T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Burcu TOKUÇ

EDİRNE MERKEZ İLÇEDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI DURUMU

(Yüksek Lisans Tezi)

Sunel TEMÜRLENK

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Burcu TOKUÇ

EDİRNE MERKEZ İLÇEDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI DURUMU

(Yüksek Lisans Tezi)

Sunel TEMÜRLENK

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü .....Halk Sağlığı..... Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve ..Prof. Dr. Burcu TOKUÇ.. danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi .....Sonel TEMİRLENK..... tarafından tez başlığı "....Edirne Merkez İlçede Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı Durumu..... ....." olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 25/01/19.. tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Unvanı Adı Soyadı
JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Faruk YORULMAZ
Dip. No.: 32047/44406

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

Prof. Dr. Burcu TOKUÇ
T.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. .....
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde emeği geçen başta danışman hocam sayın Prof. Dr. Burcu TOKUÇ olmak üzere tüm bölüm hocalarıma, eğitimim süresince desteğini esirgemeyen aileme, eşime ve dahiliye yoğun bakım ünitesi ekip arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **SAĞLIK** 3
- **ÜREME SAĞLIĞI** 4
- **DOĞURGANLIK** 6
- **AİLE PLANLAMASI** 7
- **GÜVENLİ ANNELİK** 8
- **DOĞUM ÖNCESİ BAKIM** 9
- **DOĞUM SONRASI BAKIM** 10
- **KADIN STATÜSÜ** 11

GEREÇ VE YÖNTEMLER 13

BULGULAR 16

TARTIŞMA 31

SONUÇLAR 41

ÖZET 44

SUMMARY 46

KAYNAKLAR 48

ŞEKİLLER LİSTESİ 53

ÖZGEÇMİŞ 54

EKLER

KISALTMALAR

AÇS-AP **:** Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

AIDS **:** Acquired Immune Deficiency Syndrome
(Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)

AP **:** Aile Planlaması

ASM **:** Aile Sağlığı Merkezi

BM **:** Birleşmiş Milletler

CEDAW **:** Convention on Elimination of all Discrimination Against Women
(Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi)

CYBE **:** Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

DÖB **:** Doğum Öncesi Bakım

DSB **:** Doğum sonrası Bakım

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

FIGO **:** International Federation of Gynecology and Obstetrics
(Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu)

GYE **:** Genital Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

ICPD **:** International Conference on Populationand Development
(Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı)

RİA **:** Rahim İçi Araç

SPSS **:** Statistical Programme for Social Science

TC **:** Türkiye Cumhuriyeti

TNSA **:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSH **:** Temel Sağlık Hizmetleri

UNICEF **:** United Nations International Children's Emergency Fund
(Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın; yaşam döngüsü çerçevesinde anne rahminden başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık gibi farklı dönemlerden geçmekte ve bu dönemlerden her birinde bir takım fiziksel, ruhsal ve sosyal farklılıklar yaşamaktadır (1). Kadınlar ve erkeklerin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde, kadınların üreme sağlığı sorunlarını erkeklerden çok daha fazla yaşadıkları ve bu durumun özellikle 15-49 yaş arasında daha da arttığı görülmektedir (2). Esasen kadınların erkeklerden daha fazla oranda hastalık ve sakatlık yaşadığı pek çok toplumda mevcut olan bir gerçektir ve bu sonuca katkısı olan üç faktör tanımlanmıştır. Bu faktörler şöyle açıklanabilir:

Birincisi; kadınların daha uzun süre yaşamaları onların daha yüksek morbidite oranlarının bir nedenidir. İkincisi; kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunları yaşama olasılıkları erkeklerden daha yüksektir (3). Kadın sağlığı; aile ve toplumdan kaynaklanan psiko-sosyal faktörler, eğitim, akrabalık ilişkileri, çalışma hayatı, kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. 15-49 yaş arası kadınları kapsayan doğurganlık dönemi, gebelik ve doğumla ilgili durum ve komplikasyonların en yoğun görüldüğü dönemdir. İstenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, gebeliğin psikososyal yönü, annelik hüznü, postpartum depresyon ve psikoz gibi doğum sonrası sorunlar, infertilite, cinsel işlev bozuklukları, genitalmutilasyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, meme ve jinekolojik kanserler, madde ve sigara bağımlılığı ve şiddet kadının cinsel olgunluk döneminde yaşadığı sorunlar arasında sayılabilir (4). Üçüncüsü ise; kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyeti ve üremeye ilişkin fizyolojik fonksiyonlarının farklılığı ve getirdiği yüklerin yanı sıra, toplumun kendilerine biçtiği "toplumsal cinsiyet"

rolünden kaynaklanan ve sağlıklarını etkileyen olumsuzluklar mevcuttur. Bu olumsuzlukların boyutu toplumdan topluma değişmekle birlikte, özellikle geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde "kadın" cinsiyeti yönünden olumsuzlukların boyutu daha da büyüktür (3).

Üreme sağlığının tüm dünya tarafından bir kavram olarak kabul edilmesi 1994 Kahire Konferansı'nda gerçekleşmiştir. Toplantıda nüfus politikalarının temelini bireylerin yaşam kalitesini yükseltme ve nüfus, kaynak, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkinin oluşturduğu ifade edilmiştir. Kalkınmanın sağlanması için bireylerin ve çiftlerin yaşamının her döneminde üreme sağlığı hizmetlerinden bir insan hakkı olarak yararlanmaları gerektiği vurgulanmıştır (4). Üreme sağlığı hem kadını hem erkeği kapsamasının yanında, kadınların yaşamını doğrudan etkileyen bir kavramdır (2). Kadın ve bebeğinin sağlığı açısından önemli olan doğurganlık döneminde kadının yararlandığı sağlık hizmetlerinin kalitesi ve ulaşılabilirliğidir (1).

Bu çalışma ile Edirne Merkez İlçede yaşayan 15-49 yaş arası kadınların üreme sağlığı ile ilgili bilgilerinin ve üreme sağlığı durumlarının (doğurganlık özellikleri, aile planlaması yöntem kullanımı vb.) ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetleri kullanma durumlarının ortaya konulması amaçlanmaktadır.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık; "sadece hastalıkların ve sakatlıkların olmaması değil, aynı zamanda bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir." olarak tanımlanmaktadır (5). Sağlık bir insan hakkı olduğu gibi, bunun için uygun ortam sağlamak devletin sorumluluğu altındadır. Sağlıklı olma, gerek kötü yaşam tarzı gerek genetik hastalıklardan dolayı yalnızca devlet tarafından sağlanabilecek bir durum değildir. Ancak devlet sağlığı erişilebilir yaparak ve sağlık belirleyicilerini geliştirerek bireylerin sağlık hakkına ulaşmalarını sağlamakla yükümlüdür (6).

T.C. Anayasası'nın 41. Maddesi "Aile, Türk toplumunun temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar." ifadesi yer almaktadır. Aynı zamanda 56. Maddesi "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir." diyerek sağlık hakkını ve önemini vurgulamıştır (7).

ÜREME SAĞLIĞI

Dünya Sağlık Örgütü üreme sağlığını "Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır" olarak tanımlamaktadır (8). Günümüzde ise üreme sağlığı denilince yalnız anne ölümü, aile planlaması, doğum öncesi bakım gibi temel kavramlar değil; aynı zamanda insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel hayata sahip olması, üreme kabiliyetlerinin olması ve bu kabiliyetlerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları gibi konular ön plana çıkmaktadır (9).

İnsan hakları açısından; kadın ve erkek üreme ve üreme sağlığı konusunda yeterli bilgi donanımına ve yetkiye sahip olabilmelidir. Bu bağlamda tüm bireyler ve çiftler, çocuklarının sayısı, aralık ve zamanlaması konusunda özgürce ve sorumluluk duygusu ile karar vermelidir. Bu karar aşamasında hiçbir şiddet, ayırımcılık ve baskı olmaksızın en yüksek düzeyde cinsel sağlık ve üreme sağlığına erişebilmelidir (9).

1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (International Conference on Populationand Development-ICPD) kalkınma temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olarak vurgulanmıştır. Toplantıda; nüfus politikalarının temelini bireylerin yaşam kalitesini yükseltme ve nüfus, kaynak, çevre, kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkinin oluşturduğu ifade edilmiştir. Kalkınmanın sağlanması için bireylerin ve çiftlerin yaşamının her döneminde üreme sağlığı hizmetlerinden bir insan hakkı olarak yararlanmaları gerektiği vurgulanmıştır (4).

Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri süreklilik ve bütünlük içerisinde ele alınmalıdır. Adolesan dönem, doğurganlıkla ilgili olayların en yoğun yaşandığı üreme dönemi, postmenapozal ve yaşlılık dönemlerinin kendine özgü sorunları mevcuttur ve hizmetlerin bu sorunlara paralel düzenlenmesi gerekmektedir.

Üreme sağlığının kapsadığı hizmetler;

• Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme-eğitim-iletişim

• Yaygın aile planlaması hizmetleri, aile planlamasında bilgilendirme-eğitim-iletişim ve danışmanlık

• Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme

• Genital yol enfeksiyonlarının (GYE) etkin kontrolü

• Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) önlenmesi ve AIDS ile mücadele

• İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi

• Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı sonuçlarda gerekenin yapılması

• Üreme organları malignensilerinin önlenmesi ve tedavisi

• Beslenme

• Bebek ve çocuk sağlığı

• Adolesan sağlığı ve cinselliği

• Sağlıklı yaşam biçimi

• Çevresel faktörlerin düzenlenmesi

• Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesidir.

Tüm bu hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında mutlaka ele alınması gereken üreme sağlığı hizmetleridir. Bu hizmetler, mutlaka ikinci basamak, gerektiğinde de üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile desteklenmelidir. Bugün gelinen noktada; tüm ülkelerin, uygun yaştaki bireylere en kısa sürede, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kapsamında ele alınmak koşuluyla, çok geniş bir hizmet alanı olarak "Üreme Sağlığı Hizmetleri'ni ulaşılabilir kılmaları önerilmektedir (10).

Üreme sağlığının amaçları kısaca şu şekilde özetlenebilir:

• Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili gereksinimleri karşılamada yardımcı olmak,

• İstenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak,

• Erkeklerin katılımını artırmak,

• Emzirmeyi teşvik etmek,

• Tüm kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları, komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak,

• Cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterli düzeyde gelişmesini sağlamak,

• Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için ihtiyacı olan bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak,

• Gençleri bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışa yöneltmek, hizmet ve danışmanlık sağlamak,

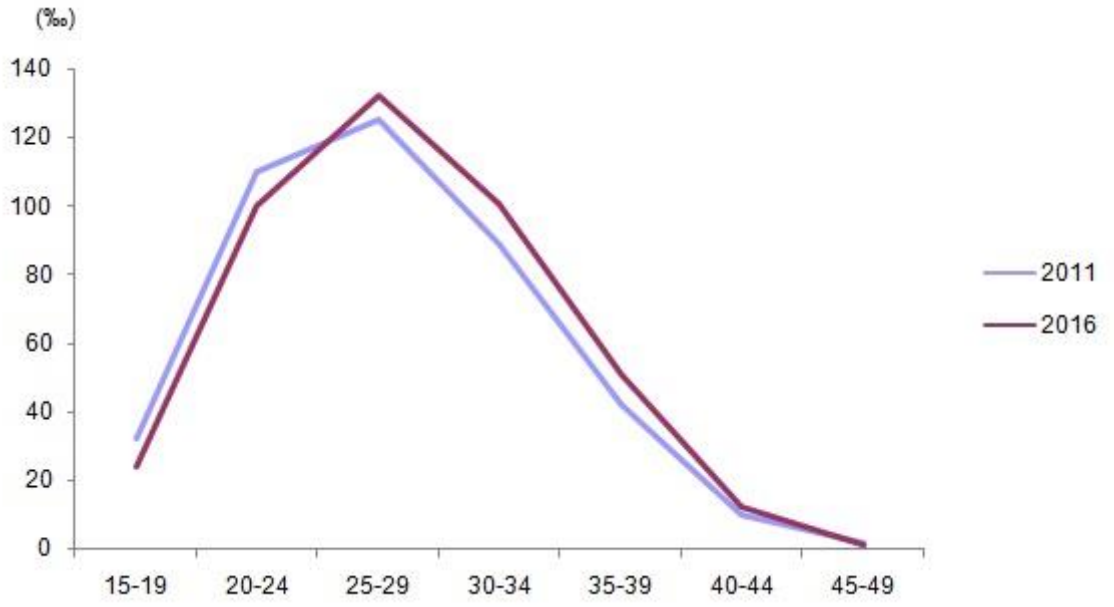
• Erken yaştaki gebelikleri azaltmak (9).

DOĞURGANLIK

Doğurganlık en basit haliyle, belirli bir sürede, bir toplumdaki canlı doğum sayısı ile ölçülür. Doğurganlık nüfus büyüklüğünü ve artışını etkilediği gibi aynı nüfusa ait üreme deneyimlerini de yansıtmaktadır (11).

Doğurganlık tercihleri, bireyin yaşam koşullarındaki değişikliklerden etkilenmekte, doğrudan veya dolaylı olarak yaş, eğitim, evlilik durumu ve kişinin sosyo-ekonomik durumu gibi birçok etken ile ilişkilendirilmektedir. Türkiye'de doğurganlık tercihlerinin son dönemde daha fazla çocuk istemeye yönelik olduğu görülmektedir (12).

Doğurganlık hızı; bir kadının doğurgan olduğu 15-49 yaş arasında doğurabileceği ortalama çocuk sayısını ifade etmektedir. Türkiye'de toplam doğurganlık hızı 2016 yılında 2,11'dir. Toplam doğurganlık hızı, çok sayıda demografik ve sosyo-ekonomik etmenin etkisini yansıtan bir göstergedir. Doğurgan çağdaki kadının sosyal statüsü, eğitim düzeyi, çocuğa bakışı ve beklentileri yanında, gelir düzeyi, evlenme yaşı, örf/adet/inanışlar, aile planlaması ve doğum kontrolü yöntemlerine erişebilme, tıbbî teknoloji düzeyi, çocuğun ekonomik maliyeti, erkek çocuk tercihi, hane halkının sosyal statüsü gibi çok sayıda değişkenin doğurganlık hızlarına etki ettiği bilinmektedir (13). 2016 yılında yaşa özel doğurganlık hızı en yüksek 25-29 yaş aralığındadır. 2011'de adölesan doğurganlık hızı binde 32 iken 2016 yılında binde 24'e gerilemiştir (14).



