	116	100.0	$\chi^2:2.20^*$ p=0.82
TC	20	50.0	20	50.0	40	100.0	
KKTC-TC	66	55.4	53	44.6	119	100.0	
Çalı ma Durumu							
Çalı mıyor	116	55.7	92	44.3	208	100.0	$\chi^2:3.11^*$ p=0.20
Çalı ıyor	31	43.6	40	56.4	71	100.0	
E Çalı ma Durumu							
Çalı mıyor	5	71.4	2	28.6	7	100.0	$\chi^2:2.32^{***}$ p=0.50
Çalı ıyor	142	52.2	130	47.8	272	100.0	
En Uzun Ya nılan Bölge							
KKTC	125	51.9	116	48.1	241	100.0	$\chi^2:0.12^*$ p=0.97
TC	22	57.9	16	42.1	38	100.0	

Çizelge 4.3.4 (Devam)						
En Uzun Ya anılan Bölge						
I	10	50.0	10	50.0	20	100.0
İçe	16	51.6	15	48.4	31	100.0
Köy	121	53.0	107	47.0	228	100.0
						$\chi^2:2.42^*$ $p=0.65$
Gelir-Gider Düzeyi Algısı						
yi	35	44.8	43	55.2	78	100.0
Orta	93	55.6	74	44.4	167	100.0
Kötü	19	55.8	15	44.2	34	100.0
						$\chi^2:2.85^*$ $p=0.53$
Sosyal Güvence						
Var	32	45.1	39	45.9	71	100.0
Yok	115	55.2	93	44.8	208	100.0
						$\chi^2:2.21^*$ $p=0.33$
Evlenme Ya ı						
12-16	15	57.7	11	42.3	26	100.0
17-21	92	57.1	69	42.8	161	100.0
22-26	30	45.5	36	54.5	66	100.0
27-31	8	42.1	11	57.9	19	100.0
						$\chi^2:3.74^*$ $p=0.55$
Evlilik Süresi						
1 ay-5 yıl	22	35.0	41	65.0	63	100.0
6-10 yıl	25	50.0	25	50.0	50	100.0
11-15 yıl	30	50.8	29	49.2	59	100.0
16 yıl ve üzeri	70	68.6	32	31.4	102	100.0
						$\chi^2:18.54^*$ $p=0.002$
Aile Tipi						
Geni aile	15	48.3	16	51.7	31	100.0
Çekirdek aile	132	53.2	116	46.8	248	100.0
						$\chi^2:0.25^*$ $p=0.171$

¹Okur yazar olmayan ve olanlar analiz için ilkokul mezunu seçene i içinde yer almaktadır.

²Di er seçene i (5 ki i) analiz dı ı bırakılmı tır.

* Pearson ki kare testi sonucudur.

** Likelihood ratio de eri alınmı tır.

*** Fisher exact testi sonucudur.

Kadınların uyruklarına göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde; KKTC ve TC uyruklu kadınların modern yöntem kullanım sıklı nın e it (%50) oldu u KKTC-TC uyrukluların ise %55.4 ile modern yöntem kullandı ı belirlenmi tir.

Kadınların çalı ma durumuna göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde; çalı mayan kadınların

%55.7'si, çalı an kadınların ise %43.6'sı modern yöntem kullanmaktadır. Kadınların e lerinin çalı ma durumuna göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde; e leri çalı an kadınların %71.4'ünün modern yöntem kullandı ı saptanırken e leri çalı mayanların ise %52.2'sinin modern yöntem kullandı ı bulunmu tur.

Çizelgede kadınların en uzun ya adı ı bölgeye göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde; en uzun süre köyde, ilçede ve ilde ya ayan kadınların modern yöntem kullanımı sırasıyla %50.0, %51.6 ve %53.0 olarak saptanmı tır. Ayrıca en uzun süre KKTC'nde ya ayan kadınların %51.9'u, Türkiye'de ya ayanların ise %57.9'u modern yöntem kullanmaktadır.

Kadınların gelir gider durumunu ekonomik yönden algılamasına göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde; gelir gider durumlarını ekonomik yönden iyi olarak algılayanların yarıya yakını (%44.8) modern yöntem, orta ve kötü olarak algılayanların sırasıyla %55.6 ile %55.8'i modern yöntem kullandı ını ifade etmi tir. Kadınların sosyal güvence durumuna göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde; sosyal güvencesi olan kadınların geleneksel yöntem (%44.9), olmayanların ise modern yöntemi (%55.2) biraz daha fazla kullandıkları görülmektedir.

Kadınların ilk evlilik ya ına göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde; ilk evlilik ya ının artması ile modern yöntem kullanımının giderek azaldı ı, geleneksel yöntem kullanımının arttı ı dikkati çekmektedir. İlk evlilik ya ı 12-16 ya grubunda olanların %57.7'sinin, 27-31 ya grubunda olanların ise %42.1'inin modern yöntem kullandı ı saptanmı tır. Ayrıca 16 yıl ve üzerinde evli olan kadınların di er gruplara oranla modern yöntem kullanım sıklı ında artı gösterdi i dikkat çekmektedir. Aile tipine göre kullanılan halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde; geni aile yapısına sahip

olan kadınların %51.7 ile geleneksel yöntemi daha fazla kullandı ı, çekirdek aile yapısına sahip olanların ise %53.2 ile modern yöntemi daha fazla kullandı ı belirlenmiştir.

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin dağılımı incelendi inde; kadınların ve e lerinin e itim düzeyi ile çalış ma durumu, uyrukları, en uzun ya adıkları bölge, gelir gider durumu, sosyal güvence durumu, ilk evlilik ya ı ve aile tipi ile kullandıkları modern ve geleneksel yöntem bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunurken iken ($p>0.05$), kadınların ya grubu ve evlilik süresine göre kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmu tur.

Çizelge 4.3.5. Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Halen Kullandıkları Modern Ve Geleneksel Yöntemlerin Dağılımı (Satır Yüzdesi)

DO URGANLIK ÖZELL KLER	KULLANILAN MODERN		YÖNTEM GELENEKSEL		TOPLAM		ÖNEML L K TEST
	n:147	%	n:132	%	n:279	%	
İk Gebelik Ya ı							
13-17	24	61.5	15	38.5	39	100.0	$\chi^2:7.29^*$ $p=0.02$
18-22	85	58.2	61	41.8	146	100.0	
23 ve üstü	36	45.0	44	55.0	80	100.0	
Gebelik sayısı							
1	14	33.3	28	66.7	42	100.0	$\chi^2:13.19^*$ $p=0.000^*$
2	26	40.6	38	59.4	64	100.0	
3	44	58.6	31	41.3	75	100.0	
4 ve üstü	61	71.7	24	28.3	85	100.0	
Canlı do um sayısı							
1	21	35.0	39	65.0	60	100.0	$\chi^2:26.94^*$ $p=0.000$
2	50	48.0	54	52.0	104	100.0	
3	50	78.1	14	21.9	64	100.0	
4 ve üstü	21	65.6	11	34.4	32	100.0	

Çizelge 4.3.5. (Devam)						
Ya ayan çocuk sayısı						
1	20	34.4	38	65.6	58	100.0
2	51	49.0	53	51.0	104	100.0
3	48	77.4	14	22.6	62	100.0
4 ve üstü	22	66.6	11	33.4	33	100.0
						$\chi^2:28.52^*$ p=0.000
Ya ayan çocuk cinsiyeti						
Kız	22	34.4	30	65.6	52	100.0
Erkek	36	49.0	32	51.0	68	100.0
Her iki cins	84	77.4	54	22.6	138	100.0
						$\chi^2:12.98^*$ p=0.000
deal Çocuk Sayısı						
1	6	54.5	5	45.5	11	100.0
2	68	42.7	91	57.3	159	100.0
3	47	69.1	21	30.9	68	100.0
4 ve üstü	26	63.4	15	36.6	41	100.0
						$\chi^2:16.89^*$ p=0.000
deal Çocuk Cinsiyeti						
Kız	7	38.8	11	61.1	18	100.0
Erkek	4	44.4	5	55.6	9	100.0
Kız-erkek	86	55.8	68	44.2	154	100.0
Fark etmez	50	51.0	48	49.0	98	100.0
						$\chi^2:4.90^*$ p=0.12
Dü ük Öyküsü						
Var	39	57.3	29	42.6	68	100.0
Yok	108	51.1	103	48.9	211	100.0
						$\chi^2:0.78^*$ p=0.35
Dü ük Sayısı						
1 kez	33	61.1	21	38.9	54	100.0
2 kez ve üzeri	6	42.8	8	57.2	14	100.0
						$\chi^2:1.10^*$ p=0.22
Küretaj Öyküsü						
Var	52	65.0	28	35.0	80	100.0
Yok	95	47.7	104	52.3	199	100.0
						$\chi^2:6.82^*$ p=0.04
Küretaj Sayısı						
1 kez	29	61.7	18	38.3	47	100.0
2 kez ve üzeri	23	69.6	10	30.4	33	100.0
						$\chi^2:2.81^*$ p=0.58

* Pearson ki kare testi sonucudur.

Çizelge 4.3.5’de kadınların do urganlık özelliklerine göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı yer almaktadır. Çizelge’de görüldü ü gibi ilk gebelik ya ının 23’ün altında olan kadınların modern yöntem kullanım sıklı ının daha fazla (%58.2-%61.5) oldu u bulunurken, 23 ya ve üzerinde olanların geleneksel yöntem kullanım sıklı ının (%55) daha fazla oldu u bulunmu tur.