Şekil 1. Türkiye'de Yaşa Özel Doğurganlık Hızları 2011-2016

AİLE PLANLAMASI

Aile planlaması, bireylerin istenmeyen gebeliklerden korunmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaşlarını ve sosyo-ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüdür. Aile planlaması aynı zamanda anne ölümlerini önleyerek annenin sağlığını korumayı, bireyleri aile planlaması yöntemleri ve üreme sağlığı konusunda bilgi edinmelerini sağlamayı kapsamaktadır. Aile planlaması; üreme sağlığının bir parçası olarak kadın ve erkeğin üreme sağlığı konusunda bilgilendirilmiş bir şekilde yetki sahibi olabilmelerini sağlamakta olup, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını tehlikeye atmadan düzenlemeyi hedeflemektedir. Doğurganlığın düzenlenmesinde biyolojik, psikososyal ve kültürel belirleyiciler kontraseptif kullanımını ve seçimini etkilemektedir. Bireylerin sahip olduğu bilgi, tutum ve davranışları dikkate alınarak verilen aile planlaması danışmanlık hizmetleri modern aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasını arttırarak üreme sağlığını geliştirebilmektedir (15).

Dünya genelinde, üreme dönemindeki kadınların % 62,7'si geleneksel ya da modern herhangi bir yöntemle gebelikten korunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde geleneksel ya da modern yöntem kullanımı %72,4 iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %61,2, en az gelişmiş ülkelerde ise sadece %31,4'tür. Modern yöntem kullanımı ise dünyada %56,1, gelişmiş ülkelerde %61,2, en az gelişmiş ülkelerde ise %31,4 olarak gerçekleşmektedir. Tüm dünyada en yaygın olarak kullanılan kontraseptif yöntem tüp ligasyonu (%18,9) olup bunu rahim içi araçlar (RİA) (%14,3), oral kontraseptifler (hap) (%8,8) ve erkek kondomu (% 7,6) izlemektedir (16).

Türkiye'de aile planlaması hizmetlerinin temelleri 1965 yılında çıkarılan "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" ile atılmıştır. 1983 yılında ise Nüfus Planlaması Hakkında Kanun düzenlenmiş, sterilizasyon hizmetleri ile gebelik sonlandırması işlemleri, personelin görev, yetki ve sorumlulukları ayrıntılı esaslara bağlanmıştır. Bu yasa ile kadınlara sağlıklı bir ortamda, onuncu haftası doluncaya kadar gebeliklerini sonlandırma hakkı tanınmış, hastane ve sağlık kuruluşları da bu hizmeti sunmakla görevlendirilmiştir. Aile planlaması hizmetleri bir toplumda kadın sağlığına ve bunun da ötesinde kadın statüsüne katkı sağlayan en önemli etkinliktir. Bağışıklama gibi istenmeyen gebelikler de toplum sağlığı ile ilgili bir sorundur ve kamusal önlemler alınması gerekmektedir (17). 2000'li yıllara dek Türkiye'nin nüfus politikasında ve hizmet yaklaşımlarında ciddi bir sorun olmamış ve benzer yaklaşımlar

sürdürülmüştür. 2000'li yıllardan sonra da nüfus planlaması/aile planlaması politikalarında yasal bir değişikliğe gidilmemiş ancak; gerek topluma hizmetlerin sunulması ile ilgili sistem değişikliği gerekse doğurganlığın teşviki ve kadınların geleneksel rollerine yönlendirilmesi gibi konularda bir geri gidiş söz konusudur. Böyle bir gerilemenin devamının olmaması için aile planlaması üzerinde durulması gereken husus olarak görünmektedir (16).

GÜVENLİ ANNELİK

Güvenli annelik; anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımdır (18).

FIGO (Uluslararası Kadın Doğum Federasyonu) ve DSÖ'nün (2000) tanımına göre, anne ölümü; "… gebeliğin süresine bakılmaksızın, kadının, gebe iken ya da gebeliğin sona ermesini izleyen 42 gün içerisinde, kazadan kaynaklanmayan, gebelik veya gebeliğin yönetimiyle ilgili olan veya gebeliğin ağırlaştırdığı herhangi bir nedenle ölmesidir". 2010 yılında her gün yaklaşık 800 kadın doğum, enfeksiyon, hipertansif bozukluklar, güvenli olmayan düşükler sonrası şiddetli kanama ve doğum komplikasyonlarına bağlı hayatını kaybetmiştir. 2015 yılında 303000 kadın anne ölümlerine bağlı yaşamını yitirdi. Son 25 yıl içinde anne ölüm oranı (100000 canlı doğumda) yaklaşık %44 oranında düşmüş; küresel çapta 1990 ve 2015 yılları arasında %43 oranında azalmıştır (18).

Anneliği güvenli yapmak demek;

- İstenmeyen ve yüksek riskli gebelik sayısının azaltılması
- Obstetrik komplikasyonların azaltılması
- Komplikasyon gelişen kadınlarda ölüm riskinin azaltılmasıdır (19).

Güvenli annelik programının 100'den fazla ülkede uygulanması ile elde edilen deneyimler, her gebeliğin en sağlıklı ve eğitimli gruplarda bile risk taşıdığı, doğumun mutlaka eğitimli personel tarafından yaptırılması, nitelikli obstetrik bakım hizmetlerine ulaşılabilmesi, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve sağlıksız düşüklerde gerekli hizmetin verilmesi, acil obstetrik hizmetlerde iyi işleyen bir sevk sisteminin olması ve programla ilgili gelişmelerin bilimsel yöntemlerle değerlendirilmesinin yanı sıra, programın başarısı için kadınların mutlaka güçlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur (16).

DOĞUM ÖNCESİ BAKIM

Doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunarak, eğitimli bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir (20).

Doğacak olan bebeğin ve annenin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde DÖB, doğum ve doğum sonrası bakım temel koruyucu hizmetlerdendir (21).

DÖB hizmetleri eğitimli, gerekli ekipmana sahip ebe, hemşire ve hekimler tarafından yapılmalıdır (22).

DÖB ilk defa Boston'da yirminci yüzyılın başında gündeme gelmiştir. Bu yüzden tıp dünyasında yeni bir gelişme olarak görülmektedir. Boston Hemşire Birliği'nde bulunan hemşireler gebe kadınların sağlığına katkıda bulunabilmek için Boston LyingIn Hastanesi'nde kayıtlı olan bütün gebelere ev ziyaretleri yapmaya başlamışlardır. Ev ziyaretlerinde büyük bir başarı sağlanmış, hekimlerin de desteği ile önem kazanarak koruyucu bir hekimlik uygulaması oluşmuştur. Böylece DÖB hizmeti ortaya çıkmıştır (23).

Türkiye'de ana ve çocuk sağlığına verilmesi gereken önem Cumhuriyet'in kurulmasıyla başlamıştır. İlk doğum ve çocuk bakımevi Ankara'da 1926 yılında açılmış ve aynı yıl ikincisi Konya'da hizmete başlamıştır. Ancak bu kuruluşlarda daha çok tedavi hizmeti verilmiştir. 1952 yılında DSÖ ve UNICEF'in katkılarıyla, Sağlık Bakanlığı'na bağlı özel bir örgüt olarak Ana ve Çocuk Sağlığı Başkanlığı kurulmuştur. Ülke genelinde gebelerin ve okul öncesi çocukların izlemlerine önem vermesi beklenen bu örgüt düzgün hizmet sunamamıştır (24).

1961 yılı, sağlık alanında koruyucu sağlık hizmetleri yönünden, özellikle kadın anne-çocuk sağlığı bakımından önemlidir. Bu yıl kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile DÖB hizmetlerinin sağlık ocakları tarafından herkese ulaştırılması amaçlanmış, bu görev sağlık ocağı ebelerine verilmiştir. DÖB'nin temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. Bu amaca yönelik olarak;

- Annede gebelik öncesi var olan hastalıklar ve riskli gebelikler saptanır,
- Gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisi, gerekirse sevki sağlanır,
- Fetüs intrauterin izlenir,
- Anne tetanoza karşı bağışıklanır,
- Doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar verilir.

- Anneye beslenme, gebelik hijyeni, doğum, doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda eğitim verilir (25).

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre, gebeliğe bağlı şikâyeti olmayan ve sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmeyen bir gebe en az dört kez izlenmelidir (26). Bu izlemlerin ilki gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde, ikincisi 18-24. (tercihen 20-22.) haftalar arasında, üçüncüsü 30-32. haftalar, dördüncüsü ise 36-38. haftalar arasında olmalıdır. DÖB'da amaç, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmeleri, sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır (27).

DOĞUM SONRASI BAKIM

Doğum sonrası bakım (DSB) süreci, yaşanan fizyolojik değişiklikler, aile düzenindeki değişimler ve anne ölümlerinin yarısından fazlasının doğum sonu dönemde gerçekleşmiş olması açısından önemlidir (28). Doğum sonrası dönem; doğum eylemi sona erdikten, bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra başlamaktadır (29).

DSÖ tarafından (2010), birçok kadın ve yenidoğanın doğum sonu bakım alamadığını, anne ölümleri ve hastalık oranlarının yüksek olduğunu ve her yıl 500 binden fazla kadının gebelik ve doğum sonuçları nedeni ile ölmekte olduğunu belirtilmektedir (30). DSÖ, anne-bebek ölümlerinin azaltılması için 21. yüzyıl sağlık hedefleri içinde üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin arttırılması gerektiğini belirtmiştir(31). Son yıllarda üzerinde önemle durulan "üreme sağlığı" kapsamında da doğum sonrası bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (32).

Etkili doğum sonu bakım ile hedeflenen;

- Anne ve yenidoğanın doğum sonu bakıma güvenli ve etkili olarak ulaşılabilmesi,
- Her bir anne için bireyselleştirilmiş bakım uygulanması,
- Kişiselleştirilmiş doğum sonu bakımın, doğum öncesi veya doğumdan hemen sonra başlatılması,
- Kadınlara kendi doğum deneyimleri hakkında konuşma olanağının sağlanması,
- Kadınlara, kendi ve yenidoğanlarının iyilik halini ve sağlıklarının devamı için kendilerini tanımalarının sağlanması,
- Annenin ve yenidoğanın sağlık durumuna, iyilik haline göre hastanede kalma süresinin belirlenmesi,
- Sağlık bakım vericiler ve ilgili diğer sektörler arasında protokollerin hazırlanması,

- Sağlık personelinin anne ve yenidoğana ilişkin kayıtları tutması olarak belirtilmiştir (33).

DSÖ Doğum Sonu Anne ve Yenidoğan Bakımı Uygulama Kılavuzu'nda rutin DSB ile gözlem ve vajinal kanama, uterin involüsyon ve yaşam bulgularının değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Yenidoğan için ise, kord bakımı, hijyen, kilo takibi, beslenme, aşılama ve sistematik olmayan bakım uygulamalarına yer verilmiştir (30).

Ülkemizde DSB Hizmetleri ile ilgili kurallar Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmış; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından güncellenmiştir. Her lohusanın doğum sonrası ilk 42 gün süresince izleminin yapılması, komplikasyonlara karşı korunması, erken teşhis ve tedavisinin sağlanması, gerektiğinde sevk edilmesi ve annenin ilgili konularda bilgilendirilmesi amacı ile geliştirilmiştir. Rehber, 2008/80 sayılı genelge ile uygulamaya konulmuştur. Bakanlığın Bilim Komisyonu ve uzman dernekler tarafından ulusal ve uluslararası güncel literatür bilgileri ışığında gözden geçirilerek 2014 yılında güncellenmiştir (34).

KADIN STATÜSÜ

Kadın statüsü, kadın sağlığının önemli bir göstergesidir. Kadının sosyal statüsü; pek çok psikososyal faktörün etkileşimi ile bu faktörlerin bileşkesi olarak meydana çıkan bir neticedir (16).

Kadınların statüsünü yükseltmek için yapılan çalışmalar, Birleşmiş Milletler (BM) Ekonomik ve Sosyal Konsey çatısı altında, 1946 yılında oluşturulan Kadının Statüsü Komisyonu'nun öncülüğünde uluslararası bir önem ve resmiyet kazanmıştır. Bu faaliyetlerden ilki BM tarafından düzenlenen 1975 yılında Mexico City'deki toplantı, sonuncusu da 1995'de Pekin'de IV. Dünya Kadın Konferansı olmuştur. 1979 yılında ise BM Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (CEDAW), BM Genel Kurulu tarafından kabul edilmiştir. Türkiye, sözü edilen kadın konferanslarına katılarak sonuç belgelerini imzalamış ve uluslararası yasa niteliğinde olan CEDAW'ı 1985 yılında imzalamış ve son olarak da 2004 yılında Türkiye raporunu sunmuştur. Türkiye'de son on beş yılda kadın konusu ile ilgili önemli gelişmelerden birisi, 1990 yılında, Başbakanlığa bağlı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nün kurulmasıdır. Bir diğeri ise Pekin IV. Dünya Kadın konferansında alınan kararlar paralelinde Üniversitelerde Kadın Sorunlarına İlişkin Araştırma Merkezleri'nin kurulmaya başlanmasıdır (35).

Doğumun kadının bedeninde gerçekleşmesi, toplumsal örgütlenmenin bazı gözlenen biçimlerinin ve özellikle cinsiyet rolleri farklılaşmasının ve cinsler arası eşit olmayan ilişkilerin ilk gerekçesi olmuştur. Bu nedenle, kadının statüsünü ve doğurganlığını birbirinden bağımsız olarak düşünmek olanaksızdır. Kadının kendi bedenini kontrol edebilme hakkı, fırsatları ve yeteneği, doğurganlık açısından kadının statüsünü belirlemektedir (36).

Kadının statüsü genelde kadının gelir düzeyi, ekonomik bağımsızlığı, istihdamı, eğitimi, sağlığı ve doğurganlığı, aile ve toplum içindeki rolü, değeri gibi faktörlerle tanımlanmaktadır. Ayrıca, toplumun kadının rollerini algılayış biçimi ve bu rollere verdiği değerden de etkilenmektedir (37).

Kadının eğitim düzeyi, yaşadığı yerleşim yeri, çalışma durumu, gelir miktarı sağlık hizmetlerinden yararlanmanın en önemli belirleyicilerindendir (38). Lise ve üzeri eğitim alan ve çalışan kadınların son gebeliklerinde daha yüksek oranda DÖB almışlar, doğumlarını daha yüksek oranda bir sağlık kuruluşunda yapmışlar, kadın hastalıkları ile ilgili bir sorun yaşadıklarında daha rahat bir şekilde sağlık kuruluşlarına başvurmuşlar ve bunları yaparken daha az oranda eşlerinden izin istemişlerdir (39).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Edirne İli Merkez İlçesinde, 28.09.2016 ve 20.03.2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın yürütümü için Edirne Valiliği ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır (Ek 1 ve 2).

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Edirne İli Merkez İlçesinde yaşayan 15-49 yaş kadınlar oluşturmaktadır.

TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de üreme çağı kadınların Modern Aile Planlaması Yöntemi kullanım oranı %47'dir. Bu oran baz alınarak P= 0.47, GA=%95, d=0.05 alındığında DSÖ tarafından Sağlık Araştırmalarında Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi için hazırlanan tablolardan yararlanılarak örnek büyüklüğü 395 olarak hesaplanmıştır. 395 kadın Merkez İlçe Mahalle nüfuslarına göre ağırlıklandırılarak her mahalle için örnek sayısı belirlenmiştir. Araştırmaya alınacak kadınlar mahalle muhtarlığından başlanarak sistematik örnekleme ile hedeflenen sayıya ulaşılıncaya kadar devam ederek belirlenmiştir. Her mahalleden örnekleme alınan kadın sayısı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Mahallelerden örnekleme alınan 15-49 yaş arası kadın sayısı

MAHALLE	SAYI	%	NÜFUS
Yancıkçışahin	14	3.54	4450
Sabuni	2	0.50	1224
Araplar	15	3.79	5979
Bababemirtaş	8	2.02	3374
Mithatpaşa	7	1.77	2753
Istasyon	8	2.02	3311
Fatih	49	12.4	17493
1.Murat	23	5.82	6435
Nişancıpaşa	24	6.07	7486
Medrsealibey	7	1.77	5717
Şükrüpaşa	86	21.77	31539
Karaağaç	10	2.53	4024
Dilaverbey	14	3.54	4176
Kocasinan	36	9.11	13350
Meydan	8	2.02	3051
Yeniimaret	13	3.29	3748
Yıldırım	15	3.79	3987
Barutluk	27	6.83	10325
Abdurrahman	22	5.56	9468
Talatpaşa	7	1.77	5768
TOPLAM	**395**	**100**	**173037**

Araştırma Tipi

Araştırma Edirne merkez ilçede 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı durumlarını değerlendirmek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

Veri Toplama

Araştırmaya katılmayı kabul eden 15-49 yaş grubu kadınlara sözlü onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. Görüşmelerde, araştırmacılarca literatürden yararlanılarak geliştirilen, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, üreme sağlığı bilgileri, doğurganlık özellikleri ve son gebeliği ile ilgili bilgileri sorgulayan anket formu kullanılmıştır. Anketin ön denemesi Fatih Mahallesinden seçilen 15-49 yaş grubu 10 kadında yapılmış, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra forma son biçimi verilmiştir (Ek 3).

Araştırmanın Değişkenleri

- Sosyo-demografik özellikler (yaş, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, eşinin eğitimi, eşinin mesleği, yaşadığı yer, hizmet aldığı yer, gelir seviyesi, sosyal güvence durumu)
- Üreme sağlığı genel bilgileri,
- Üreme hakları hakkındaki bilgi düzeyleri,
- Üreme sağlığı hizmet kullanım durumları (doğum öncesi, doğum sonrası bakım alma durumları, doğumun gerçekleştiği yer ve doğuma yardım eden kişi vb.),
- Doğurganlık verileri (medeni durum, evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, istemli ve istemsiz düşük sayısı, yaşayan çocuk sayısı, bebek ölüm deneyimi, çocuk ölüm deneyimi, aile planlaması yöntem kullanım durumu),

Araştırma Hipotezleri

(H_0) Hipotezi: Edirne merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda üreme sağlığı durumları Türkiye geneli ile benzerdir.

(H_1) Hipotezi: Edirne merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda üreme sağlığı durumları Türkiye geneli ile benzer değildir.

Verilerin Analizi

Veriler bilgisayara girilmiş, gerekli kontroller yapıldıktan sonra değerlendirmeler IBM SPSS 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın değişkenleri ile ilgili tanımlayıcı istatistikler tablo ve grafiklerle sunulmuştur.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma kapsamında toplanan bilgiler görüşülen kadınların kişisel beyanlarıdır. Toplanan verilerle ilgili kayıtlı bir belgenin kontrolü olanaklı olmamıştır. Her hanede 15-49 yaş arası bir kadınla görüşüldüğünden dolayı evreni temsil etmeyebilir.

BULGULAR

Araştırmaya 395 kadın katılmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 35 ± 8.1 (min:17- maks:49)'dur. Kadınların 307'si (% 77.7) evli, 53'ü (% 13.4) bekar, 17'si (% 4.3) boşanmış, 9'u (% 2.3) dul, 7'si (% 1.8) birlikte yaşamakta, 2'si (% 0.5) ayrı yaşamaktadır (Tablo 2).

Araştırma grubundaki kadınların 131'i (% 33.2) yüksekokul mezunu, 88'i (% 18.7) lise mezunu, 74'ü (% 18.7) ortaokul mezunu, 81'i (% 20.5) ilkokul mezunu, 11'i (% 2.8) okur-yazar, 10'u (% 2.5) okur-yazar değildir (Tablo 2).

Kadınların 234'ü (% 59.2) gelir getirici bir işte çalışırken, 161'i (% 40.8) çalışmamaktadır. 197'si (% 49.9) asgari ücretin iki katından fazla gelire, 44'ü (% 11.1) asgari geçim ücretinin altında bir gelire sahiptir (Tablo 2). Kadınların 14'ü (% 3.5) herhangi bir sosyal güvencesi olmadığını belirtmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Temel özellik	Sayı	%
Yaş		
15-19	9	2.5
20-24	39	10.0
25-29	75	19.0
30-34	68	17.0
35-39	68	17.0
40-44	79	20.0
45-49	56	14.5
Medeni durum		
Evli	307	77.7
Bekar	53	13.4
Birlikte yaşıyor(nikahsız)	7	1.8
Boşanmış	17	4.3
Dul	9	2.3
Ayrı yaşıyor	2	0.5
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar değil	10	2.5
Okur-yazar	11	2.8
İlkokulu bitirmiş	81	20.5
Ortaokulu bitirmiş	74	18.7
Lise bitirmiş	88	22.3
Yüksekokul bitirmiş	131	33.2
Gelir getiren işte çalışma		
Çalışıyor	234	59.2
Çalışmıyor	161	40.8
Aylık toplam gelir*		
1300 TL'den az	44	11.1
1300 TL-2600TL	154	39.0
2600TL ve üzeri	197	49.9
Sosyal güvencesi		
Yok	14	3.5
Var	381	96.5

*Çalışma dönemindeki asgari ücret 1300 tl'dir.

İlk evlilik yaş ortalaması 21.54 ± 4.02 (min:14-maks:34) yıldır. Kadınların % 75.7'si (299 kişi) bir kez, % 2.7'si (8kişi) iki kez evlilik yaşadığını, % 71.1'i (281 kişi) hem dini hem resmi nikahla, % 7.6'sı (30 kişi) yalnızca resmi nikahla, % 3.5'i (14) yalnızca dini nikahla evli olduğunu, % 2.5'i (10 kişi) eşiyle akraba olduğunu söylemiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların evlilik özellikleri

Değişken	n	%
İlk evlenme yaşı		
10-14	2	0.6
15-19	112	33.4
20-24	147	43.9
25-29	66	19.7
30+	8	2.4
Evlilik sayısı		
1	299	75.7
2	8	2.7
Nikah şekli		
Yalnız resmi nikah var	30	7.6
Yalnız dini nikah var	14	3.5
Dini ve resmi nikah var	281	71.1
Eşi ile Akrabalık durumu*		
Akrabalık var	10	2.5
Akrabalık yok	332	84.0

*Dul ve boşanmış olan katılımcılar dahildir.

Kadınların çoğu sağlık hizmeti almak için devlet hastanesini tercih ettiklerini, bunun nedeni olarak da en çok ücretsiz hizmet alıyor olmalarını belirtmişlerdir. Toplum Sağlığı Merkezi'ne ise hiç başvurmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Kadınların sık başvurduğu sağlık kuruluşu ve tercih nedenleri

Başvurulan sağlık birimi	Sayı	%*
Devlet hastanesi	235	59.4
ASM	75	18.9
Özel sağlık kurumu	8	2.02
İşyeri sağlık birimi	5	1.26
Diğer	15	3.79
Tercih nedeni		
Ücretsiz hizmet	193	48.8
Eve yakınlığı	76	19.2
Çalışanlara güven	45	11.3
İşyerine yakınlığı	21	5.3

* Yüzdeler yanıtlayanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların üreme haklarına dair düşünceleri tablo 4'te verilmiştir. Araştırma grubundaki kadınların çoğu evliliğe, gebeliğe, gebeliğin sonlandırılmasına karar verirken eşlerle ortak karar almak gerektiğini belirtmişlerdir. Evliliğe karar vermede tek başına karar veren kadınlar ailelerinin uygun görmediği ama kendisinin evlilik istediği kişilerle evlendiğini, gebeliğe tek başına karar veren kadınlar sadece kendisi istediği için eşi istemediği halde gebe kaldığını, gebeliğini sonlandırmaya tek başına karar veren kadınlar ise eşi ile ayrılma evresinde bu kararı aldıklarını sözel olarak ifade etmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 5. Kadınların üreme hakları konusundaki düşünceleri

Değişken	**Sayı**	**%**
Evliliğe karar verme		
Tek başına kadının istemesi	4	1
Tek başına erkeğin istemesi	7	1.8
Çiftlerin ortak kararı olması	317	80.3
Aile büyüklerinin kararı olması	57	14.4
Aile ve çiftin ortak kararı olması	8	2.0
Diğer	2	0.5
Gebeliğe karar verme		
Tek başına kadının istemesi	11	2.7
Tek başına erkeğin istemesi	26	6.6
Çiftlerin ortak kararı olması	357	90.4
Aile büyüklerinin kararı olması	1	0.3
Gebeliği sonlandırmaya karar verme		
Tek başına kadının istemesi	25	6.3
Tek başına erkeğin istemesi	13	3.3
Çiftlerin ortak kararı olması	351	88.8
Aile büyüklerinin kararı olması	1	0.3
Diğer	5	1.3

Katılımcıların % 95.4'ü (377 kişi) (min:10-med:13-maks:17) 14 yaşına geldiklerinde adet görmeye başladığını, % 76.2'si (301 kişi) 18 yaşından sonra cinsel ilişki deneyimi yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 6).

Araştırma grubundaki 310 kadın (% 78.4) en az bir kez gebelik yaşamış olup, riskli gebelik sayısı olan dört ve üzeri gebelik geçirmiş kadın sayısı 55 (% 17.7) olarak belirlenmiştir (min:1-med:2-maks:11) (Tablo 6).

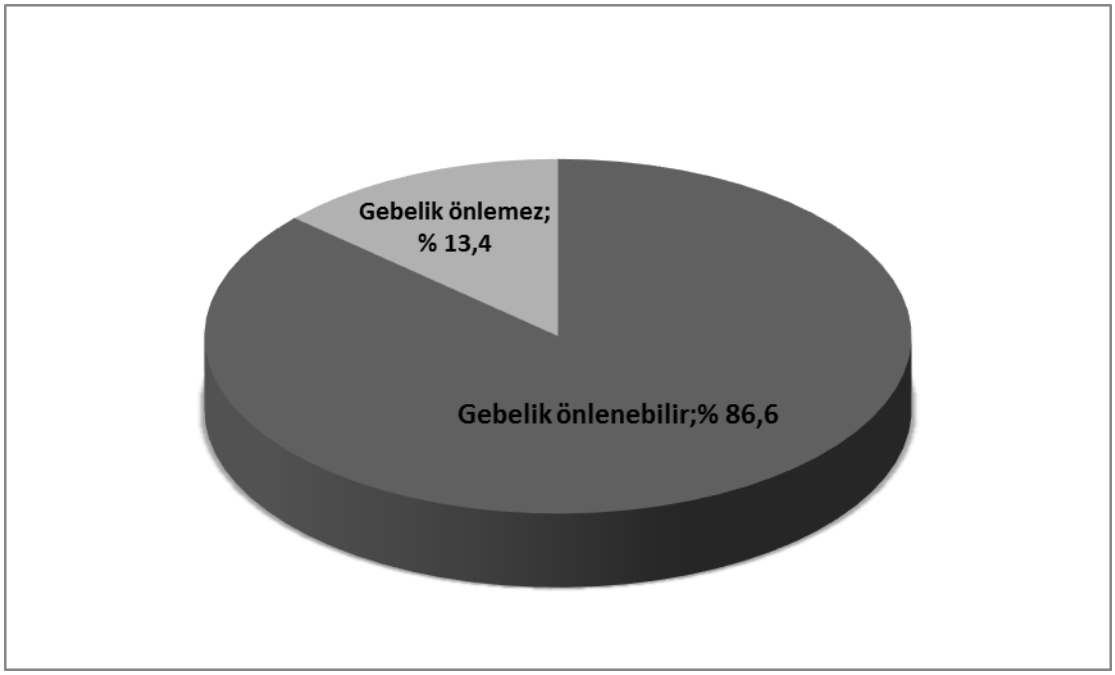
Çocuk sahibi olan kadınların % 78.0'i (227 kişi) bir veya iki çocuğa sahiptir. Üç ve üzeri çocuk sahibi olan kadınların oranının % 15.7 (62 kişi)(maks:4) olduğu gözlenmiştir (Tablo 6).