Kadınların gebelik sayılarına göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin dağılımı incelendiğinde; gebelik sayısı 1 olanların modern yöntem kullanımını %33.3 iken 4 ve üzerinde olanların %71.7 olduğu belirlenmiştir. Gebelik sayısının artması ile kadınların modern yöntem kullanım sıklığı artmakta, geleneksel yöntem kullanım sıklığı ise azalmaktadır.

Kadınların canlı doğum sayısına göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin dağılımı incelendiğinde; canlı doğum sayısı 1 ve 2 olan kadınların geleneksel yöntem kullanma durumu sırası ile %65.0 ile %52.0 olduğu belirlenmiştir. Canlı doğum sayısının artması ile geleneksel yöntem kullanımında bir azalma, modern yöntem kullanımında ise bir artış olduğu dikkat çekmektedir. Dört ve üzeri canlı doğuma sahip olan kadınların modern yöntem kullanımını %65.6 olarak belirlenmiştir. Bunun yanında yaşıyan çocuk sayısının artması ile de geleneksel yöntem kullanım sıklığı azalmakta ve modern yöntem kullanımını artmaktadır. Dört ve üzeri yaşlıya sahip olan kadınların modern yöntem kullanımını %66.6 iken, yaşlıya sahip bir çocuğu olanların modern yöntem kullanımını %34.4 olarak bulunmuştur. Kadınların düşünülen ideal çocuk sayısına göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin dağılımı incelendiğinde; ideal çocuk sayısını 2 olarak ifade eden kadınların gruplar arası fark gösterdiği belirlenmiştir. Bu grubun %57.3'ünün geleneksel yöntem kullandığı saptanırken diğer grupların modern yöntemi daha fazla tercih ettikleri saptanmıştır.

Yaşıyan çocukların cinsiyetine göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin dağılımı incelendiğinde; kız çocuğuna sahip olan kadınların geleneksel yöntem kullanım sıklığının %65.6 olduğu bulunurken, erkek çocuğuna sahip olanların ise %51.0 olduğu bulunmuştur. Gruplar arası farkı yaratan her iki cinsiyete sahip olan kadınlar olmakta ve bu kadınların %77.4'ünün modern yöntemi kullandığı görülmektedir. Düşünülen ideal çocuk cinsiyetinin kız olmasını ifade edenlerin %61.1'i, erkek olmasını isteyenlerin %55.6'sı ise geleneksel yöntem kullanmaktadır.

Kadınların kendili inden dü ük öyküsüne göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde; kendili inden dü ük öyküsü olanların modern yöntem kullanımı %57.3 iken olmayanların %51.1'dir. Kendili inden dü ük sayısı 1 olan kadınların %61.1'inin, 2 ve üzerinde olanların ise %42.8'inin modern yöntem kullandı ı belirlenmi tir. Kadınların küretaj yapma durumuna göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde ise; küretaj öyküsü olanların %65.0'inin olmayanların ise %47.7'sinin modern yöntem kullandı ı saptanmı tir. Bir kez küretaj olan kadınların %61.7'si, 2 kez ve üzeri küretaj olanların ise %69.6'sı modern yöntem kullanmaktadır.

Kadınların do urganlık özelliklerine göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı istatistiksel olarak incelendi inde; ilk gebelik ya ı, gebelik sayısı, canlı do um sayısı, ya ayan çocuk sayısı, ya ayan çocukların cinsiyeti, ideal çocuk sayısı ve küretaj yapma durumu ile modern ve geleneksel AP yöntemleri kullanma bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunurken, kendili inden dü ük yapma durumu, kendili inden dü ük sayısı ile küretaj sayısı ile modern ve geleneksel AP yöntemleri kullanma bakımından gruplar arası fark anlamsız ($p<0.05$) bulunmu tur.

Çizelge 4.3.6'da kadınların cinsel ili ki özelliklerine göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı yer almaktadır. İlk cinsel ili ki ya ına göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde; ilk cinsel ili ki ya ı 22'nin altında olan kadınların modern yöntemi, 22 ve üzerinde olanların ise geleneksel yöntemi daha fazla tercih etti i belirlenmi tir. İlk cinsel ili kisinde yöntem kullananların %51.7'sinin u anda geleneksel yöntemi kullandı ı ve yöntem kullanmayanların ise %53.9'unun modern yöntemi kullandı ı dikkat çekmektedir. Kadınların ilk cinsel ili kisinde geleneksel yöntemi tercih edenlerin halen %52.2 ile geleneksel yöntemi kullandı ı belirlenmi tir. Cinsel

ili kide tacize u rayanların %51.6'sı, u ramayanların ise %53.0'ü modern yöntemi kullandı ı saptanmı tır.

Çizelgede kadınların AP yöntemlerine ili kin bilgi alma durumuna göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı incelendi inde; yönleme ili kin bilgi alanlarla almayanların modern yöntem kullanım sıklı ı sırasıyla %62.5 ile %51.4 olarak belirlenmi tır.

Çizelge 4.3.6. Kadınların Cinsel li ki Özellikleri ile Aile Planlaması Yöntemlerine li kin Bilgi Alma Durumuna Göre Halen Kullandıkları Modern ve Geleneksel Aile Planlaması Yöntemlerinin Da ılımı (Satır Yüzdesi)

C NSEL L K ÖZELL KLER	KULLANILAN		YÖNTEM		TOPLAM		ÖNEML L K TEST
	MODERN n:147	%	GELENEKSEL n:132	%	n:279	%	
İk Cinsel li ki Ya ı							
12-16 ya	16	55.1	13	44.9	29	100.0	$\chi^2:3.17^*$ p=0.59
17-21 ya	94	60.0	71	40.0	165	100.0	
22-26 ya	29	42.6	39	57.4	68	100.0	
27-31 ya	8	47.0	9	53.0	17	100.0	
İk Cinsel li kide Yöntem							
Kullanan	30	48.3	32	51.7	62	100.0	$\chi^2:0.59^*$ p=0.76
Kullanmayan	117	53.9	100	46.1	217	100.0	
İk Cinsel li ki Yöntem Çe idi							
Modern	8	50.0	8	50.0	16	100.0	$\chi^2:0.02^*$ p=0.85
Geleneksel	22	47.8	24	52.2	46	100.0	
Cinsel li kide Taciz							
Evet	31	51.6	29	48.6	60	100.0	$\chi^2:0,08^*$ p=0.82
Hayır	115	53.0	102	47.0	217	100.0	
Bilgi alma durumu							
Almadım	20	62.5	12	37.5	32	100.0	$\chi^2:1.39^*$ p=0.63
Aldım	127	51.4	120	48.6	247	100.0	

* Pearson ki kare testi sonucudur.

Çizelge 4.3.6'daki cinsel ili ki özelliklerine göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemler istatistiksel olarak incelendi inde; ilk cinsel ili ki ya ı, ilk cinsel ili kide yöntem kullanma durumu, ilk cinsel ili kide kullanılan yöntem çe idi, cinsel ili kide taciz olma ve yöntemlere ili kin bilgi alma durumu ile modern ve geleneksel AP yöntemleri kullanma bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmu tur.

Çizelge 4.3.7. Kadınların En Son Kullandıkları Yönteme Karar Veren Ki iye Göre Halen Kullandıkları Modern Ve Geleneksel Yöntemlerin Da ılımı (Satır Yüzdesi)

EN SON YÖNTEME KARAR VEREN K	KULLANILAN YÖNTEM				TOPLAM		ÖNEML L K TEST
	MODERN		GELENEKSEL				
	n:147	%	n:132	%	n:279	%	
Kendim	47	78.3	13	21.7	60	100.0	$\chi^2:47.79^*$ $p=0.000$
E im ve birlikte**	69	37.7	114	66.3	183	100.0	
Sa lık personeli ile birlikte	31	86.1	5	13.9	36	100.0	

*Pearson ki kare testi sonucudur.

**E im ve e im ile birlikte seçenekleri analiz için birle tirilmi tir.

Kadınların en son kullandıkları yönteme karar veren ki iye göre halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlerin da ılımı Çizelge 4.3.7'de yer almaktadır. Kadınların son kullanılan yönteme karar veren ki inin kendisi oldu u durumda modern yöntem kullanımı %78.3, sa lık personeli ile birlikte oldu u durumlarda %86.1 ve e i ile birlikte oldu u durumlarda ise %37.7 olarak belirlenmi tir. Kadınların en son kullandıkları yönteme karar veren ki i ile halen kullandıkları modern ve geleneksel yöntemler bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmu tur. Gruplar arası farkı* yaratan grup e im ve birlikte seçene i olarak belirlenmi tir.

Gruplar arası fark, tüm gözlenen ve beklenen frekansların (Toplam $\frac{(G-B)^2}{B}$: χ^2) ki kare de erleri sonucuna göre bulunmu tur.