Katılımcılardan 9 (% 2.9) kişi doğum sonrası bebeğini kaybettiğini, 3 (%0.9) kişi de ölü doğum yaptığını ifade etmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırma grubundaki kadınların üreme özellikleri

Değişken	**Sayı**	**%**
İlk adet yaşı		
10-14 yaş	377	95.4
14 yaş ve üstü	18	4.6
İlk cinsel ilişki yaşı		
12-15 yaş	7	1.8
16-18 yaş	87	22.0
19-24yaş	191	48.4
24 yaş ve üstü	78	19.7
İlişki yok	32	8.1
Gebelik sayısı		
1	106	34.2
2	100	32.3
3	49	15.8
4+	55	17.7
Yaşayan çocuk sayısı		
1	109	27.5
2	118	29.8
3	49	12.4
4+	13	3.3
Doğum sonrası ölen çocuk	9	2.9
Ölü doğum	3	0.9

Araştırma grubundaki kadınların % 86.6‘sı (342 kişi) gebelik önlenebilir mi? sorusuna “evet” yanıtını verirken, % 13.4‘ü (53 kişi) “hayır“ yanıtı vermiştir (Şekil 2). Gebeliğin istediği zaman gerçekleşeceğini düşünen kadınlar aynı zamanda istediği zaman da önlenebileceğini söylerken, önlenemeyeceğini düşünen kadınlar gebeliğin eşinin elinde olduğuna inanıp kendilerinin önleyemeyeceğini sözel ifade etmişlerdir.



Şekil 2. Araştırma grubundaki kadınların gebeliği önlenmesi ile ilgili bilgi durumu

Katılımcıların % 49.9‘u (197 kişi) gebeliğin iki adet arasındaki sürede gerçekleştiğini bilmektedir. % 17.0‘si (67 kişi) gebe kalınacak dönemi bilmediğini ifade etmektedir (Tablo 7).

Gebelikler arası geçen süre anne ve fetüsün sağlığı açısından önemlidir. İki gebelik arası sürenin iki yıldan az olması gerektiğini belirten kadın sayısı 85 (%21.5), iki yıldan çok olmasını belirten kadın sayısının 201 (%50.8) olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Katılımcıların % 82.3’ü (275 kişi) ideal çocuk sayısını 2 ve altında olarak belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırma grubundaki kadınların üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri

Değişken	Sayı	%
Gebe kalınacak dönem		
Adet bittikten sonra	108	27.3
İki adet arasında	197	49.9
Adet başlamadan önce	2	0.5
Belirli zamanı yok	21	5.3
Bilmiyorum/cevap yok	67	17.0
İki gebelik arasındaki süre*		
İki yıl ve iki yıldan az olmalı	85	21.5
İki yıldan çok olmalı	201	50.8
İdeal çocuk sayısı		
≤2	275	82.3
>2	59	17.7

*Yüzdeler yanıtlayanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Gebeliği önleyici yöntemler içinde en çok bilinen % 57.3 (227 kişi) ile hap iken bunu sırasıyla, % 55.5 (220 kişi) ile kondom, % 42.9 (170 kişi) ile RİA, % 23.9 (95 kişi) ile geri çekme, % 22.8 (90 kişi) ile tüp ligasyonu, % 5.8 (23 kişi) ile enjeksiyon izlemiştir.

Kadınların % 61.8'i (244 kişi) bir aile planlaması yöntemi kullandığını belirtmiştir. Yöntem kullananların % 17.1'i (61 kişi) RİA, %14'ü (55 kişi) kondom, % 8.7'si (34 kişi) hormonal yöntemler, % 3.1'i (12 kişi) Tüp Ligasyonu ve % 18.9'u (75 kişi) etkisiz bir yöntem olan geri çekme yöntemini kullandığını söylemiştir. Kadınların % 38.2'si (151 kişi) yöntem kullanmamış olup, kullanmama sebebi olarak eşin istememesi ya da çocuk planlamayı belirtmişlerdir (Araştırmada bekar olanlar diğerleri değişkenine eklenmiştir) (Tablo8).

Yöntem kullanımında en çok tercih edilen yöntemlerden biri olan kondom temininin çoğunlukla eczane ve market gibi profesyonel danışmanlık hizmetlerinin sunulmadığı yerlerden sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 8). Yöntem kullanımı öncesi danışmanlık hizmeti alanlar çalışmamızda % 19.3 (47 kişi) bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanma durumları

Değişken	n	%
AP Yöntem Kullanımı		
Herhangi bir yöntem	244	61.8
Hormonal Yöntemler (Hap+Enjeksiyon)	34	8.7
Rahim İçi Araç	68	17.1
Kondom	55	14.0
Tüp Ligasyonu	12	3.1
Geri Çekme	75	18.9
Yöntem Kullanmıyor	151	38.2
Yöntem Kullanmama Nedeni*		
Çocuk istediği için	33	21.9
Pahalı olduğu için	2	1.3
Dini nedenlerle	8	5.2
Eşi istemediği için	42	27.9
Sağlık kaygısı ile	3	2.0
Yöntem kullanmaya karşı	7	4.6
Nereden alacağını bilmiyor	2	1.3
Diğer **	54	35.8
Yöntemin Temin Edildiği Yer***		
AÇSAP	73	43.1
Aile Sağlığı Merkezi	10	5.9
Devlet + Üniversite Hastanesi	10	5.9
Özel Hastane ve Muayenehane	12	7.1
Eczane	44	26.0
Market	20	11.8
Yöntem Kullanımı Öncesi Danışmanlık Alma	47	19.3
Evet	197	80.7
Hayır		

***Yöntem kullanmayanlar arasında hesaplanmıştır.

**Bekar ve gebe katılımcılar bu gruba dahil edilmiştir.

***Birden fazla yanıt verildiği için toplam 100'den fazladır.

Araştırmaya katılan kadınların % 29.1'i (115 kişi) son beş yılda gebelik yaşadığını belirtmiştir. Gebeliklerin % 75'i (86 kişi) canlı doğum ile neticelenmiştir. Kadınların % 10'u (11 kişi) ise henüz gebedir. Son beş yıldaki gebeliklerin % 14'ünün (17 kişi) istemli veya kendiliğinden düşük ile sonlandığı tablo 9'da görülmektedir.

Kadınlar gebeliklerini çoğunlukla adet gecikmesi (110 kişi) ile fark ettiğini ifade etmiştir (Tablo 9). Son beş yıldaki gebeliklerin % 76.5'i (88 kişi) planlanarak gerçekleşmiştir. Oluşan gebeliklerin % 8'i istemli düşükle sonlandırılmıştır. Plansız gerçekleşen gebeliklerin % 37'si istemli düşükle sonlandırılmıştır (Tablo 9). Yaşanan gebeliklerin % 84'ünde (97 kişi) bebeğin cinsiyeti ile ilgili bir tercih bulunmamaktadır (Tablo 9). Katılımcı kadınların gebelik tanısı için % 51'i (58 kişi) devlet hastanesine, % 27'si (31 kişi) özel hastaneye, % 11'i (13 kişi) üniversite hastanesine başvurmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Son beş yılda gebe kalmış kadınların gebelikleriyle ilgili kimi özellikler

Gebelikle ilgili değişkenler	Sayı	%
Gebelik neticesi		
Canlı doğum	86	75.0
Küretaj/istemli düşük	10	8.0
Tıbbi düşük	1	1.0
Kendiliğinden düşük	7	6.0
Gebe	11	10.0
Gebelikten şüphelenme belirtileri*		
Adet gecikmesi	110	95.6
Mide bulantısı	31	27.0
Göğüs şişliği	8	7.0
Halsizlik, uyku hali	7	6.1
Baş dönmesi	4	3.4
Diğer	2	1.7
Gebelik planlanmış mı		
Evet	88	76.5
Hayır	27	23.5
Bebek cinsiyet tercihi		
Var	18	16.0
Yok	97	84.0
Gebelik tanı yeri		
ASM	5	4.0
Devlet Hastanesi	58	51.0
Üniversite hastanesi	13	11.0
Özel Muayenehane	7	6.0
Özel Hastane	31	27.0
Eczane	1	1.0
Tanı koyan kişi		
Kendi	9	7.8
Hekim	109	94.7
Ebe/hemşire	3	2.6
Gebelik tanısı için ücret ödeme durumu	37	32.0
Ödeyen	78	68.0
Ödemeyen		

*Birden fazla yanıt verildiği için toplamı 100'den fazladır.

Kadınların DÖB alma durumları Tablo 10'da özetlenmiştir. Katılımcılardan son beş yıl içinde gebelik yaşamış olanların % 86'sı (99 kişi) DÖB hizmeti aldığını, % 70'i birden çok birimden hizmet aldığını belirtmiştir (Tablo 10).

Gebelik tespitinin ilk 14 hafta içinde yapılmış olması, hem bebeğin gelişimi, hem de annenin sağlığı ile ilgili önemli bulgulara ulaşmamızı sağlamaktadır. Katılımcıların son beş yıl içinde gebelik yaşayanlarının % 86'sı (99 kişi) ilk üç ayda ilk DÖB'ını aldığını belirtmiş, anne ve bebeğin rutin takiplerinin yapıldığını ifade etmişlerdir (Tablo 10).

Tablo 10. Son 5 yılda gebelik yaşayan katılımcıların doğum öncesi bakım alma durumu

Alınan hizmet	Sayı	%
İzlemin yapıldığı yer*		
Devlet hastanesi	50	43.4
ASM	44	38.2
Özel hastane	44	38.2
Özel doktor/muayenehane	5	4.3
AÇS-AP	1	0.8
Üniversite hastanesi	10	8.6
Gebelik izlemleri için ücret ödeme		
Evet	47	40.8
Hayır	68	59.2
İlk üç ayda DÖB durumu		
Evet	99	86.0
Hayır	16	14.0
Gebelik izlemi için evde ziyaret		
Var	2	1.7
Yok	113	98.3

ASM: Aile Sağlığı Merkezi, **AÇS-AP:** Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması,
DÖB: Doğum Öncesi Bakım.
*Bazı gebelerin izlemi birden fazla kurumda yapıldığı için toplam 100'den fazladır.

Gebelik süresince DÖB alanlara gebelikte tehlike belirtileri, beslenme, doğum, bebek beslenmesi, aile planlaması, doğumun yapılacağı yer hakkında bilgi verilmiştir. Katılımcılar arasında folikasit, multi vitamin, demir hapı kullanımının % 75 olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Son beş yılda gebe kalanların % 86'sı (100 kişi) tetanoz aşısı olmuştur. Aşılanmayan gebelerin aşılanmama sebebi aşılı olmaları ya da gebeliklerinin sonlandırılmış olması olarak ifade edilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Son 5 yılda gebelik yaşayan katılımcıların aldıkları doğum öncesi bakım hizmetleri

Değişken	Sayı	Yüzde
Doğum öncesi kontroller		
Sarılık tetkiki	66	70.2
Tartılma	87	92.5
Boy ölçümü	52	55.3
Tansiyon takibi	84	89.3
Kansızlık tetkiki	86	91.4
İdrar tetkiki	75	79.7
Bebek kalp atışı	87	92.5
Ultrasonografi	81	86.1
Genel/vajinal muayene	41	43.6
DÖB sırasında verilen bilgiler		
Gebelik tehlike belirtileri	49	52.1
Beslenme	62	66.0
Doğum	49	52.1
Bebek beslenmesi	40	42.5
Aile planlaması	39	41.4
Doğum yapılacağı yer/yaptıracak kişi	58	61.7
Gebelik sırasında önerilenler		
Folikasit	71	75.5
Multivitamin	48	51.0
Demirhapı	77	82.0
Tetanoz aşısı yapılma durumları		
Var	100	86.9
Yok	15	13.1

DÖB: Doğum Öncesi Bakım.

Araştırma kapsamındaki kadınların % 42'sine doğum zamanı doktor tarafından belirtilmiştir. Gerek gebenin tercihi gerekse doktorun tercihi ile iki gebelikten birinde sezeryan planlandığı katılımcılar tarafından ifade edilmiştir.

Doğumların % 43'ü (37 kişi) özel hastanede, % 41.8'i (36 kişi) devlet hastanesinde gerçekleşmiştir. Katılımcılar arasında evde doğum yaptığını belirten olmamıştır. Kadınlar doğumların tümünde ebe, doktor ya da ebe ve doktor tarafından doğumda sağlık personeli yardımı aldığını belirtmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Son 5 yılda canlı doğum yapan kadınların doğumda aldıkları hizmetler

Değişken	**Sayı**	**Yüzde**
Doğumun yapıldığı yer		
Özel hastane	37	43.0
Devlet hastanesi	36	41.8
Üniversite hastanesi	12	13.9
AÇS-AP	1	1.1
Doğuma yardımcı olan sağlık personeli*		
Doktor	69	60.0
Ebe/hemşire	56	48.6

*Doğuma birden fazla personel yardımcı olmuştur

Tablo 13'de katılımcıların doğum sonrası aldıkları hizmetler görülmektedir. Doğum sonrası kontrolü sağlanan kadınların dikiş kontrolü, akıntı kontrolü, karın, meme ve bebek muayeneleri yapılmıştır. Ancak kontrol için gelen kadınlar tümüne belirtilen kontrollerin yapılmadığını belirtmişlerdir (Tablo 13).

DSB hizmeti alanlar özel hastane, devlet hastanesi ve üniversite hastanesinden yararlandığını ifade etmiştir. Son beş yıl içinde doğum yapan kadınların 61'ine (93.8) ilk 24 saat içinde izlem yapıldığı katılımcılar tarafından belirtilmiştir (Tablo 13). Doğumdan iki hafta sonra tekrarlanan izleme katılım oranı izlem yapılanların % 60'ını (39 kişi) oluşturmuştur. Katılımcılar doğum sonrası evde ziyaret edilmediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 13. Son 5 yılda canlı doğum yapan kadınların aldıkları doğum sonrası bakım hizmetleri

Alınan hizmet	Sayı	Yüzde
İzlemin yapıldığı yer		
Devlet hastanesi	18	27.6
ASM	7	10.7
Özel hastane	28	43.0
Özel doktor/muayene	1	1.5
AÇS-AP	2	3.0
Üniversite hastanesi	10	15.3
İzlemin yapıldığı zaman aralıkları		
İlk 24 saat	61	93.8
Doğumdan iki hafta sonra	39	60.0
Doğumdan altı hafta sonra	10	15.3
Ücret ödeme		
Var	26	40.0
Yok	39	60.0
Doğum sonrası yapılan muayeneler		
Vajinal akıntı/dikiş kontrolü	29	44.6
Karından muayene	39	60.0
Meme muayenesi	10	15.3
Bebek muayenesi	43	66.1
Doğum sonrası verilen bilgiler		
Loğusalıkta tehlike belirtileri	18	27.6
Temizlik/hijyen	27	41.5
Loğusa ve bebek beslenmesi	27	41.5
Emzirme	54	83.0
Aile planlaması	17	26.1

*Yanıtlayanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların % 13.6'sı (54 kişi) (min:1-med:1-maks:7) en az bir kez istemli düşük yaptığını ifade etmiştir (Tablo 14).

İstemli düşüklerin % 60.6'sı (37 kişi) devlet hastanesinde gerçekleşmiştir. Özel muayenehane ikinci sıradaki tercih edilen istemli düşük yeri olmuştur. İstemli düşük yapanların % 64.8'i (35 kişi) ücret ödemiştir. İstemli düşük sonrası danışmanlık alanlar % 26 (14 kişi) oranında olup; her 4 kişiden 3'ü danışmanlık almadığını ifade etmiştir (Tablo 14).

İstemli düşük sonrası kadınların % 55.6'sı (30 kişi) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığını ifade etmiştir (Tablo 14). Bu durum istemli düşük sonrası ikinci bir istenmeyen gebelik yaşama ihtimalini 2 kadından 1'i için mümkün olduğunu göstermektedir.

Tablo 14. Araştırma grubundaki kadınların istemli düşük sayılarının dağılımı

Değişken	**Sayı**	**%**
İstemli düşüğün yapıldığı birimlere göre dağılımları		
Devlet hastanesi/doğumevi	37	60.6
Özel muayenehane	13	21.3
Özel hastane	8	13.1
Üniversite hastanesi	3	4.9
İstemli düşük için ücret ödeme		
Ödedim	35	64.8
Ödemedim	19	35.2
İstemli düşük sonrasında danışmanlık alma		
Danışmanlık almış	14	26
Danışmanlık almamış	40	74
İstemli düşük sonrası aile planlaması yöntemi kullanma durumu		
Kullanmaya başlayanlar	24	44.4
Kullanmayanlar	30	55.6

Araştırmaya katılan kadınların % 12.9'u (51 kişi) (min:1-med:1-maks:4) en az bir kez kendiliğinden düşük yaşamıştır (Tablo 15). Kendiliğinden düşük sırasında kanama, kasık ağrısı gibi öne çıkan yakınmalarla sağlık kurumuna başvurarak profesyonel sağlık hizmeti aldıklarını belirtmişlerdir.

Kendiliğinden düşük yaşayan kadınların % 57.4'ü (34 kişi) sağlık personelinden yardım almış iken % 42.6'sı (17 kişi) almamıştır (Tablo 15). Kendiliğinden düşük

yaşayanların % 60'ı (20 kişi) düşük sonrası profesyonel danışmanlık hizmeti almayı tercih etmediğini vurgulamıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Araştırma grubundaki kadınların kendiliğinden düşük sayıları ve aldıkları hizmetler

Değişken	Sayı	%
Kendiliğinden düşükte yakınma		
Kanama	47	11.8
Kasık ağrısı	17	4.3
Bel ağrısı	12	3.0
Parça düşürme	7	1.7
Diğer	1	0.25
Personel yardımı alma		
Yardım var	34	57.4
Yardım yok	17	42.6
Düşük sonrası danışmanlık alma		
Danışmanlık var	20	40.0
Danışmanlık yok	31	60.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcılar arasından 3 kişide (% 0.7) tıbbi düşük öyküsü olduğu belirlenmiştir. 2 kişi tıbbi düşüğün bebeğin sağlık problemi ile ilgili olduğunu, 1 kişi ise anne ve bebeğin sağlık problemi ile ilgili olduğunu belirtmiştir. Problemlerin tespiti, kan tetkikleri ve amniosentez sonucunda saptanmıştır. İşlemler için tıbbi düşük sırasında ücret ödenmediği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. İşlem sonrası bir kişi danışmanlık almayı tercih ettiğini belirtmiştir.

TARTIŞMA

Edirne merkez ilçede 15-49 yaş grubu kadınlar merkez ilçe nüfusunun (173.037) % 27,2 (47077)'sini oluşturmaktadır (40).

Eğitim, bireyin yaşamını sürdürme, kendini geliştirme, toplumun bir üyesi olma ve toplumla uyum içinde yaşama gereksinimlerini karşılama yönünde önemli bir role sahiptir (41). Kadınların eğitim durumu içinde bulunduğu toplumun refah düzeyini yansıtmakta, sunulan sağlık hizmetlerine ulaşmalarını önemli ölçüde etkilemektedir. Tokuç ve ark.larının 2001 yılında yaptıkları çalışmada Edirne merkez ilçedeki kadınların % 4.2'sinin okuryazar olmadığı, % 36.9'unun lise ve üzeri eğitim aldığı bulunmuştur (42). Cangöl'ün 2010'da Lalapaşa'da yaptığı çalışmada okuryazar olmayan katılımcılar % 1.8, lise ve üzeri eğitim alanlar % 38.1 bulunmuştur (43). Niğde'de Gılıç ve ark.larının 2001'de yaptığı çalışmada okul bitirmemiş kadın oranı % 18.4, ortaokul ve üzeri eğitim almış kadın oranı % 15.2, Elazığ'da 2008'de Pirinççi ve ark.larının yaptığı çalışmada kadınların % 20.1'i okuryazar değil veya sadece okuryazar, % 30.5'inin lise ve üzeri eğitimli, Bingöl'de 2008'de Kaya ve ark.larının yaptığı çalışmada okur-yazar olmayanların oranı % 24, yüksekokul mezun oranı % 4'tür (44,45,46). TNSA 2013 verilerine göre, okuryazar olmayan kadınların oranı % 12, lise ve üzeri eğitim almış kadınlar % 31.12'dir (47). Araştırma grubumuzdaki kadınlarda, okuryazar olmayanlar % 2.5, lise ve üzeri eğitim alanlar %51.9 olup, ülke geneline göre eğitim durumları daha yüksektir. Çalışmamızda, zaman içinde Edirne'de kadınların eğitim düzeyinin arttığı ve okuryazar olma durumunun ülkenin doğusuna göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların % 59.2'si gelir getirici bir işte çalışmaktadır. Öztaş ve ark.larının 2012'de Ankara'da bir aile hekimliği polikliniğinde yaptığı çalışmada kadınların çalışma oranı % 58.3 olup bizim çalışmamızla benzerdir (49). Bostancı Daştan ve ark.larının Kars'ta (2012) yaptığı çalışmada % 11.7'si, Çanakkale'de (2006) Tanrıverdi ve ark.larının çalışmasında kadınların % 33.5'i gelir getirici bir işte çalıştığını ifade etmiştir (48,50). Babadağlı ve ark.larının Sakarya'da (2006) yaptığı çalışmada kadınların çalışma yaşamına katılım oranı % 3 iken Kitapçıoğlu'nun Manisa'da 2006 yılında yaptığı çalışmada oran % 10.2 olup TNSA 2013'e göre ise kadınların % 31'i gelir getirici bir işte çalışmaktadır (51,52,47). Rakamlar, Edirne merkez ilçede yaşayan kadınların ülke geneline göre daha fazla çalışma hayatında yer aldığını göstermektedir. Batı bölgesinde olmanın verdiği destekle Edirne'de kadın istihdamına daha fazla önem verildiği ve kadınların daha fazla iş bulma imkanının olduğu söylenebilir.

Edirne merkez ilçede yaşayan kadınların % 3.5'inin henüz bir sağlık güvencesi olmadığını bildirmiştir. TNSA 2013'e göre Türkiye'deki kadınların % 11'inin sosyal güvencesi olmayıp, Edirne Merkez ilçeye göre üç kat fazladır (47). Lalapaşa'da (2010) % 4.7'sinin, Niğde'de (2001) % 12.7'sinin, Çanakkale'de 2006'da Tanrıverdi ve ark.larının yaptığı çalışmada kadınların % 11'inin, , Manisa'da (2006) % 5.6'sının, Kars'ta (2012) %10.7'sinin sosyal bir güvencesi olmadığı belirlenmiştir (43,44,50,52,53). Edirne ili bölgesinde yapılan çalışmalar benzer olup, diğer bölgelere göre sonuçların daha olumlu olduğunu desteklerken, orta Anadolu ve doğu illerinde sosyal güvence olmayışının hala bir sorun olduğu görülmektedir.

Evlilik çocuk doğurmak için toplumca kabul görülmenin başlangıcı sayılmaktadır. Bunun yanında kadınlar ne kadar erken yaşta evlenirse, o kadar çok gebe kalma riskine sahiptir. Cangöl'ün 2010'da Lalapaşa'daki çalışmasında ilk evlenme yaş ortancası 20.0, Tokuç ve ark.larının 2001 Edirne'deki çalışmasında 20.0, Pirinçci ve arklarının 2008'de Elazığ'daki çalışmasında 21.4, Bostancı Daştan ve arklarının 2012'de Kars çalışmasında 20.35, TNSA 2013 çalışmasında 21.0'dir (42,43,45,48,47). Bizim çalışmamızda ilk evlenme yaş ortancası 21.54 olup, diğer çalışmalarla bizim çalışmamız uyumlu bulunmuştur.

Yaptığımız çalışmada kadınlar % 69.5 oranı ile en çok devlet hastanesine başvurduğunu, tercih sebebinin ise ücretsiz hizmet alıyor olma olduğunu ifade ederken, 2010'da Lalapaşa'da 2010'da yürütülen Cangöl'ün çalışmasında kadınlar bizim çalışmamızdan farklı olarak % 97.8 oranında ASM'ye başvurduğunu belirtmiştir (43). Çıkan sonuçların farklı olması çalışma bölgelerinin birinin ASM'ye başvuran kadınlar üzerinden,

diğerinin ilçe genelinde yapılmış olmasından kaynaklı olup, her iki çalışmada da ücretsiz hizmet veren kamu kurumlarının tercih edildiği belirlenmiştir.

Kadınlar üreme konuları ile ilgili kararlar alırken genellikle eşleriyle ortak karar almaktan yana olduklarını ifade etmişler ve evliliğe karar verirken % 80.3, gebeliğe karar verirken % 90.4, gebeliği sonlandırmaya karar verirken % 88.8 oranında eşleriyle birlikte karar verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Cangöl'ün 2010'da yaptığı çalışmada bu oranlar % 95.6, %98.5, %98.2 olup bizim çalışmamıza göre daha yüksektir (43). Şanlıurfa'da Kabalcıoğlu ve ark. larının 2008'de yaptığı çalışmada, kadınlara çocuk sayısını belirlemede kim daha etkilidir diye sorulduğunda; % 49.6'sının eşi ile kendisinin, % 39.6'sının eşinin, % 6.8'inin aile büyüklerinin, %4.3'ünün kendisinin etkili olduğunu ifade etmiştir (54). TNSA 2013'te kadınların % 48.8'inin evliliğe, % 38.6'sının gebeliği sonlandırmaya eşleriyle birlikte karar veriyor olması bizim çalışmamıza göre daha olumsuz olup, sonuçlarımız Edirne merkez ilçedeki kadınların üreme hakları konusunda tüm ülkeye oranla daha iyi durumda olduğunu göstermektedir (47). Gerek Edirne ili bölgesinde yapılan çalışmaların benzer olması, gerek doğu bölgesine göre olumlu olması, çalışma bölgemizdeki kadınların ailede söz sahibi olduğunu yansıtmaktadır.

Araştırmamızdaki kadınların üreme öyküleri ilk adet yaşı, ilk cinsel ilişki yaşı, gebelik sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı bakımından değerlendirilmiştir. Katılımcıların % 95.4'ü 14 yaşına geldiklerinde adet gördüklerini ifade etmiştir. % 23.8'i 19 yaşına geldiklerinde ilk cinsel ilişkisini yaşadığını belirtmiştir. Lalapaşa'da Cangöl'ün yaptığı çalışmada % 37.5'i 19 yaş ve altında ilk cinsel ilişkisini yaşadığını ifade etmiş olup çalışmamıza göre daha genç yaşta yaşanmıştır (43). Lalapaşa ilçesinde kadın istihdamının ve eğitim düzeyinin merkez ilçeye göre daha düşük olması ve çalışmamızla arasındaki zaman farkı, kadınların erken yaşta evliliğe eğilimini açıklamaktadır.

İlk evlenme yaşı kadınların üreme sağlığı üzerinde önemli bir yere sahiptir. Erken yaşta gerçekleşen evliliklerde kadınlar daha fazla sayıda gebelik riski ile karşılaşmakta olup daha fazla doğum gerçekleşmektedir (47). TNSA 2013 verilerine göre tüm evli kadınların % 22'sinin 18 yaşına geldiğinde ilk evliliğini yaşamıştır (47). Lalapaşa'da Cangöl'ün yaptığı çalışmada (2010) % 36.3'ü 19 yaş ve altında evlendiklerini, Kars Susuz'da yapılan çalışmada (2016) kadınların % 50'si 18 yaş ve altında evlilik yaptığını ifade etmiştir (43,53). Bizim çalışmamızda ise evli kadınların % 34'ü 19 yaşına geldiklerinde evli olduklarını söylemiş olup, sonuçlar erken yaşta evlenmenin Edirne'de Türkiye geneline göre daha fazla, doğu illerine göre daha az olduğunu göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü 2012 verilerine göre adölesan doğumlar tüm dünyadaki doğumların % 10'u olmasına rağmen gebelik ve doğuma bağlı ortaya çıkan hastalıklar tüm kadınlar arasında bu grupta % 23'lük bir orana sahiptir (55). Bundan dolayıdır ki adölesan gebelikleri toplumda ayrı bir öneme sahiptir. Çalışmamızda kadınların % 14'ü 18 yaş ve altında ilk gebeliklerini yaşamıştır. Kars Susuz'da (2016) yapılan çalışmada kadınların % 39.8'i, TNSA 2013'te % 20.1'i ilk gebeliğini 18 yaş ve altında yaşadığını belirtmiş olup çalışma sonuçlarımız ülke geneline göre daha olumlu bulunmuştur (53,47). Katılımcıların erken yaşta evliliğe olumlu yaklaşırken, erken yaşta gebeliğe olumsuz bakması, yine kadınların üreme hakları ile ilgili kararlarda söz sahibi olduğunu göstermektedir.