Çizelge 4.3.8. Herhangi Bir Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonucu

BA İMSİZ DE KENLER	BETA KATSAYISI (B)	p DE ER (p)
Ya		
15-24	0,545	0,292
25-34	0,164	0,557
35-üstü (RG*)		
Aile tipi		
Çekirdek aile	0,420	0,287
Geni aile (RG)		
Canlı Do um Sayısı		
0 (RG)		
1	0,169	0,596
2	1,637	0,004
3 ve üzeri	1,821	0,035
Ya ayan çocuk cinsiyeti		
Kız	0,269	0,424
Erkek	-0,473	0,164
Her iki cinsiyetten (RG)		
Bilgi Alma Durumu		
Almadım	0,192	0,595
Aldım (RG)		
Evlilik Süresi		
1ay-5 yıl	-0,176	0,773
6-10 yıl	-0,154	0,755
11-15 yıl	-0,130	0,748
16 yıl ve üzeri (RG)		
Gebelik sayısı		
1	1,696	0,001
2	1,343	0,000
3	0,488	0,124
4 ve üstü (RG)		
Dü ük Sayısı		
0 (RG)		
1	0,169	0,596
2 kez ve üzeri	1,637	0,004

*RG: Referans grubu

Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamayı ve herhangi bir modern yöntem kullanmamayı etkileyen faktörleri belirlemek için geriye dönük eleme olabilirlik oranı yöntemi ile çok de i kenli lojistik regresyon analizi yapılmı tır. Her bir de i kene göre referans grubu belirlenip di er

gruplara göre yöntem kullanmama ile modern yöntem kullanmama riski bulunmu tur.

Çizelge 4.3.8'de herhangi bir AP yöntemi kullanmayı etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonucu yer almaktadır. Gebelik sayısı ile dü ük sayısı dı ndakilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0.05) görülmektedir. istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı olmasada canlı do um yapmayan kadınlarda yöntem kullanmama riskinin oldu u görülmektedir. Gebelik sayısı ile dü ük sayısına göre yöntem kullanmama riskini inceledi imizde; gebelik sayısı 1 olanların herhangi bir yöntem kullanmama riski gebelik sayısı 4 olanlara göre 4.2 kat daha fazladır. Gebelik sayısı 2 olanlarda herhangi bir yöntem kullanmama riski gebelik sayısı 4 olanlara göre 3,72 kat fazladır (%95 GA 1,90-7,28). Gebelik sayısı 3 olanlarda ise yöntem kullanmama riski istatistiksel olarak önemli de ildir (p>0.05). Dü ük sayısı 2 ve üzeri olanlarda da yöntem kullanmama riski hiç dü ük yapmamı lara göre 5,14 kat daha yüksektir (%95 GA 1,69-15,65).

Çizelge 4.3.9. Herhangi Bir Modern Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonucu

BA IMSIZ DE KENLER	BETA KATSAYISI (B)	p DE ER (p)
Ya 15-24 25-34 35-üstü (RG*)	0,424 0,126	0,456 0,671
Aile tipi Çekirdek aile Geni aile (RG)	0,560	0,160
Çalı ma Durumu Çalı mıyor (RG) Çalı yor	0,169	0,581
Bilgi Alma Durumu Almadım Aldım (RG)	0,114	0,758

Çizelge 4.3.9. (Devam)		
Evlilik Süresi		
1ay-5 yıl	-0,603	0,362
6-10 yıl	-0,383	0,469
11-15 yıl	-0,333	0,440
16 yıl ve üzeri (RG)		
İk Gebelik Yaşı		
Hiç gebe Kalmayan (RG)		
13-17	-21,02	1,000
18-22	-21,49	1,000
23 ve üstü	-21,24	1,000
Gebelik sayısı		
1	0,541	0,409
2	0,445	0,296
3	0,109	0,761
4 ve üstü (RG)		
Canlı doğum sayısı		
0 (RG)		
1	0,907	0,407
2	0,656	0,216
3 ve üstü	0,848	0,207
Canlı Çocuk Sayısı		
1 (RG)		
2	1,382	4,451
3	0,780	2,284
4	1,538	0,805

*RG: Referans grubu

Çizelge 4.3.9'da herhangi bir modern AP yöntemi kullanmayı etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonucu yer almaktadır. Yaşayan çocuğun cinsiyeti önemli bulunmasına karşın referans kategori ile karşılaştırınca erkek çocuğu olanlarda yöntem kullanmama riski azalmaktadır. Fakat bu istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

Canlı doğum sayısı 1 olanlarda modern yöntem kullanmama riski canlı doğum sayısı 3 olanlara göre 4,45 kat (%95 GA 1,59-12,43) ve canlı doğum sayısı 2 olanlarda risk 2,28 kat (%95 GA 1,03-5,05) daha fazladır.

3. B REYLER VE YÖNTEM

3.1. Ara tırma ekli

Ara tırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, skele bölgesinde ya ayan 15-49 ya kadınların aile planlaması yöntem kullanımları ve yöntem kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmı tır.

3.2. Ara tırmanın Yapıldığı ı Yer ve Özellikleri

Ara tırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, skele bölgesinde yapılmı tır. Bölgenin kırsal bölge kapsamında olması, bölgede ikamet eden kadınların e itim durumunun KKTC'de ki di er bölgelere oranla dü ük olması (DPÖ, 2007) ve sosyo-kültürel farklılıklara (çe itli bölgelerden göçmenlerin ve yerli halkın ikamet etmesi) daha çok rastlanabilmesi açısından ara tırmanın yapılaca ı yer olarak skele bölgesi seçilmi tir.

skele bölgesi, 21978 nüfusa sahip bir ilçedir (DPÖ, 2007). Bölgede ya ayan kadınların, kadın ba ına dü en ya ayan çocuk sayısı ortalaması 2'dir. skele bölgesi, skele Merkez, Yeni Erenköy ve Mehmetçik olmak üzere üç buca a ayrılmı tır. skele merkez buca ında, skele belediyesi ile buna ba lı be mahalle ve 16 köy yer almaktadır. Mehmetçik buca ında, Büyükkonuk ve Mehmetçik olmak üzere iki belediye ile bu belediyelere ba lı iki er mahalle ve sekiz köy bulunmaktadır. Yeni Erenköy buca ında ise Dipkarpaz ve Yeni Erenköy belediyeleri ile bunlara ba lı dört mahalle ve 12 köy bulunmaktadır (DPÖ, 2007).

Mehmetcik, Yeni Erenköy, skele Merkez bucakları ile Dipkarpaz belediyesinde yer alan dört sa lık merkezi bölgeye sa lık hizmeti vermektedir. skele Sa lık Merkezinde bir kadın-do um ve bir çocuk uzmanı, bir pratisyen doktor ve üç hem ire görev yapmaktadır. Mehmetçik Sa lık

Merkezinde bir kulak burun bo az uzmanı, bir pratisyen doktor ve dört hem ire bulunmaktadır. Erenköy Sa lık Merkezi üç pratisyen, bir di doktoru ve dört hem ire ile hizmet vermektedir. Dipkarpaz Sa lık Merkezinde ise bir pratisyen doktor ve iki hem ire bulunmaktadır. Bu dört sa lık merkezinde ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri verilmektedir. Erkenköy Sa lık Merkezinde, hekimler tarafından haftanın iki günü kadınlara pap-smear testi yapılmaktadır. Bunun yanında tüm bu sa lık merkezlerinde kadın sa lı ına yönelik yıllık tarama ve erken tanı hizmetleri ile acil ve ilk yardım hizmetleri, hasta sevki ve izlenmesi gibi hizmetler yürütölmektedir. Ayrıca bu merkezlere ba lı ya lı bakımına yönelik ev ziyaretleri yapılmaktadır. Ana çocuk sa lı ı hizmetlerinden gebe izlemi ve a ılama hizmeti verilmektedir. Ancak personel eksikli i ile merkezlerin yeterli donanıma sahip olmamasından kaynaklı verilen hizmetler aktif olarak yürütölememektedir. Bölgeye en yakın hastane Gazi Magosa bölgesindeki Devlet Hastanesi'dir. Temel sa lık hizmetlerini veren sa lık merkezlerinin dı nda skele Merkezde yer alan bir tane de özel sa lık merkezi bulunmaktadır. Bölgeye ait hiçbir sa lık merkezinde aile planlaması hizmetleri sunulmamakta ve hem ireler de aile planlaması ile ilgili aktif olarak görev almamaktadır. Toplum bu hizmetleri en fazla Magosa bölgesindeki özel klinik doktorları tarafından almaktadır. Aile planlaması yöntemlerinden rahim içi araç, enjeksiyonlar ve oral kontraseptifler, eczanelerden ücretli olarak temin edilmektedir. Rahim içi aracın uygulaması ise kamu ve özel kliniklerde doktorlar tarafından yapılmaktadır ([http:// www.salikbakanli .com/....](http://www.salikbakanli .com/....)).

3.3. Ara tırmanın Evreni

Literatürde, 15-49 ya dönemi "do urganlık ça ı" olarak ifade edilmektedir (Karao lu ve di erleri, 2002; Gabalcı, 2006; Ta kın, 2007). Bu nedenle çalı maya 15-49 ya grubu menopoza girmemi , cinsel yönden aktif kadınlar alınmı tır. KKTC'de 2007 yılında yapılmı olan nüfus kayıtlarına göre skele bölgesinde ya ayan 15-49 ya grubunda 5316 kadın

bulunmaktadır. Ancak cinsel yönden aktif kadın sayısı bilinmedi inden evren sayısı hesap edilememi tir.