Katılımcılarımızın % 26.3'ü üç ve üzeri gebelik yaşadığını ifade etmiştir. Aydın'da Çayan ve ark.larının 2009'daki çalışmasında bu değer % 38.9, Lalapaşa'da (2010 % 43.6, Denizli'de Turan ve ark.larının 2005'te yaptığı çalışmada % 13.5, Sakarya'da (2006) dört ve üzeri gebelik sayısı % 50.8 olup, çalışmalar arasında bölgesel değişikliklere bağlı farklılıklar gözlenmektedir (15,43,56,57). Bizim çalışmamıza en yakın bölgede ve benzer konuda yapılan Cangöl'ün (2010) çalışması ile ise farklılığın bizim çalışmamızın kentsel bölgede yapılmış olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Yaşayan çocuk sayısı, belirli yaş aralığındaki kadınların sahip olmak istedikleri çocuk sayısı ve bu sayının eğilim yönü hakkında bize ipucu verir. Çalışmamızda kadınların % 15.7'si üç ve üzeri çocuğa sahip olduklarını belirtmişlerdir. Çayan'ın 2009'da Aydın'da yaptığı çalışmada üç ve üzeri çocuk sahibi olanlar % 16.6, Lalapaşa'da 2010'da % 8.0, Denizli'de 2005 yılında % 12.5 olup bizim çalışmamızla benzerdir (15,43,56). Kars Susuz'da yapılan çalışmada üç ve üzeri çocuk sahibi olanlar % 40.6, TNSA 2013'te % 28.8 olup bulgularımız her iki çalışmaya göre çocuk sayısı yönünden farklıdır. (53,47). Ölü doğum yapan katılımcılar ise % 0.75 ile TNSA 2013 ile benzerdir (% 1) (47). Doğu-batı ve zaman farkının çocuk sahibi olmada da önemli role sahip olduğu sonuçlarımızda görülmektedir.

İki gebelik arası süre, bir gebelik ile onu takip eden diğer gebelik arasındaki süreyi ifade etmektedir. Gebelikler arası süre kısaldıkça düşük doğum ağırlıklı bebek, istenmeyen düşük riski ve annenin planlamadığı bir gebelik de söz konusu olmaktadır. Sağlıklı bir gebelik ve bebek için iki gebelik arası sürenin 18 ayın altında olmaması önerilmektedir (43). Çalışmamızda kadınların % 50.8'i iki gebelik arası sürenin iki yıldan fazla olması gerektiğini söylemişlerdir. Lalapaşa'da yapılan çalışmada % 76.3'ü, Niğde'deki çalışmada (2001) % 86.9'u, TNSA 2013'te % 82.4'ü iki yıldan fazla olması gerektiğini belirtmiş olup bulgularımız diğer çalışmalara göre daha olumsuz bulunmuştur (43,44,47). Çalışan kadın

oranının yüksek olması, ülkedeki nüfus politikaları ard arda gerçekleşen gebeliklere kadınların daha olumlu baktığını göstermektedir.

Çalışmamızda, gebe kalınacak dönem sorulduğunda kadınların % 49.9'u iki adet arasında yanıtını vermiştir. Edirne'de 2001'de Tokuç ve ark.larının yaptığı çalışmada bu oran % 30.5 olup sonuçlar geçen sürede kadınların gebe kalınacak dönem ile ilgili bilgisinin arttığını göstermektedir (42). Kadınların % 17'si gebe kalınacak dönemi bilmediğini belirtirken, Lalapaşa'da 2010'da yapılan çalışmada % 50.5'i ve TNSA 2013'te % 34.5'i bilmemektedir (43,47). Bu durum istenmeyen gebelik olasılığını da beraberinde getirmektedir. Bizim çalışmamız Lalapaşa'daki çalışmaya göre daha iyi olup kentsel-kırsal yerleşim farkı ve eğitim farkından dolayı sonuçlar olumlu bulunmuş olabilir. TNSA ile karşılaştırıldığında ülke geneline göre gebe kalınacak döneme ait bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Gebelik önlenebilir mi? sorusuna Tokuç ve ark. larının (2001) çalışmasında % 4.6'sı, bizim çalışmamızda % 13.4'ü hayır demiş olup iki çalışma arasındaki olumsuz yöndeki fark, kadınlardaki gebeliğin eşlerinin elinde olduğu düşüncesini akla getirmektedir (42).

Araştırma grubumuzdaki kadınların % 86.6'sı herhangi bir kontraseptif yöntem bildiğini belirtmiştir. En çok bilinen kontraseptif yöntemler sırası ile hap, kondom ve RİA'dır. Aydın'da 2009'da yapılan çalışmada herhangi bir yöntem bilme durumu % 98.8, Edirne'de Tokuç ve ark.larının 2001'de yaptığı çalışmada yöntem tercihi sıralama hap, RİA ve kondom şeklinde olup, yöntem bilme oranı % 95.4,'dir (15,42). TNSA 2013'e göre de bu oran % 98.8 bulunmuş olup, bizim sonuçlarımız ülke geneline ve diğer çalışmalara göre düşük bulunmuştur (47). Bu durum Edirne merkez ilçede kontraseptif yöntem bilgisinin kadınlara ulaştırılamadığını düşündürmektedir.

Katılımcıların % 61.8'i halen herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Aydın'da (2009) yapılan çalışmada kadınların % 96.7'si, Çanakkale'de Tanrıverdi ve ark.larının (2006) yaptığı çalışmada % 86.3'ü, herhangi bir yöntem kullandığını ifade etmiştir (15,50). Kars Susuz'da (2016) yapılan çalışmada yöntem kullanımı % 72.9, Samsun'da Çubukçu'nun 2017'deki çalışmasında % 47.6, TNSA 2013 verilerine göre ise %73.5'tir (53,58,47). Kaya ve ark.larının Bingöl'de (2008) yaptığı çalışmada kadınların % 60.1'i, Giray ve ark.larının İzmir Bornova (2002) çalışmasında % 59.2'si etkin yöntem kullanırken bizim çalışmamızda kadınların % 42.9'unun etkin yöntem kullandığı bulunmuştur (46,59).

Tokuç ve ark.larının Edirne'de (2001) yaptığı çalışmada katılımcıların modern yöntem seçimleri % 20.9 RİA, % 16.3 kondom, % 58.7 hap, %7.1 tüp ligasyonu, % 0.8 enjeksiyon

yöntemi iken, Lalapaşa'da 2010'da yapılan Cangöl'ün çalışmasında % 11 kondom, % 11 RİA'dır (42,43). Aydın'da (2009) modern yöntem kullananların % 40.8'i hap, % 46.1'i kondom, % 36.7'si RİA, % 6.3'ü enjeksiyon, %3.9'u fitil, Çanakkale'de (2006) modern yöntem kullananların % 32.8'i RİA, % 24.1'i kondom, %11.8'i hap, %1.6'sı implant tercih ettiğini belirtmiştir (15,50). Malatya'da Oltuluoğlu'nun 2007'deki çalışmasında kadınların kullandığı modern AP yöntemleri arasında RİA % 40.4 ile ilk sırada yer alırken, kondom %32.8 ile ikinci sıradadır (60). Samsun'da 2017'deki bir çalışmada en çok kullanılan modern yöntem % 11.8 ile tüp ligasyonu bulunmuştur (58). TNSA 2013'te modern yöntem kullananların en çok % 32.9 ile kondom, % 28.1 ile RİA, % 22.4 ile de hap olduğu bulunmuştur (47). Bizim çalışmamızda modern yöntem kullanımı % 17.1 RİA, % 14 kondom, % 8.7 hap veya enjeksiyon, % 3.1 tüp ligasyonu olup, modern yöntem kullanımı ülke geneline göre daha az bulunmuştur. Edirne 'de 2001'de yapılan çalışma ve Lalapaşa'da 2010'da yapılan çalışmaya göre bulgularımızda hap kullanımı oldukça azalmış, RİA ve kondom kullanımı çalışmamızla benzer bulunmuştur. Bu durum kadınların hap kullanımına olumlu bakmadığını düşündürmektedir. Malatya'da 2007'de yapılan çalışmada modern yöntem kullanımında RİA ve kondomun bizim çalışmamıza göre daha fazla tercih edildiği görülmektedir.

Geleneksel yöntem kullanımı yönünden Aydın'da 2009'da % 61.1'i geri çekme, % 7.9'u takvim yöntemini, Çanakkale'de 2006 yılında yapılan çalışmada yöntem kullananların % 20.6'sı geri çekme yöntemi, % 9.1'i diğer geleneksel yöntemleri, Malatya'da 2007'de % 94.2'si geri çekme, % 3.1'i emzirmeyi kullandığını belirtmiştir (15,50,60). Bingöl'de 2008'de yapılan çalışmada % 23.1'i geleneksel yöntem kullandığını söylemiştir (46). Kars Susuz'da 2016'da % 68.7'si, Samsun'da 2017'de % 14.8'i, Giray ve ark.larının İzmir Bornova'da yaptığı çalışmada % 32.3'ü geri çekmeyi kullandığını söylemiştir (53,58,59). TNSA 2013'e göre kadınların % 26'sı, bizim çalışmamızda ise % 18.9'u geri çekme yöntemini kullandığını belirtmiştir (47). Çalışmamız diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında sıralamanın değiştiği ancak tercih edilen ilk üç modern yöntemin kondom, RİA, hap olduğu belirlenmiştir. Geleneksel bir yöntem olan geri çekmenin karşılaştırılan tüm çalışmalarda halen fazla oranda kullanılması oldukça düşündürücüdür.

Yaptığımız çalışmada kadınlara neden bir AP yöntemi kullanmadıkları sorulduğunda % 27.9'u eşinin istemediğini, % 21.9'u çocuk istediği için kullanmadığını ifade etmiştir. Dini nedenler (% 5.2) , sağlık kaygısı (% 2), nereden alacağını bilmeme (% 1.3) ve yöntem kullanmaya karşı olma (% 4.6) verilen diğer yanıtlar olmuştur. Niğde'de 2001'de yapılan bir

çalışmada kadınların % 81.2'si çocuk istediği için, % 15.8'i bilmediği için kullanmadığını, Bingöl'de (2008) bir çalışmada % 39.6'sı çocuk istediği için, % 16.7'si gebe olduğu için, % 12.5'i emzirmenin gebeliği önlediği için, % 6.2'si eşi istemediği için kullanmadığını ifade etmiştir (44,46). Edirne'de (2001) Tokuç ve ark.larının çalışmasında yöntem kullanmama nedenleri için % 33.3'ü çocuk isteğinden, % 26.6'sı sağlık kaygısı olduğundan, % 8.3'ü yöntemi nereden elde edebileceğini bilemediğinden, % 6.6'sı yöntem kullanımına karşı olduğundan, Lapaşa'da 2010'da yapılan çalışmada da % 46.7'si çocuk istediği için, % 46.7'si doğurganlık özelliği olmadığı için, % 6.7'si nereden alacağını bilmediği için kullanmadığını belirtmiştir (42,43). Bulgulara göre gerek kendi çalışmamızda gerek diğer çalışmalarda kadınların AP hakkında yeterli bilgi donanımına sahip olmadığı söylenebilir. Nitekim Niğde'de yapılan çalışmada kadınlar AP yöntem bilgilerini sosyodemografik özellik farkına bakılmaksızın % 34.2'si arkadaştan, % 15.5'ini kitap veya dergiden edindiğini ifade etmekte ve düşüncemizi desteklemektedir (44).

Çalışmamızda gebeliği önleyici yöntemlerin % 54.9'unun kamu kurumlarından, % 44.9'unun özel sektörden, %37.8'i market ve eczanelerden temin edildiği belirtilmiştir. Tokuç ve ark.larının 2001'de yaptığı çalışmada kadınların % 66.7'si kamu sektöründen, % 33.3'ü özel sektördeki kuruluşlardan, Cangöl'ün 2010'da Lalapaşa'da yaptığı çalışmada % 74.1'i kamudan, % 23.2'si özel sektörden, % 3.7'si eczaneden yöntem temin ettiğini belirtmiş olup iki çalışma benzer bulunmuştur (42,43). TNSA 2013'e göre modern yöntemlerin % 56'sı kamudan, % 37'si özel sektörden, % 7'si ise eczane market gibi işletmelerden temin edilmiştir (47). Yapılan çalışmalara bakıldığında kamu sektörü yöntem temini açısından önemli bir yere sahiptir. Edirne ve Lalapaşa'da yapılan çalışmalar karşılaştırıldığında 2001'den bu yana yöntem temininde özel sektörün oranı giderek arttığını görülmektedir (42,43). Aile Planlaması danışmanlık hizmetlerinin verilmediği market eczane gibi kuruluşlardan yöntem temininin fazla olması oldukça düşündürücüdür.

Çalışmamızda kadınların % 19.3'ü danışmanlık hizmetini bir sağlık kuruluşundan aldığını belirtmiş olup, danışmanlık hizmetinin yetersiz sunulduğu söylenebilir.

Gebelik ile ilgili değişkenlere bakıldığında bizim çalışmamızda kadınların % 67'si gebeliklerini adet gecikmesi ile anlamıştır. % 76.5'i son gebeliğini planlamış ve % 84'ü cinsiyet tercihi olmadığını ifade etmiştir. Gebelerin yaklaşık yarısı (% 51) gebelik tanısının devlet hastanesinde konulduğunu belirtmişlerdir. Gebelik tanısı Cangöl'ün çalışmasında da % 68.4 değerinde kamu sektöründe konulduğu tespit edilmiş olup çalışmamızla benzer bulunmuştur (43). Lalapaşa'da yapılan çalışmada katılımcıların % 58'i, TNSA 2013'te

kadınların % 74.1'i son gebeliklerini planlamış olup bizim çalışmamız Türkiye geneli ile uyumlu bulunmuştur (43,47). Çayan'ın 2009'daki Aydın çalışmasında kadınların % 62.4'ü gebeliğini planladığını ve gebelik sırası arttıkça planlı olma durumunun azaldığını ifade etmiş, TNSA değerlendirmesini desteklemiştir (15). Kitapçıoğlu ve ark.larının Manisa'da 2006'da yaptığı çalışmada da yine doğum sırasının artışına bağlı olarak gebeliği isteme oranının azaldığı ilk doğumda % 84.7 oranında planlıyken dört ve üzeri doğumda % 13.3 bulunmuş ve TNSA 2013 çıkarımlarını doğrulamıştır (52).