3. 4. Ara tırmanın Örnekleme

Örnekleme büyüklü ü evrenin bilinmedi i durumlardaki olayın görümlü sıklı ına göre örnekleme belirleme formülü kullanılarak hesaplanmı tır (Sümbülo lu & Sümbülo lu, 2007). Bu hesaplama göre örnekleme alınan kadın sayısı;

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

t: 1.96 (Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik de er),

d: 0.05 (olayın görümlü sıklı ına göre yapılmak istenen +/- sapma, %95 güvenirlikle),

p:0.68 (ncelenen olayın görümlü sıklı ı; önceden yapılan bir çalı ma sonucuna göre aile planlaması kullanım durumu %86.7'dir. Bu çalı ma için %50'nin üstünde görülebilece i ihtimali ile %50 ve %86.7'nin ortalaması alınarak 0.68 kabul edilmi tir),

q: 0.32 (ncelenen olayın görülmeyi sıklı ı)

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2} = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.68) \cdot (0.32)}{0.05^2} = 334 \text{ olarak bulunmu tur.}$$

Bölgeyi olu turan bucaklarda çok fazla köy ve mahallenin olması ve sahada uygulama kolaylı ı sa laması nedeniyle örnekleme alınan kadınlar küme örnekleme yöntemi ile seçilmi tir (Sümbülo lu & Sümbülo lu, 2007). Çalı mada her bir bucak bir kümeyi göstermektedir. Her kümeye alınan kadın sayısı n/m formülü ile bulunmu tur. Bu formüle göre her bir kümeden (n/m= 334/3= 111.3) 111 ki i alınmı tır. Kadın sayısının daha fazla oldu u Yeni Erenköy Buca ı kümesinden ise 112 ki i alınarak tüm kümelerin

Oranları mahalle ve köylerdeki dağınılıklarına göre hesaplanmıştır. Kümelere kadın sayısı eşit olmadığı için kümeler oranlı olarak hesaplanmıştır. Her bir kümenin oranları göz önünde bulundurularak mahalle ve köylerden örnekleme kaç kadının alınacağı hesaplanmıştır ve Çizelge 3.4.1'de gösterilmiştir. Böylece belirli köy ve mahalleden alınan kadın sayısında oranı yitilmesinin önlenmesi sağlanmıştır.

Çizelge 3.4.1. Örneklem Grubuna Alınacak Kadınların Kümelere Göre Dağılımları

MAH*/ KÖY	SKELE BUCA I KÜMES		MEHMETÇ K BUCA I KÜMES		YEN ERENKÖY BUCA I KÜMES		TOPLAM
	KS*	ÖKS*	KS*	ÖKS*	KS*	ÖKS*	
MAH.	877	49	623	53	920	51	153
KÖY	1111	62	685	58	1100	61	181
TOPLAM	1988	111	1308	111	2020	112	334

*MAH.: Mahalle, KS: Kadın Sayısı, OKS: Örnekleme alınan kadın sayısı

Belirlenen örneklem grubu için kümeleri oluşturulan toplam 36 köy ve 11 mahalleye araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yoluyla ulaşılmıştır.

Örneklem Seçim Kriterleri:

1. 15-49 yaş grubu,
2. Cinsel yönden aktif,
3. Henüz menapoza girmemiş kadınlar örneklem kapsamına alınmıştır.

3. 5. Verilerin Toplanması

Veriler, aile planlaması kullanım durumu ve etkileyen faktörlere yönelik soru formu kullanılarak toplanmıştır (Ek 1).

3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, bazı sosyo-demografik özelliklere, ikinci bölümde doğurganlık özelliklerine, üçüncü bölümde ise aile planlaması yöntemi kullanma durumuna yönelik sorular yer almaktadır.

I. Bölüm: (1-14. sorular) Bu bölümde, ara tırmaya katılan kadınların yaşı, uyruğu, öğrenim durumu, evinin öğrenim durumu, yaşı, adı, yer ve süresi, eşi ve evinin yaşı, gelir düzeyini algılaması, sosyal güvence durumu, evlenme yaşı, evlilik süresi, aile tipi gibi sosyodemografik özellikleri ele alınmıştır.

II. Bölüm: (15-28. sorular) Bu bölümde, ara tırmaya katılan kadınların ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşı, ayan çocuk sayısı, gebelik aralıkları, ideal sayıda çocuk sahibi olma isteği ve cinsiyet tercihi, kendiliğinden ve isteyerek düşük sayısı, isteyerek düşük nedeni gibi doğurganlık özellikleri ele alınmıştır.

III. Bölüm: (soru no:29-40) Bu bölümde, ara tırmaya katılan kadınların duyduğunu ve kullandığı yöntemler, yöntemi kullanma süresi, yöntemi tercih nedeni, bırakma nedeni, yöntemleri temin etme yeri, en son kullandığı yöntem ve bu yöntemle karar veren kişi, yöntemler hakkında bilgi edinme kaynağı, yöntemler hakkında bilgi almak istediği kaynağa ve bilgiyi almak istediği zamana ilişkin sorular ele alınmıştır.

3.5.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Hazırlanan veri toplama formu öncelikle kapsam geçerliliği yönünden alanında uzman üç öğretim üyesi tarafından değerlendirilmiştir ve

* Prof. Dr. Gülşen VURAL: Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yrd. Doç. Dr. Naile BİLGE: Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Ayten Şentürk ERENEL: Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

öneriler do rultusunda formlarda gerekli de i iklikler yapılmı tır. Daha sonra formun anlaşılabilirli i ve kullanılabilirli ini kontrol etmek amacıyla örneklem grubunun %10'unu (Sümbülo lu ve Sümbülo lu, 2007) olu turan 34 kadına ön uygulama yapılmı tır. Ön uygulama için çalı manın yapılmadı ı Lefko a bölgesi seçilmi tir. Ön uygulamadan sonra, veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılarak uygulama a amasına geçilmi tir.

3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Ara tırmaya katılan kadınlara veri toplama formları 22.07.2010-20.08.2010 tarihleri arasında uygulanmı tır. Katılımcılar ile kendi ev ortamlarında yüz yüze görü me yapıp veri toplama formu ara tırmacı tarafından doldurulmu tur.

3.6. Ara tırmanın Etik Boyutu

Ara tırma için öncelikle skele bölgesindeki Belediye Başkanlı ından yazılı izin (Ek 3) alınmı tır. Daha sonra ara tırmacı tarafından kadınlara ara tırmanın amacı ve formun doldurulmasına yönelik bilgi verilmi ve yazılı onamları alınmı tır (Ek 2).

Veri toplama formları doldurulduktan sonra aile planlaması hakkında bilgi almak isteyen kadınlar bilgilendirilmi lerdir. A ırı do urganlık ve istenmeyen gebelik yönünden risk altında olan ki iler de belirlenmi ve gerekli bilgilendirilme yapıp ilgili sa lık kurulu larına yönlendirilmi tir.

3.7. Ara tırmanın Sınırlılıkları

TNSA (2008) verileri ve KKTC'de yapılan bir çalı ma sonucu (Uptan, 1989) göz önünde bulundurularak en fazla duyulan ve kullanılan

14 yöntemle ilgili soru formlarının düzenlenmesine karar verilmiştir. Bu yöntemler; RA, oral kontraseptifler, erkek kondomu, kadın kondomu, enjeksiyon, norplant, diyafram, spermisit, tüpligasyon ve vazektomi, geleneksel AP yöntemleri olarak geri çekme, takvim, hazne yıkama ve emzirme yöntemlerinin kullanılma durumu ele alınmıştır. Bu nedenle, ara tırmadan elde edilen sonuçlar diğer aile planlaması yöntemlerini etkileyen faktörleri temsil etmemektedir.

Bu ara tırma, skele bölgesindeki cinsel yönden aktif kadınları temsil etmektedir. Ara tırmanın sonucu, KKTC'ndeki cinsel yönden aktif kadınlara genellenemez.

3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi

Ara tırmadan elde edilen veriler, ara tırmacı tarafından bilgisayar ortamına Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 paket programı kullanılarak aktarılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler, aritmetik ortalama, pearson ki kare, fisher exact ve geriye dönük eleme olasılık oranı yöntemi ile çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

5. TARTI MA

Geli mi ve geli mekte olan ÷lkelerde, a ırı do urganlı ın ve istenmeyen gebeliklerin neden oldu u sa lık sorunlarını önlemede do urganlı ın düzenlenmesi ihtiyacı gündeme gelmi tir. Dolayısıyla, her ÷lkenin kendi sa lık sorunları çerçevesinde aile planlaması hizmetlerine öncelik vermesi ve bu hizmetleri yaygınla tırılması için sa lık politikalarında de i im gere i ortaya konmu tur. Bu de i im için AP hizmetleri ya ama geçirmeye ba lanmı ve devam ettirilmektedir (Akın, 2006; Tezcan & Ço kun, 2007).

Geli mekte olan ÷lkeler içinde yer alan Türkiye’de etkin aile planlaması programı ile önlenebilecek; erken ya , sık aralıklarla gebelik ve do um, çok çocukluluk ve istenmeyen gebelik gibi, sa lık sorunları halen varlı ını devam ettirmektedir (TNSA, 2008). Aynı zamanda, ana çocuk sa lı ı göstergeleri ve yüksek olan nüfus artı hızı; aile planlaması hizmetlerine, di er sa lık hizmetleri arasında öncelik verilmesini zorunlu kılmaktadır (UAÖÇ, 2005). KKTC’de ise, ana çocuk sa lı ı göstergelerine ili kin ulusal veriler bulunmamasına ra men, aile planlaması ile do rudan ilgilenen bir hizmet biriminin ve küretajı sınırlayan yasanın olmaması Türkiye ile benzer sorunlar ya adı ımızı dü ündürmektedir.

KKTC’de aile planlaması hizmetlerine ili kin veriler oldukça sınırlıdır. Aile planlaması yöntem kullanımında önemli bir etken yöntemi duyma ve kullanmadır (Ayaz & Efe, 2009). Çalı mamızda, ara tırma kapsamına alınan kadınların tamamına yakınının (%99.7) herhangi bir AP yöntemi duydu u saptanmı tır (Grafik 4.2.1.). Kadınların %99.7’sinin herhangi bir modern ve %98.8’inin ise herhangi bir geleneksel yöntemini duydu u belirlenmi tir (Grafik 4.2.1.). TNSA 2008 verilerine göre, tüm evlenmi kadınların %99.7’sinin herhangi bir AP yöntemini duydu u, %99.5’inin herhangi bir modern ve %93.4’ünün ise herhangi bir geleneksel yöntem duydu u belirtilmektedir. Songur (2009)’un ve Savran (2006)’ın yaptı ı çalı ma

sonuçlarına göre, herhangi bir AP yöntemi duyma sıklığı sırasıyla %96.5 ile %98.5, herhangi bir modern yöntem duyma sıklığı %94.5 ile %92.0 ve herhangi bir geleneksel yöntem duyma sıklığı ise %81.8 ile %86.0 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçlarımız ile benzerlik gösterirken Türkiye'nin doğusunda yapılan bir çalışmada, herhangi bir yöntem duyma sıklığı %64.5 olarak oldukça düşük olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar ülkelerin bölgeleri arasında yöntem kullanımı açısından fark olabileceğini göstermekte ve KKTC'de elde edilen bu sonucun Türkiye geneli ve batı bölgesiyle daha uyumlu olduğunu göstermektedir. KKTC'de kadınların eğitim düzeyinin iyi olması, aile planlaması yöntemlerini kullanmadan önce bir ön bilgi aldığını düşündürmektedir.

Aile planlaması yöntem kullanımında en fazla duyulan yöntemler kişinin yöntem seçimini etkileyebilmektedir. Çalışmada kadınların en fazla duyduğu modern yöntemlerin RA, hap, kondom, geleneksel yöntemlerin ise geri çekme, emzirme ve takvim yöntemi olduğu saptanmıştır (Grafik 4.2.2., Grafik 4.2.3.). TNSA 2008 verilerine göre, en çok duyulan yöntemler oral kontraseptifler, RA, kondom, geri çekme ve tüpligasyon olarak belirlenmiştir. Literatürde ve çalışmalarda, kadınların en çok bildiği üç yöntem sırasıyla oral kontraseptifler, RA ve kondumdur (Be tepe, Ellidokuz, Temel & Atılgan, 2003; Songur, 2009; İmrek, 2009; Uptan, 1989, Yanikkerem & Öztürk, 2005). Bizim çalışmamızın sonucumuzda literatürle benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar en çok duyulan bu yöntemlerin, daha fazla tercih edileceğini göstermesi bakımından önemli görülebilir.

AP hizmetlerini değerlendirilmek için kullanılan en önemli ve en yaygın ölçüt, AP yöntemleri ile etkin AP yöntemlerinin kullanılma sıklığıdır. Çalışmamızda kadınların halen kullandığı AP yöntem kullanım sıklığı incelendiğinde; herhangi bir AP yöntem kullanım durumunun %83.5 ve herhangi bir modern yöntem kullanım durumunun ise %47.0 olduğu belirlenmiştir (Grafik 4.2.1.). Kadınların halen en fazla kullandıkları yöntemlerin ise sırasıyla geri çekme, tüpligasyon, RA ve erkek kondomu

oldu u belirlenmi tir (Grafik 4.2.5.). Dünyada üreme ça ındaki kadınların yöntem kullanımı 2000-2006 yıllarında ortalama %63'tür (WHO, 2009). Birle mi Milletler 2005 verilerine göre, dünyada çiftlerin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma sıklı ı %60.5, modern yöntem kullanma sıklı ı ise %56.6'dır. En çok kullanılan modern yöntemler, tüpligasyon (%20), R A (%13.6), oral kontraseptif (%7.5) ve kondom (%4.8) iken geleneksel yöntem olarak geri çekme (%3.1) ve takvim (%2.9) yöntemidir (<http://www.un.org...>). Avrupa Bölgesi'nde ise, herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranı %67,5'tir. Bunlar içerisinde modern yöntem kullanma oranı %50 olup, sırasıyla en fazla oral kontraseptif (%18), kondom (%11,7), R A (%11,5) ve tüpligasyon (%4) kullanılmaktadır. Geleneksel yöntem olarak ise, en fazla geri çekme (%11,3) ve takvim yöntemi (%5,7) kullanılmaktadır. Bunun yanında, Norveç, Almanya Finlandiya gibi geli mi ülkelerde, yöntem kullanımı %68 iken, Endonezya, Banglade , Mısır gibi geli mekte olan ülkelerde %59'dur (<http://www.un.org/esa...>). Amerika'da yapılan bir çalı maya göre, herhangi bir AP yöntem kullanım sıklı ı %62.0 ve halen en fazla kullandıkları yöntemler ise oral kontraseptifler (%19), tüpligasyon (%17) ve kondomdur (%11) (Mosher, Martinez, Chandra, Abma & Willson, 2004). Geli mekte olan ülkelere Türkiye'de herhangi bir yöntem ve herhangi bir modern yöntem kullanma sıklı ının ise sırası ile %73.1 ile %46.0'dır. Kadınların halen en fazla kullandı ı yöntemler arasında geri çekme (%26.3), R A (%16.9), kondom (%14.3) ve tüpligasyon (%8.3) yer almaktadır (TNSA, 2008). Türkiye'de yapılan farklı çalı ma sonuçlarına baktı ımızda, herhangi bir yöntem kullanımı %66.8-84.5 aralı ında (Kaya ve di erleri, 2008; Mayda ve di erleri, 2005; Songur, 2009; Yıldırım, Ihan & Maral, 2001) ve herhangi bir modern yöntem kullanımı ise %45.7-60.1 aralı ında (Giray & Keskinolu, 2006; Kahraman, 2005; Kaya ve di erleri, 2008; Mayda ve di erleri, 2005; Songur, 2009) de i im göstermektedir. Bununla birlikte bazı çalı malarda en fazla kullanılan ilk üç yöntemin geri çekme, R A ve kondom oldu u bulunmu tur (Giray & Keskinolu, 2006; Kaya ve di erleri, 2008; Oltuluo lu, 2008; TNSA, 2008; Tokuç ve di erleri, 2005; Savran, 2006; im ek, 2009; Yıldırım ve di erleri, 2003; Yılmaz, 2001). Geli mi ve geli mekte olan

ülkelerin tüm bu sonuçlarını kıyasladığımızda; herhangi bir yöntem kullanım sıklığının çalılımamızla benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Ancak gelişmiş ülkelerde en fazla kullanılan yöntemin modern yöntem olduğu, bizim çalılımamızda ve Türkiye’de ise en fazla kullanılan yöntemin geleneksel bir yöntem olduğu dikkati çekmektedir. Bunun nedeni, gelişmiş ülkelerde verilen aile planlaması hizmetlerinin daha etkili olması, kadının statüsünün daha yüksek ve toplumsal özelliklerinin farklı olması olarak düşünülmektedir. Ülkemizde devlet hastanelerinde, AP hizmetlerine yönelik birimin olmamasına bağlı olarak bu hizmetler daha fazla özel merkezlerde verilmektedir. Ekonomik durumu yeterli olmayan kadınların, yöntemle ulaşmada güçlük yaşadığı ve bu nedenle geleneksel yöntemleri daha fazla tercih ettiği düşünülmektedir. Çalılımamızda diğer bir dikkat edici bulgu, Türkiye’nin sonuçlarından farklı olarak halen kullanılan modern yöntemler içinde en fazla tüpligasyonun tercih edilmesidir. Nedeninin, ülkede sezaryan vakalarının yaygın olması (Olgu, 2005; [http:// www.saglikbakanligi.com/...](http://www.saglikbakanligi.com/)) ile ikincinin üzerinde sezaryan olmanın hayati risk taşıması yönünden tüpligasyona yönelimin artması olarak düşünülmektedir.

Aile planlaması yöntem kullanımında kadınların yöntemi tercih etme nedenleri önemlidir. Çalılımamızda en fazla kullanılan yöntemlerin tercih edilme nedenleri arasında güvenilir olması, kullanımının kolay olması ve doktorun önerisi yer almaktadır (Grafik 4.2.6.). Literatürde, kullanılan yöntemin tercih edilme nedenleri arasında sıklıkla güvenilir olma, kullanımının kolay olması, yan etkisinin olmaması, sağlıklı olması, eğer istemesi, doktorun önerisi gibi etkenler sayılmaktadır (Fathizadeh et al., 2009; Karaoğlu ve diğerleri, 2008; Kaya ve diğerleri, 2008; Kmg Araştırma Firması, 2007; Mayda ve diğerleri, 2005; Oltuluoğlu, 2008; Songur, 2009). Çalılımamızda halen en fazla kullanılan geri çekme yönteminin tercih edilme nedenlerini incelediğimizde; kullanımının kolay olması, yöntemi güvenilir bulma ve eğer istemesi olarak belirlenmiştir (Grafik 4.2.6.). Tanrıverdi ve Ark. (2008)’larının yaptığı çalılımaya göre, geri çekmenin eğer istemesi (%39.4) ve güvenilir olmasına (%38.0) bağlı olarak en fazla tercih edildiği belirlenmiştir ve

çalı mamızı desteklemektedir. Bu sonuçlar, aile planlaması gereksiniminin karılanmasında özellikle geri çekme yöntemine karar vermede erkek katılımının önemli rol oynadığını gösterebilir.