DÖB; gebelik sırasında yaşanan sakatlık ve hastalık durumlarının tanı ve teşhisi açısından önemli bir yere sahiptir. Yaptığımız çalışmada DÖB; gebelikte tanının konulması, gebelik süresince izlem, aşılanma, tehlikeler, beslenme gibi konularda bilgi durumlarını, boy, kilo, tansiyon, kan gibi kimi takip ve tetkikleri içermektedir. Yeterli DÖB; gebeliğin üç ay ve öncesinde tespitini, bir sağlık personeli tarafından en az 4 kez izlem yapılması olarak değerlendirildiğinde katılımcılardan son beş yılda doğum yapanların % 81'inin yeterli DÖB aldıkları tespit edilmiştir. İlk üç ayda DÖB alanlar, bu gebelerin % 86'sını oluşturmaktadır. Bursa'da 2013 yılında Çatak ve ark.larının yaptığı çalışmada da gebelerin % 81.1'inin DÖB'ını ilk üç ayda almaya başladığı tespit edilmiştir (61). Beşer ve ark.larının 2007'de Aydın'da yaptığı çalışmada ilk üç ayda gebeliği tespit edilenler % 81.5 olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (62). Pirinçci ve ark.larının 2008'de Elazığ'da yaptığı araştırmada gebelerin % 57'sinin yeterli DÖB almıştır (45). TNSA 2013'e göre kadınların % 97'si herhangi bir sağlık personelinden DÖB aldığı bulunmuştur (47). Bizim çalışmamızla Aydın ve Bursa'daki çalışmalar benzerlik gösterirken Elazığ'daki çalışma ile arasında önemli fark bulunmuştur. Bu durum DÖB'ın ulaştırılmasında halen batı-doğu farkının bulunduğunu göstermektedir.

Doğum sırasında sağlık personelinden yardım alınması, doğumun yapıldığı yerin bir sağlık kurumu olması anne ve bebeğin sağlığı açısından büyük öneme sahiptir. Cangöl'ün Lalapaşa'da (2010) yaptığı çalışmada doğumların % 100'üne, Kaya ve ark.larının Bingöl (2008) çalışmasında % 100'üne,TNSA 2013 çalışmasında % 97.4'üne, bizim çalışmamızda da tüm kadınlara doktor ya da ebe-hemşire tarafından yardım edilmiş olup profesyonel bir destek sağlanmıştır (43,46,47).

Doğum sonrası dönemde alınan bakım anne ve bebeğin sağlığı açısından oldukça önemlidir. Doğum sonu bakım alan kadınlarda çalışmamızda hangi zaman dilimlerinde bakım aldıkları, izlemin nerede ve kim tarafından yapıldığı, karın, dikiş, meme, bebek kontrollerinin yapılıp yapılmadığı, hijyen, bebek beslenmesi, aile planlaması, lohusa bakımı ve lohusalıkta

tehlike belirtileri açısından bilgilendirilmeleri sorgulanmıştır. Doğum yapan kadınların % 70.9'u ilk 24 saat için DSB aldıklarını ve DSB alanların sadece % 60'ı iki hafta içinde tekrar bir bakım aldığını ifade etmiştir. TNSA 2013'e göre ilk 24 saat için % 83.6 olup bizim çalışmamıza göre daha fazladır (47). Lalapaşa'da 2010'da yapılan çalışmada % 77.8'i DSB aldığını belirtmiştir (43). Sadece doktor tarafından bakım alma oranı bizim çalışmamızda % 34.9, sadece ebe tarafından bakım alma oranı % 19.8 olup, TNSA 2013'te bu oranlar % 70.1 ile % 23.7'dir (47). Çalışmamızda % 44.2'lik bir hekim ve ebe bakımının beraber sunulduğu dilim de eklendiğinde DSB alma oranı olumlu, tamamına sunulamadığı için de olumsuz olarak değerlendirilebilir.

Lohusalık dönemi kadınların fiziksel ve ruhsal açıdan en hassas oldukları dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde kadının kendini güvende ve rahat hissetmesi için en iyi ortamın evi olduğu vurgulanmıştır. Beşer ve ark.ları tarafından 2007'de Aydın'da yapılan araştırmada kadınların sadece % 59,9'unun lohusalık döneminde evde ebe tarafından görüldüğü, evde görülenlerin ise ortalama iki kez ziyaret edildiği saptanmıştır (62). Bizim çalışmamızda ise kadınlar evde hiç ziyaret edilmediğini belirtmiş, yalnızca ASM'lere çağırıldıklarını söylemişlerdir. ASM'ye her çağırıldıklarında gidemediklerini ve bunun sebebi olarak da sezeryan doğumların genellikle doğum sonu dönemde engel teşkil ettiğini sözel olarak ifade etmişlerdir.

Edirne merkez ilçede yaptığımız çalışmada son beş yılda yaşanan gebeliklerin % 8'inin istemli düşükle sonlandığı belirlenmiştir. İstemli düşükler, kadın sağlığı üstünde olumsuz etkileri olması, ileriki dönemlerde kadınların çocuk sahibi olma ihtimalini düşürmesi, anne ve perinatal ölüm oranını arttırması gibi nedenlerden dolayı önemlidir (47). TNSA 2013'e göre son beş yıldaki 100 gebelikten 13.5'u istemli düşükle sonlanmış olup Türkiye'de bu oranın Edirne Merkez İlçeye göre daha yüksek olduğu görülmektedir (47). Dereli Yılmaz ve ark.larının 2006'da Konya'da yaptığı çalışmaya göre son beş yılda gebeliklerin % 27.2'sinin, yine Tokuç ve ark.larının 2001'de Edirne'de yaptığı çalışmaya göre % 11.8'inin, Cangöl'ün 2010'da Lalapaşa'da yaptığı çalışmaya göre % 9'unun istemli düşükle sonlandığı bulunmuştur (17,42,43). Etkili AP yöntemlerinin kullanımının azalmasına karşın küretaj sıklığının da Edirne Merkez İlçede azalıyor olması bir çelişkidir ve düşündürücüdür. Bu çelişki son yıllarda devlet politikası olarak izlenen pronatalist politikaların sonucu olduğunu akla getirmektedir.

Ülkemizde yürütülen nüfus politikaları kadınların istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları fikirlerinde ikinci planda kalmalarına sebep olmaktadır. Bu düşüncemizi destekleyen

bir çalışma Katrina ve ark.larının 2015'te Türkiye'de yaptıkları üreme sağlığı hizmetlerinin erişilebilirliği ve ülkede uygulanan üreme politikaları çalışmasıdır (63). Yapılan çalışmada 2012 yılında yapılan sağlık reformuna oldukça geniş yer verilmiştir. Bu sağlık reformuyla yasal olarak herhangi bir küretaj kısıtlaması görünürde bulunmamaktadır. Ancak yasal olmayan birçok değişiklik yapılmıştır. Yazılı bir değişiklik olmamasına rağmen hükümetin anti-küretaj açıklamaları kadınlar üzerinde toplum baskısı oluşturmuştur. Bu araştırmadaki katılımcılar iktidar yanlısı eşlerinin en az üç çocuk isteyerek kadının doğuracağı çocuk sayısına tek başına karar vermeye başlamışlardır. Ayrıca kadınları doğuma ikna etmek için hükümet para desteği sağlamakta ve küretaj olmak için kadının dışında birçok onay belgesi talep etmektedir. Bu çalışmaya göre hükümetin uyguladığı üç çocuk politikası muhafazakar, çoğunlukla dini değerler ideolojisine bağlı olarak öne sürülmektedir. Bu da kadınların üreme hakları ile ilgili özgürlüğünü sınırlayan bir durumdur (63).

Katılımcılarımızın % 10.6'sı en az bir kez, % 2.25'i iki ve üzeri kendiliğinden düşük yaşadığını ifade etmiştir. Tokuç ve ark.larının 2001'de Edirne'de yaptığı çalışmada % 6.5'inin, Öztaş ve ark.larının2012'de Ankara'da yaptığı çalışmada % 30'unun kendiliğinden düşük yaşadığı bulunmuştur (42,49). TNSA 2013'te kendiliğinden düşük oranı % 16.3 olup TNSA 2013'e göre yaptığımız çalışmada kendiliğinden düşük sayıları daha az bulunmuştur (47).

SONUÇLAR

Çalışma Edirne Merkez İlçede yaşayan kadınların üreme sağlığı ile ilgili bilgilerinin, üreme sağlığı durumlarının ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetleri kullanma durumlarının ortaya konulması amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın dikkat çeken önemli bulguları aşağıda özetlenmiştir:

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 34.8±8.1'dir.

Araştırmaya katılan kadınların % 77.7'si evli, % 13.4'ü bekar'dır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ülke geneliyle benzerdir, ancak 10 kadının (% 2.5) okur yazar olmaması düşündürücüdür.

Edirne Merkez İlçe'de yaşayan kadınların en küçük ilk evlenme yaşı 14'tür. % 33.4'ü ilk evliliklerini 15-19 yaş aralığında yapmışlardır. 10 kadından yaklaşık 3'ünün ilk gebelik yaşı 20'nin altındadır.

Evli kadınların tamamına yakını dini ve resmi nikahları olduğunu belirtmiştir.

Araştırma grubundaki kadınların % 60'ı son bir yıl içinde gelir getirici bir işte çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Çalışma grubumuzdaki kadınların tamamı son 6 ayda herhangi bir sağlık kurumuna başvurduklarını ve en sık devlet hastanesini kullandıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların tamamına yakını sağlık güvencesi sahibidirler.

Araştırmamızda kadınların % 1.8'i ilk cinsel ilişkini 12-15 yaşında yaşamıştır. Yine bulgularımıza göre Edirne'de yaşayan kadınların tamamına yakını evliliğe, gebeliğe ve gebeliğin sonlandırılmasına çiftlerin ortak karar vermesi gerektiğini düşünmektedirler.

Kadınların gebelik konusundaki bilgi düzeyi yetersizdir ve muhtemelen bu bilgisizliğin de katkısıyla riskli gebelikler yaşanmaktadır.

Çalışmamıza katılan kadınların yarısı gebe kalınabilecek dönemi bilmemektedir ve % 17.7'si risk sınırı olan 3'ten fazla gebelik yaşamıştır.

Bu çalışmadaki kadınların en olumsuz özelliklerinden biri, kadınların % 13.4'ünün gebelik önlenebilir mi sorusuna "hayır" yanıtı vermiş olması ve yalnızca % 43'ünün modern bir yöntem kullanıyor olması ve asıl sıkıntı ise güvenilir olmayan geleneksel yöntemlerden geri çekme yönteminin kullanım yaygınlığıdır (% 18.9) ve modern yöntem kullanımındaki yıllar içindeki azalmadır.

Bu, istenmeyen gebelikleri ve riskli gebeliklerin artmasına neden olmaktadır. Yöntem kullandığını ifade eden kadınların neredeyse tamamı kullandıkları yönteme eşleriyle birlikte karar verdiklerini söylemişlerdir. Kullanılan yöntemlerin yaklaşık yarısı (% 44.8) özel sektörden temin edilmiştir. Aile planlaması konusundaki bir diğer sorun da, çiftlerin yaklaşık % 80'inin yöntem için danışmanlık almamış olmalarıdır.

Araştırmaya katılan her 3 kadından 1'i son beş yılda canlı doğumla sonuçlanan gebelik yaşamıştır. Bunların % 23.5'i planlanmamış gebeliklerdir ve bunların % 37'si istemli düşükle sonlanmıştır.

Edirne'de gebelik tanısı çoğunlukla Devlet Hastanesinde konmaktadır.

Son beş yılda canlı doğum yapmış olan kadınların % 86'sının gebelikleri boyunca yeterli DÖB aldıkları ve % 70'inin birden fazla birimden hizmet aldığı belirlenmiştir. DÖB alanların % 86'sı ilk üç ayda DÖB almaya başlamıştır.

Araştırmamızda saptadığımız doğumların tamamı hastanelerde, sağlık personeli yardımıyla gerçekleşmiştir.

Kadınların tamamı ilk 24 saatte DSB aldıklarını, % 91.3'ü doğumdan 2 hafta sonra tekrar izlem için sağlık kuruluşuna gittiğini belirtmiştir.

Katılımcıların tamamı DÖB ve DSB için evde ziyaret edilmediklerini, ASM'ne telefonla davet edildiklerini belirtmişlerdir.

Edirne merkez ilçedeki 15-49 yaş grubu kadınların % 13.4'ü en az bir kez kürtaj deneyimi yaşamıştır ve son beş yıl içinde gerçekleşen gebeliklerin % 8'i istemli düşükle sonlanmıştır. Kürtaj olan kadınların % 65'i işlem için ücret ödediklerini ve kürtaj olan 4 kadından 3'ü danışmanlık almadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırma bulgularımıza dayanarak önerilerimiz aşağıda sıralanmıştır;

- Edirne Merkez İlçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı bilgileri artırılmalıdır. Gebelik ve doğuma ait riskli durumlar konusunda ve gereksinim duyduklarında sağlık hizmetlerini nerelerden alacakları konularında bilgilendirilmelidir. Burada temel görev aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına düşmektedir.
- Adölesan gebelikleri ve öteki riskli gebelikleri önlemek amacıyla bekar kadınlar için üreme sağlığı ve cinsel eğitim programları hazırlanmalıdır.
- Gebelik ve doğum ile ilgili ve AP hizmetleri ile ilgili danışmanlık hizmetleri herkesin erişebileceği ve karşılayabileceği biçimde planlanmalıdır.
- Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerde kapsamlı AP hizmetleri verebilecek birimler kurulmalıdır.
- İzlemler konusunda ASM'lerin sorumlulukları artırılmalı, Sağlık Ocağı sisteminde uygulanmakta olan yerinde hizmet sunumu ya da hizmetin kişinin ayağına götürülmesi ilkesi canlandırılmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından hizmet içi eğitimler planlanmalı, hizmet sunanların üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında varsa bilgi açıkları giderilmeli ve varolan bilgileri güncellenmelidir.
- Üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda üniversiteler, Milli Eğitim Bakanlığı, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar halkın bilinçlendirilmesi için Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde çalışmalıdır.
- Yazılı ve görsel medya araçları kontraseptif yöntem kullanımı gibi temel konularda halkı bilinçlendirmeye katkı sunmalıdır.
- En etkin öneri, kadının statüsünün yükseltilmesidir. Böylece kadının üreme sağlığı/cinsel sağlık konusundaki haklarını öğrenmesi, bunları kullanabilmesi sağlanmış olacaktır. Toplumsal statüdeki olumlu gelişme ve yapılacak pozitif ayırımcılık, bu alandaki pek çok sorunun farkında olunmasını ve çözümünü kolaylaştıracaktır.