Üremeye ili kin hedefler, ancak çiftlerin gebeliği önleyici yöntemleri etkili biçimde ve devamlı olarak kullanmasıyla gerçekleşebilir (TNSA, 2008). Bizim çalı mamızın yöntem bırakılma hızları incelendi inde, hapı kullananların %89.0'u, geri çekmeyi kullananların %46.5'i, RA'yı kullananların %59.0'u ve kondomu kullananların %69.0'u yöntemi bırakmı tır (Grafik 4.2.8.1.). Çalı mamızda en fazla kullanılan yöntemlerin yöntemi bırakma nedenleri; yöntem özel ikayetler, gebe kalmak istemesi, yan etki yapması, daha etkin yöntem geçmesi, e inin istememesi ve kullanırken gebe kalması olarak de i mektedir (Grafik 4.2.8.2.). TNSA 2008 sonuçlarına göre, kadınların hapı bırakma hızı %50.2, RA'yı bırakma hızı %13.4, kondomu bırakma hızı %37.1 ve geri çekme yöntemini bırakma hızı ise %37.5'dir. Bu yöntemlerin en fazla bırakılma nedenlerini kullanırken gebe kalma, ba ka yöntem geçme iste i ve yöntem ba arısızlı ı seçenekleri olu turmaktadır (TNSA, 2008). Türkiye'ye göre, bizim çalı mamızda yöntem bırakma hızının yüksek oldu u görülmektedir. Bu sonuç, ülkede aile planlaması hizmetlerinin etkin sunulmadı ını ve yöntemi bırakma sorunlarının çözümüne yönelik yeterli e itim ve danı manlık hizmetinin yapılmadı ını gösterebilir.

Kadınların kullanılan etkin yöntem devâm etmesi ve yöntem kullanımının artması için yöntemlere ili kin iyi bir danı manlık verilmeli ve karar yöntemi kullanacak çiftlere bırakılmalıdır. Çalı mamızda, kadınların son kullandıkları yöntem karar ı sırasıyla e i ile birlikte, kendisi ve sa lık personeli ile birlikte verdi i saptanmı tır (Çizelge 4.2.9.). Yılmaz (2001)'ın yaptı ı çalı maya göre, AP yöntem seçimine kadınların %69.9'unun e i ile birlikte karar verildi i görülmekte ve bu sonuç çalı mamızla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar, kadınların kontraseptif bir yöntem seçiminde sadece tek ba ına karar vermedi ini göstermesi bakımından önemlidir.

Ancak alı mamızda, sa lık personellerinin de kararda etkili oldu u dikkati çekmektedir. Aile planlaması hizmeti verilirken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca kullanılan yöntemle karar veren ki iler arasında, sa lık personelinin yer alması hizmette etik problem ya andı ını dü ündürmektedir.

Çiftlerin kullanacakları yöntemlere karar vermeden önce özgür ve bilinçli seçim yapmalarını sa lamak için; güvenilir ve etkin aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir. Çalı mamızda AP yöntemlerine ili kin bilgi alma durumunu inceledi imizde, kadınların %86.2'sinin bilgi aldı ı ve bu bilgilere sıklıkla arkada /kom u/akrabadan (%37.2), özel klinik doktorundan (%27.5) ve basın yayın araçlarından (%17.5) ula tı ı bulunmu tur. Kadınların %3.5'i ise hem irelerden bilgi aldı ını ifade etmi tir (Çizelge 4.2.9.). Yapılan bir çalı mada, aile planlaması yöntemleri hakkında en fazla arkada /kom u/akrabadan (%40.6), hem irelerden (%31.7) ve doktorlardan (%17.3) bilgi alındı ı belirlenmi tir (Omo-Aghoja, Omo-Aghoja V., Aghoja, Okonofua, Aghedo, Umueri, Otayohwo, Feyi-Waboso, Onowhakpor & Inikori, 2009). Kahraman (2005)'in yaptı ı çalı mada, kadınların aile planlamasına ili kin bilgileri sıklıkla sa lık oca ından (%45.3), kom ular ve aile büyüklerinden (%27.6), TV., gazete, dergi vb. kitle ileti im araçları ve eczanelerden (%27) aldıkları belirlenmi tir. Yılmaz (2001)'in çalı masını inceledi imizde ise, kadınların bilgileri en fazla arkada /kom u/akrabadan (%50.0) aldı ı bulunmu tur. Yapılan bu çalı malar bizim çalı ma sonucumuz ile benzerlik göstermektedir. Kadınların en fazla bilgilerini arkada /kom u/akrabadan alması ö renilen bilgilerin do rulu undan üphe edilmesi gerekti ini dü ündürmektedir. Kadınlar bu bilgileri en fazla aile planlaması danı manlık bölümü tarafından almak istemekte (Çizelge 4.2.9) fakat hastaneler ile sa lık ocaklarında AP hizmetlerinin yetersiz olmasına ba lı özel klinik doktorlarına ba vurmaktadır. Ayrıca, alı mamızda hem irelerden bilgi alan kadınların az olması hem irelerin aile planlaması hizmetlerinde etkin olmadı ını göstermesi bakımından önemlidir.

Kadınların yöntemler hakkında bilgi alma durumunun yanında kullandıkları yöntemlere ulaşma yerini incelediğimizde; yarısından fazlasının (%77.3) özel klinikten ve eczaneden yöntemi temin ettiğini saptanmıştır (Çizelge 4.2.9.). TNSA 2008 verilerine göre, aile planlaması yöntemlerini temin etme yeri, en fazla özel sektör (%48.0) ve kamu sektörü (%39.1) olarak belirtilmektedir. Bingöl'de yapılan bir çalışmada kadınların %36.5'inin sağlık ocağı, %22.7'sinin ise ana çocuk sağlığı merkezi tarafından yöntemlere ulaştığını saptanmıştır (Kaya ve diğerleri, 2008). Çalışmamızda kadınların yöntemi temin etme yerleri içinde kamu sektörünün rolünün olmadığını dikkat çekmektedir. Bu bağlamda, kadınların hizmeti kamudan almadığı için özel sektöre yöneliminde artış olduğu düşünülmektedir. Ayrıca ekonomik durumu iyi olmayan çiftlerin bu hizmete ulaşmada güçlük yaşadığı söylenebilir.

Aile planlaması hizmetlerini planlarken kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanım durumu ile kullandıkları modern ve geleneksel yöntem durumunu etkileyebilecek faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir. Çalışmamızda, kadınların yaş gruplarına göre yöntem kullanımının ve kullandıkları yöntemin modern ve geleneksel olma durumunun istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) bulunmuştur. Çalışmada, 15-24 yaş grubu kadınların herhangi bir yöntem kullanımının %78.4 olduğu bulunurken, 35 yaş ve üzerinde %91.3 olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.3.1.). Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre, 40 yaş üzerindeki kadınların yöntem kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır (Black at all, 2009). Türkiye'de ise, en fazla 35-39 yaş (%83.8) grubundaki kadınların, en az ise 15-19 yaş (%40.2) grubundakilerin herhangi bir yöntem kullandığını bulunmuştur (TNSA, 2008). Bu sonuçlar, yöntem kullanımının kadının yaşına göre farklılaştığını göstermektedir. Kadınların 35 yaş ve üzerinde doğurganlığını tamamlamasına bağlı yöntem kullanımının arttığını düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda, kadının yaş grubunun artması ile modern yöntem kullanımının arttığını ve geleneksel yöntem kullanımının ise azaldığını dikkat çeken bir bulgudur (Çizelge 4.3.4.). TNSA (2008) verilerine göre; 35-39 yaş grubu kadınların herhangi bir modern yöntem kullanım sıklığı en fazla (%57.2) iken, 15-19 yaş grubunda

geleneksel yöntem kullanımı en az (%22.6)'dır. Literatürde, ya arttıkça geleneksel yöntem kullanımının arttığını (Kayembe, Fatuma, Mapatano & Mambu, 2006; Oltulolu, 2008; Stephenson at all, 200) belirten çalımların yanında, azaldığını belirten çalımlarda (Savran, 2006; TNSA, 2008) yer almaktadır. Bu sonuçlar ya ın yöntem kullanımına etkisinin ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye de i ebilece ini göstermektedir.

Kadınların e itim düzeyi yöntem kullanımını etkileyen önemli bir faktördür. Ancak çalımamızda kadınların e itim düzeyi ile yöntem kullanma durumu arasında istatistiksel olarak fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmu tur. Bunun yanısıra e itim düzeyinin artması ile yöntem kullanımı artmaktadır. Ayrıca, okur yazar olan kadınların modern yöntem kullanımının üniversite ve üzerinde e itim alanlara göre daha fazla olması dikkati çeken bir bulgudur (Çizelge 4.3.4.). TNSA 2008 sonuçlarına göre, yöntem kullanımı e itimi olmayan ya da ilkokulu bitirmemi kadınlar arasında %61 düzeyinde kalırken, lise mezunu veya daha yüksek e itimi olan kadınlar arasında %77'ye ulaşmaktadır. KKTC'de yapılan bir çalımada, e itim düzeyi yüksek olan kadınların yöntem kullanımı %87.3 olarak belirlenmiştir (Uptan, 1989). Literatürde, e itim düzeyinin artması ile birlikte yöntem kullanım sıklığının veya modern yöntem kullanımının arttığını belirtmektedir (Ayaz & Efe, 2009; Dündar ve di erleri, 2005; Mahmood & Ringheim, 1996; Kahraman, 2005; Karao lu, Çetin, Ilgır, Tekiner, Güne , Genç & E ri, 2005; Kayembe at all, 2006; Saleem & Pasha, 2008; Savran, 2006; Stephenson at all, 2007). Bu sonuçlar, kadınların e itim düzeyinin artması ile do urganlı ını kontrol etmede daha bilinçli karar verdiklerini göstermektedir. Fakat çalımamızda üniversite ve üzerinde e itim alan kadınların geleneksel yöntem kullanımının daha fazla olması literatür bilgileri ile farklılık göstermektedir. Bu sonuçta kadınların etkili yöntem kullanımını destekleyen hizmetlerin okullarda ve kamu hastanelerinde verilmemesinin rolü olabilece i dü ünülmektedir. Ayrıca bu sonuçta etkili olan nedenleri açıklamak için ileri niteliksel çalımlara gereksinim olabilir.

Çalı mada kadınların en uzun süre ya adı ı bölgeye (KKTC-Türkiye) göre, AP yöntem kullanımı anlamlı ($p<0.05$) bulunurken, kullandıkları modern ve geleneksel yöntem durumu bakımından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmu tur. En uzun süre KKTC'de ya ayan kadınların %85.2'si herhangi bir AP yöntemi kullanmakta iken, Türkiye'de ya ayanların %74.5'i herhangi bir yöntem kullanmaktadır (Çizelge 4.3.1.). Bu sonuçta, kadınların en uzun süre Türkiye'nin kırsal bölgelerinde ya amı olmalarının etkisi olabilece i dü ünülmektedir. Kadınların uzun süre ya adıkları bölgenin toplumsal yapısına ve kültürel özelliklerine ba lı yöntem kullanımının etkilenebildi i söylenebilir.

Kadınların ekonomik durumlarını algılama durumlarına göre yöntem kullanımı incelendi inde; ekonomik durumunu kötü olarak algılayan kadınların orta ve iyi algılayanlara göre yöntem kullanımı ile modern yöntem kullanımının biraz daha fazla oldu u görülmektedir (Çizelge 4.3.4.). Çalı malarda ekonomik durumu iyi olan kadınlarda yöntem kullanımı ve modern yöntem kullanımının daha fazla oldu u belirtilmektedir (Hock-Long at all, 2010; Williamson at all, 2009; Songur, 2009). Bu farklılı ın nedeni, çalı mamızda ekonomik durumunun kötü olarak algılayanların sayısının az olması olarak dü ünülmektedir. Ayrıca ekonomik durumunu kötü olarak algılayan kadınlar için, istenmeyen bir gebeli ın getirece i maddi yük nedeniyle aile sorun ya ayabilmekte ve do urganlı ın düzenlenmesi ön plana çıkabilmektedir.

Kadınların evlilik süresine göre yöntem kullanımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) (Çizelge 4.3.1.) bulunurken, kullandıkları modern ve geleneksel yöntem da ılımı arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmu tur (Çizelge 4.3.4.). Çalı mamızda, kadınların evlilik süresinin artması ile modern yöntem kullanımının arttı ı ve geleneksel yöntem kullanımının azaldı ı saptanmı tır (Çizelge 4.3.4.). Çalı malarda evlilik süresine göre yöntem kullanımı ile ilgili farklı sonuçlar bulunmu tur. Bazı çalı malarda evli olan kadınların evlilik süresinin yöntem kullanımı üzerinde anlamlı etkisinin oldu u belirtilmektedir. (Oltuluo lu, 2008; Songur, 2009;

Uptan, 1989). Oltuluolu (2008)'nin yaptığı bir çalışmada, evlilik süresinin artması ile modern yöntem kullanımının azaldığı, geleneksel yöntem kullanımının ise arttığı belirtilmektedir. Bu farklılığın nedeni, kadınların yaşadıkları bölgenin kültürel özelliklerine veya yaşam şartlarına bağlı olabilir. Ayrıca bu sonuçta evlilik süresinin artmasıyla, çiftlerin kadın ve erkek olarak rol ve sorumluluklarında değişim olabileceği (anne-baba olma, ekonomik giderlerin artması, beklenti ve önceliklerin değişmesi gibi) ve doğurganlığı daha etkin yöntem kullanarak kontrol edebildiklerini düşündürmektedir.

Bir ailenin çekirdek ya da geniş aile tipinde olması da aile planlaması yöntem kullanımını etkileyebilmektedir. Çalışmamızda çekirdek aile yapısına sahip kadınların yöntem kullanımının geniş aile yapısına sahip olanlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 4.3.1). Literatürde, aile büyükleri izin vermediği için yöntem kullanmayan kadınlar geleneksel geniş aile yapısında görülebilmektedir (Ahin, Ahin, Zeterolu & Kulusarı, 2002; Tanrıverdi, Özkan & Enveli, 2008). Geleneksel ailelerde, aile büyükleri yer aldığından, çiftlere istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları konusunda baskı yaptıklarını düşündürmektedir. Bu durumda çiftlerin yöntem kullanımını olumsuz etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda, kadınların doğurganlık özelliklerine göre yöntem kullanımı ve kullandıkları modern ve geleneksel yöntemler incelendiğinde, kadınların ilk gebelik yaşının artması ile geleneksel yöntem kullanımının artması dikkati çekmektedir (Çizelge 4.3.5.). İlk gebelik yaşı küçük olan kadınların doğurganlığını kontrol edebilmek için modern yöntemleri daha fazla tercih etmektedir. Bu sonuç, ilk gebelik yaşı yüksek olan kadınların riskli yaş grubuna girmeden, çocuk sahibi olmayı istemeleri nedeniyle etkisi az olan yöntemleri kullanmayı tercih ettiklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, gebelik sayısının hem yöntem kullanımı hem de kullanılan modern ve geleneksel yöntemler üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.3.2.). Gebelik sayısının 3'e kadar olan kadınlarda herhangi bir yöntem kullanım sıklığı giderek artarken, 4 ve üstünde gebelik

geçiren kadınlarda azalma göstermektedir (Çizelge 4.3.2.). Ayrıca, gebelik sayısının artması ile kadınların modern yöntem kullanım sıklığı artmakta, geleneksel yöntem kullanım sıklığı ise azalmaktadır (Çizelge 4.3.5.). Yapılan çalımlarda gebelik sayısındaki artışın kadınların yöntem ve etkin yöntem kullanma durumunu arttırdığı saptanmıştır (Arvi, 2008; Ayaz & Efe, 2009; Kaya ve diğ. erleri, 2008; Özdemir, Ocaktan, Çalıkan & Özyurda, 2004; Songur, 2009; Yıldırım, 2003). Çalımamızda, kadınların gebelik sayısının yöntem kullanmama riskini etkilediği de bulunmuştur (Çizelge 4.3.8.). Gebelik sayısı 1 olanların herhangi bir yöntem kullanmama riski gebelik sayısı 4 olanlara göre 4.2 kat daha fazladır. Songur (2009)'un çalımasında ise, gebelik riski altındaki evli kadınların gebelik sayılarının her artışında herhangi bir AP yöntem kullanma olasılığı 1.4 kat artmaktadır. Bu sonuç bizim sonucumuzu desteklemektedir. Bu sonuçlar, aile planlaması hizmeti verilirken gebelik sayısının mutlaka dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Gelimekte olan ülkelerde bebek ve çocuk ölüm oranlarının yüksek olması, doğacak olan çocukların hayatta kalıp kalmayacağı endişesini yaratmakta ve bu da kadınları daha çok doğurmaya yöneltebilmektedir (Altay & Gönener, 2009; TNSA, 2008). Bu nedenle, kadınların gebelik sayısının yanında, canlı doğum ve yaayan çocuk sayısının da incelenmesi gerekmektedir. Çalımamızda ortanca canlı doğum sayısı 2.2 ve ortalama yaayan çocuk sayısı 2.0'dir (Çizelge 4.1.2.2.). Yapılan farklı çalıma sonuçlarına göre, ortalama yaayan çocuk sayısının 1.1-2.8 arasında olduğu belirtilmektedir (Kahraman, 2005; Oltuluolu, 2008; Savran, 2006; İmrek, 2009). Çalımamızda canlı doğum sayısının artması ile herhangi bir yöntem kullanımının arttığı görülmektedir (Çizelge). Kadınların yaayan çocuk sayısına göre herhangi bir yöntem kullanma durumu incelendiğinde ise; yaayan 1 çocuğa sahip olan kadınların yöntem kullanımı, 4 ve üzerinde olanlara göre daha fazladır (Çizelge 4.3.2.). Ayrıca çalımada, canlı doğum sayısı ile yaayan çocuk sayısının artması ile geleneksel yöntem kullanımında bir azalma, modern yöntem kullanımında ise bir artış olduğu dikkat çekmektedir. Yapılan çalımlarda, kadınların canlı doğum sayısının

artması ile yöntem kullanımının ve etkili yöntem kullanımının olumlu etkilendiği öne sürülmektedir (Songur, 2009; Yıldırım ve diğ erleri, 2003). Bununla birlikte bazı çalı malarda, belli sayıda ya ayan çocuk sayısına ulaş mı kadınların aile planlaması yöntem ve etkin yöntem kullanımının olumlu etkilendiği vurgulanmaktadır (Altay & Gönener, 2009; Arvi , 2008; Karao lu ve diğ erleri, 2005; Lucke at all, 2009; Mahmood & Ringheim, 1996; Oltuluo lu, 2008; Saleem & Pasha, 2008; Savran, 2006; Sungur, 2009; TNSA, 2008). Bu sonuçlar, bizim çalı ma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Ayrıca, çalı mamızda canlı do um sayısının modern yöntem kullanmama riskini etkilediği bulunmu tur (Çizelge 4.3.9.). Canlı do um sayısı 1 olanlarda modern yöntem kullanmama riski, canlı dogum sayısı 3 olanlara göre 4.4 kat ve canlı do um sayısı 2 olanlarda risk 2.2 daha fazladır. Songur (2009)'un çalı masında ise, gebelik riski altındaki evli kadınların canlı do um sayılarının her artı nda herhangi bir AP yöntemi kullanma olasılı ının 1.3 kat arttı ı bulunmu tur. Bu sonuç çalı mamızı desteklemektedir. Bu sonuç, çiftlerin çok çocu un getireceği ekonomik sıkıntılar nedeniyle do urganlı ı sınırlamayı tercih ettiklerini dü ündürebilir.

Çalı mamızda, kadınların sahip oldukları çocukların cinsiyetine göre hem yöntem kullanımı, hem de kullandıkları modern ve geleneksel yöntem bakımından gruplar arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$) oldu u bulunmu tur. Kız çocu a sahip olan kadınların yöntem kullanımı (Çizelge 4.3.2.) ile modern yöntem kullanımı, erkek çocu a sahip olanlara göre biraz daha fazladır. Kadınların her iki cinsiyette çocu a sahip olmaları da gruplar arası farkı yaratarak daha fazla modern yöntem kullanıldı ını göstermektedir (Çizelge 4.3.2.). Bu sonuçta her iki cinsiyette çocu a sahip olan kadınların modern yöntem kullanma sıklı ını arttırdı ı söylenebilir. Ayrıca sadece erkek çocu a sahip olan kadınların, yöntem kullanımı ile etkin yöntem kullanımının daha fazla olması, erkek çocu una verilen de erin daha fazla oldu unu dü ündürmektedir. Yapılan bir çalı mada, ya ayan erkek çocu u olmayan kadınların, olanlara göre çocuk sahibi olmayı daha fazla istedikleri

bulunmu tur (im ek ve di erleri, 2003). Bu sonuçta çalı mamızı destekler özelliktedir.

Çalı mamızda kadınların en fazla dü ündükleri ideal ocuk sayısı 2'dir (izelge 4.1.2.1.). Ya ayan ocuk sayısı ile ortalama ideal ocuk sayısının yakın olması kadınların hemen hemen istedikleri ocuk sayısını planladıklarını dü ündürmektedir. Çalı mada, kadınların ideal ocuk sayısının kullandıkları modern ve geleneksel yöntem üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmu tur. deal ocuk sayısı 1 olan kadınların modern yöntem kullanımı %54.5 iken, 3 olanların %69.1'dir. Yapılan bazı çalı malarda, kadınların ideal ocuk sayısının etkili yöntem kullanımını etkiledi i belirtilmektedir (Kayembe at all, 2006; Songur, 2009). Ülkemizdeki e itim düzeyinin yüksek olması kadınların ideal ocuk sayısında daha bilinçli karar verdiklerini dü ündürmektedir. Bu ba lamda, kadınlar dü ündükleri ideal ocuk sayısından fazla ocuk istemedikleri için etkili yöntemi daha fazla tercih etti ini söyleyebiliriz.

Aile planlaması yöntem kullanımını etkileyebilecek di er bir faktör kendili inden ve isteyerek dü ük sayısıdır. Çalı mamızda her dört kadından biri dü ük öyküsü ya amı tır (izelge 4.1.2.1.). Türkiye TNSA 2008 sonuçlarına göre, 15-49 ya grubu evlenmi kadınların be te birinin kendili inden dü ük ve be te birinden fazlasının ise isteyerek dü ük yapmı oldu u bulunmu tur (TNSA, 2008). Yapılan farklı çalı malarda ortalama kendili inden dü ük sayısı 0.2-0.3 aralı ında, ortalama küretaj olma sayısı ise 0.01-0.4 aralı ında de i mektedir (Giray & Keskinolu, 2006; Songur, 2009; im ek, 2009). Çalı mamızda ortalama küretaj ve kendili inden dü ük sayısının di er çalı ma sonuçlarının oldukça üstünde bir bulguya sahip oldu u dikkati çekmektedir. Bunun nedeni, KKTC'de küretaj ile ilgili yasal bir sınırlamanın olmaması ve küretaj sonrası aile planlaması danı manlı ı, hizmetinin verilmemesinden kaynaklanabilmektedir. Ayrıca kendili inden dü ük ve küretaj oranının yüksek olması kadınlarda riskli gebelik ve buna ba lı problemleri dü ündürmektedir. Kendili inden dü ük ve küretaj sayısına

göre herhangi bir yöntem kullanımı ve halen kullanılan modern ve geleneksel yöntem arası ili ki incelendi inde; küretaj olan kadınların daha fazla modern yöntem kullandı ı bulunmu tur (Çizelge 4.3.5.). Literatürde, küretaj olan kadınların modern aile planlaması yöntemi kullanmaya daha fazla motive oldukları belirtilmektedir (Altay & Gönener, 2009; Saka, Ceylan, Ertem & İçin, 2004; im ek, 2009; Yurdakul & Vural, 2001). Bu sonuçlar, bizim çalı mamızla benzerdir. Ayrıca çalı mamızda, kendili inden dü ük sayısının yöntem kullanmama riskini etkiledi i bulunmu tur (Çizelge 4.3.8.). Hiç dü ük yapmayan kadınların 2 ve üzeri dü ük yapanlara oranla yöntem kullanmama riski daha az olarak belirlenmi tir. Kadınların tekrarlayan dü üklerinin olması canlı do um gerçekle tirme ümidini azaltmakta ve kadınları yöntem kullanmamaya yönelmektedir.

Kadınların cinsel ili ki özelliklerini inceledi imizde, ilk cinsel ili ki ya ının %69.8'inin 21 ve altında oldu u görülmektedir (Çizelge 4.1.3.). Çalı mamızda, ilk cinsel ili ki ya ortalamasının ilk evlilik ya ı ortalamasından farklı oldu u dikkati çekmektedir. talya'da yapılan bir çalı mada, gençlerin ilk cinsel ili ki ya ortalamasının 15.6 oldu u bulunmu tur (Capuano, Simeone, Scaravilli, Raimondo & Balbi, 2009). Ülkelerde ilk cinsel ili ki ya ı, o ülkenin kültürel özelliklerine ve dini inanı larına göre farklılık göstermektedir. Ülkemizde kadınların bir bölümünün evlilikten ba ımsız olarak cinselli ini daha rahat ya ayabildi i dü ünülmektedir. Ayrıca geli mi ve geli mekte olan ülkelerde ilk cinsel ili ki ya ının küçülmesi ile birlikte aile planlaması hizmetlerinin erken dönemde verilmesinin önemi üzerinde durulmaktadır. Kadınların ilk cinsel ili ki ya ına göre yöntem kullanımının ve kullanılan modern ve geleneksel yöntem durumunun istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) oldu u bulunmu tur.

Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi alma durumu da kullanılan yöntemi etkileyebilmektedir. Çalı mamızda, kadınların bilgisinin artması ile yöntem kullanımının arttı ı (Çizelge 4.3.3.) ancak modern yöntem kullanımının yeterli düzeyde artmadı ı dikkat çekmektedir (Çizelge 4.3.6.). TNSA 2008 verilerine göre, kadınların yöntem kullanmama nedenlerinin %1.7'sinin

yöntemi bilmemesine bağlı olduğu saptanmıştır. Literatürde, aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olmasının modern yöntem kullanımını olumlu etkilediği belirtilmektedir (Williamson et al., 2009; Mikolajczyk et al., 2003). Bu sonuçlar, bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin, kadınların bilgileri en fazla arkadaş /komşu/akrabadan almasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla yöntem hakkında elde edilen bilginin güvenilir bir kaynaktan olmaması etkin yöntem kullanımını olumsuz etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda kadınların yöntemle karar vermede kendisi ve sağlık personeli ile birlikte karar verildiği durumlarda modern yöntem kullanımını fazla, eşi ve eşi ile birlikte karar verildiği durumlarda ise geleneksel yöntem kullanımını fazla olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.3.7.). Oltulu (2008)'un yaptığı çalışmaya göre, kadınların geleneksel yöntem kullanımına karar verenlerinin %72.3 ile eşi ile birlikte olduğu bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamız sonucu ile uyumludur. Bu sonuçlar, erkeklerin en fazla kullandıkları yöntem olan geri çekme yöntemine karar vermede daha etkili olduğunu düşündürmektedir. Kadınlara eşi ile birlikte aile planlaması hizmetlerinin verilmesi, modern aile planlaması yöntem kullanımına karar vermede etkili olacaktır düşünmektedir.

Sonuç olarak, araştırma kapsamına alınan kadınların halen en fazla kullandıkları yöntemin geri çekme yöntemi olması dikkati çeken bir bulgudur. Kadınların herhangi bir yöntem kullanımını ve kullandıkları modern ve geleneksel yöntemleri etkileyen faktörlerin aile planlaması hizmetlerinin planlanmasında ve uygulanmasında dikkate alınması gerekmektedir. Dolayısıyla, sağlık bölgesindeki kadınların etkin aile planlaması yöntem kullanımının artacağı düşünülmektedir.