ÖZET

Bu çalışma ile Edirne Merkez İlçede yaşayan kadınların üreme sağlığı ile ilgili bilgilerinin ve üreme sağlığı durumlarının (doğurganlık özellikleri, aile planlaması yöntem kullanımı vb.) ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetleri kullanma durumlarının ortaya konulması amaçlanmaktadır.

Çalışma, tanımlayıcı bir araştırmadır. P= 0.47, GA=%95, d=0.05 alınarak örnek büyüklüğü 395 olarak hesaplanmıştır. Merkez ilçe mahalle nüfuslarına göre ağırlıklandırılarak seçilen 395 kadına yüz yüze görüşerek anket uygulanmıştır. Görüşmelerde, araştırmacılarca literatürden yararlanılarak geliştirilen, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, üreme sağlığı bilgileri, doğurganlık özellikleri ve son gebeliği ile ilgili bilgileri sorgulayan anket formu kullanılmıştır. Değerlendirmeler IBM SPSS Ver 22.0 paket programı kullanılarak, tanımlayıcı istatistiklerle yapılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 34.8±8.1'dir. Edirne Merkez İlçe'de yaşayan kadınların en küçük ilk evlenme yaşı 14'tür. % 33.4'ü ilk evliliklerini 15-19 yaş aralığında yapmışlardır. 10 kadından yaklaşık 3'ünün ilk gebelik yaşı 20'nin altındadır.

Araştırmamızda kadınların % 1.8'i ilk cinsel ilişkini 12-15 yaşında yaşamıştır. Yine bulgularımıza göre Edirne'de yaşayan kadınların tamamına yakını evliliğe, gebeliğe ve gebeliğin sonlandırılmasına çiftlerin ortak karar vermesi gerektiğini düşünmektedirler. Kadınların gebelik konusundaki bilgi düzeyi yetersizdir ve muhtemelen bu bilgisizliğin de katkısıyla riskli gebelikler yaşanmaktadır.

Kadınların yalnızca % 43'ü modern bir yöntem kullanmakta ve geri çekme yöntemi yaygın kullanılmaktadır.

Son beş yılda canlı doğum yapmış olan kadınların % 86'sının gebelikleri boyunca yeterli DÖB aldıkları belirlenmiştir. Araştırmamızda saptadığımız doğumların tamamı hastanelerde, sağlık personeli yardımıyla gerçekleşmiştir. Kadınların tamamı ilk 24 saatte DSB aldıklarını, % 91.3'ü doğumdan 2 hafta sonra tekrar izlem için sağlık kuruluşuna gittiğini belirtmiştir.

Edirne merkez ilçedeki 15-49 yaş grubu kadınların % 13.4'ü en az bir kez kürtaj deneyimi yaşamıştır ve son beş yıl içinde gerçekleşen gebeliklerin % 8'i istemli düşükle sonlanmıştır.

Edirne Merkez İlçede yaşayan 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı bilgisi yeterli değildir, kadınlar için üreme sağlığı ve cinsel eğitim programları hazırlanmalıdır. Gebelik ve doğum ile ilgili ve AP hizmetleri ile ilgili danışmanlık hizmetleri herkesin erişebileceği ve karşılayabileceği biçimde planlanmalıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerde kapsamlı AP hizmetleri verebilecek birimler kurulmalıdır. En etkin öneri ise, kadının statüsünün yükseltilmesidir.

Anahtar kelimeler: Üreme sağlığı, 15-49 yaş grubu kadın, Edirne, sağlık hizmeti

THE REPRODUCTIVE HEALTH STATUS OF 15-49 AGED WOMEN IN PROVINCIAL CENTER OF EDİRNE

SUMMARY

With this study, it is aimed to determine the reproductive health knowledge and reproductive health status (fertility characteristics, family planning method usage etc.) and the usage of reproductive health related services of women living in Edirne Provincial Center.

The study is a descriptive study. As P = 0.47, GA = 95%, d = 0.05, the sample size was calculated 395. 395 women were interviewed by face-to-face questionnaires. In the interviews, a questionnaire which was developed by using the literature by the researchers and asked the socio-demographic characteristics of the participants, reproductive health information, fertility characteristics and information about the last pregnancy was used. Evaluations were performed using descriptive statistics with IBM SPSS Ver 22.0 package program.

The mean age of women was 34.8 ± 8.1. The average age of first marriage is 14 years for women living in Edirne Merkez District. 33.4% of them made their first marriages between 15-19 years of age. Approximately 3 out of 10 women have a gestational age below 20 years.

In our study, 1.8% of women experienced their first sexual relationship at the age of 12-15. According to our findings, almost all of the women living in Edirne think that couples should make a joint decision on marriage, pregnancy and termination of pregnancy. Women's

knowledge about pregnancy is insufficient, and this is probably due to this ignorance and risky pregnancies.

Only 43% of women use a modern contraceptive method and the method of withdrawal is widely used.

It has been determined that 86% of women who have had a live birth in the last five years have received enough ANC during their pregnancy. All of the deliveries we detected in our study were performed in hospitals with the help of health personnel. All of the women stated that they had received PNC in the first 24 hours, 91.3% had gone to the health institution for a follow-up 2 weeks after birth.

13.4% of women in 15-49 age group in the central district of Edirne experienced at least one abortion experience and 8% of pregnancies in the last five years ended with voluntary abortion.

The reproductive health knowledge of women aged 15-49 living in Edirne is not enough, reproductive health and sexual education programs should be prepared for women. Counseling services related to pregnancy and childbirth and FP services should be planned in a way that is accessible to everyone. Units that can provide comprehensive FP services should be established in primary health care facilities and hospitals. The most effective proposal is to increase the status of women.

Key words: Reproductive health, 15-49 aged women, Edirne, health services

KAYNAKLAR

1. Akın A. Özvarış ŞB. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi psikiyatride güncel yaklaşımlar 2011; 3(1):67-99.

2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması, Ankara 2014. http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/turkiye_kadin_sagligi_arastirmasi.pdf [Erişim tarihi:18.01.16].

3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Katılımcı Rehberi, Ankara 2009. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap40.pdf [Erişim Tarihi: 20.08.2018].

4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu. Kahire 1994.

5. Pala K. Birinci basamakta kamu sağlık yönetimi el kitabı, Ankara: Palme yayıncılık, 2015:3.

6. Sağlık hakkı: sağlık çalışanları için rehber. BMA ve Commonwealth Medical Trust,2007.https://www.bma.org.uk//media/files/pdfs/practical%20advice%20at%20work/ethics/righttohealthtoolkitturkishversion.pdf[Erişim tarihi:20.01.16].

7. T.C. anayasası 56. Madde güncelleme tarihi:26.05.2015 http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40126/tcanayasasi-56madde.html. (Erişim tarihi: 06.09.2016).

8. Akgün S, Bakar C. Üreme sağlığı epidemiyolojisi: Türkiye'de doğurganlık ve aile planlaması. TJOD 2006; 3(1): 9-18.

9. Akın A. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003:113-126.

10. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme sağlığına giriş. Ankara, 2009.

11. Çilingiroğlu N. Demografi ve sağlık. Bertan M. Güler Ç. 3. Baskı. Ankara; güneş kitabevi; 1995:29-44.

12. Çağatay P, Saraç M,İlyas E, Türkyılmaz AS. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması: Türkiye'de Doğurganlık Tercihleri. Ankara 2013,2015http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/ilerianaliz_sunum/dogurganlik_tercihleri.pdf.

13. Özgür E.M. Türkiye'de toplam doğurganlık hızının mekansal dağılışı. Ankara: Ankara Üniv, 2004(erişim tarihi:11.07.2018).

14. TUİK, Doğum İstatistikleri, 2016.http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24647(erişim tarihi:11.07.2018).

15. Çayan A. 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi. Aydın: Adnan Menderes Üniv; 2009.

16. Akın A, Özvarış ŞB, bilgili Aykut N. Kadın Sağlığı, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. Akın L, Güler Ç. 3. Baskı. Hacettepe Üniversitesi yayınları; 2015.

17. Dereli Yılmaz S, Ege E, Akın B, Çelik Ç.15-49 Yaş Kadınların Kürtaj Nedenleri ve Kontraseptif Tercihleri. İ.Ü.F.N. Hem. Derg (2010) Cilt 18 - Sayı 3: 156-163 ISSN 1304-4869 Araştırma Yazısı.

18. http://www.who.int/gho/countries/tur/country_profiles/en/ (erişim tarihi :21,10,2016).

19. Akın A. Kadının statüsü ve sağlığı ile ilgili gerçekler. T.C. başbakanlık kadının statüsü genel müdürlüğü yayını .Ankara, 2008.

20. Bertan M, Güler Ç. Halk sağlığı temel bilgiler. 2. Baskı. Ankara: Güneş Kitapevi, 1997. Http://www.huksam. hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogu m_oncesi.pdf (Erişim tarihi: 01.10.2010).

21. Sönmez Y. Doğum öncesi bakım hizmetleri. STED 2007; 16(1):9.

22. World Health Organization. Antenatalcare in developing countries: Promises, achievements and missed oppurtunities. An analyzes of trend, level sand differentials 1990-2001. Geneva: WHO Pub, 2003.

23. Pernoll ML. Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis ve Tedavi İstanbul: Barış Kitabevi;1994.

24. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı(Toplum Hekimliği) Bursa: Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayınları; 1993.

25. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ankara: Güneş Kitabevi;1997. 3. Özvarış Ş.B, Akın A. Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ yayinursag.shtml, (Erişim Tarihi:07.06.2004).

26. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi Ankara: Damla Yayıncılık; 2009.

27. Durduran Y, Bodur S, ÇakılE, Filiz E. Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri. Dicle Tıp Derg 2012; 39(2): 227-23.

28. Öztürk Can H. Doğum sonrası bakım rehberlerinin kanıt temelli çalışmalarla gözden geçirilmesi. DÜ Sağlık Bil Ens tDerg 2015; 5(2): 40-47.

29. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2011: 455-86.

30. WHO.int [Internet]. WHO Technical Consultation on PostpartumandPostnatalCare. [Updated: 2010 March 10; Cited: 2013 February 17]. Availablefrom: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_10.03_eng.pdf?ua=1.

31. Aycan S, Afşar O, Özkan S, Demirören M, Evci D. 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Gen Müd Ankara: BMS Matbaacılık; 2000. BMS Matbaacılık.

32. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Sağlık Politikası Geliştirme Çalışması Mevcut Durum ve Sorunlar Taslak Rapor. Ankara; 2000.

33. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 11.baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık,2012.

34. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Doğum Sonu Bakım Yönetimi Rehberi. Ankara: Yayın No.925; 2014.

35. Ereş F.Türkiye'de kadının statüsü ve yansımaları. Gazi Üniv End San Eğitim Fakültesi Derg 2006; (19):40-52.

36. Türkiye'de kadın. 2016 Ankara 2016. http://kadininstatusu.aile.gov.tr/uygulamalar/turkiye de-kadin (erişim tarihi:21.09.2016).

37. Avcı Z, İnandı T. Erzurum il merkezindeki hastanelerde düşük tanısı konulan kadınların değerlendirilmesi. Atatürk Üniv. Hem YO Derg 2006;9(1):64-74.

38. Taşkın L. Uluslar Arası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu. C.Ü. Hem YO Derg 2004;8 (2):16-22.

39. Toplumsal Cinsiyet ve Kadının Üreme Sağlığı, TAF Prev Med Bull 2010;9(4):333-42.

40. http://www.trakyanet.com/istatistikler/nufus/yas-grubuna-gore-nufus/edirne-yas-grubuna-gore-nufus.html son güncelleme:13 şubat 2017).

41. Özaydınlık K. Toplumsal cinsiyet temelinde Türkiye'de kadın ve eğitim. SPÇ Derg 2014;(33):93-112.

42. Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne merkezinde 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve yöntem kullanım oranları. STED 2005; 14(1): 8-14.

43. Cangöl S. Lalapaşa merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı durumları. Edirne: TÜ Tıp Fak; 2010.

44. Gılıç E, Ceyhan O, Özer A. Niğde Doğumevi'nde Doğum Yapan Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları. Fırat Tıp Derg 2009;14(4): 237-41.

45. Pirinççi E, Polat A, Kumru S, Köroğlu A. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. ADÜ Tıp Fak Derg 2010;11(2):1-7.

46. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci S.E. Bingöl ili Uydukent sağlık ocağı bölgesindeki 15–49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi. Fırat Üniv Sağ Bil Derg2008; 22 (4): 185 – 191.

47. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

48. Bostancı Daştan N, Deniz N, Şahin B. Kars'ta gebelerin ev ziyareti ile ruhsal durumlarının belirlenmesi. Psikiyatri Hem Derg 2015;6(2):71-8.

49. Öztaş Ö, Baydar Artantaş A, Kayhan Tetik B, Yalçıntaş A, Üstü Y, Uğurlu M. 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Ankara Med J 2015;15(2): 67-76.

50. Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S. Çanakkale'deki kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih nedenleri. Fırat Tıp Derg 2008;13(4): 251-4.

51. Babadağlı B, Şahin S. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi'nde doğurganlık dönemi kadınların aile planlaması ve danışmanlığı konusunda bilgi ve tutumlarının karşılaştırılması. Fırat Sağlık Hizm Derg 2006;1(2):51-64.

52. Kitapçıoğlu G, Yanıkkerem E. Manisa doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı. Ege Tıp Derg 2008; 47(2): 87-92.

53. Karabulutlu Ö, Ersöz B. Kars ili Susuz ilçe merkezine bağlı aile planlaması yöntemi kullanan 15-49 yaş grubu evli kadınlarda kullanılan yöntem ve yöntem seçimini etkileyen faktörler. Caucasian J Sci2017:26-42.

54. Kabalcıoğlu F, Kurçer M.A. İstemsiz düşük yapan kadınlara verilen aile planlaması danışmanlığının önemi ve Şanlıurfa doğumevi deneyimi. Harran Üniv Tıp Fak Derg 2008;5(1):28-33.

55. World Health Organization. Early marriages, adolescent and young pregnancies: Report by the Secretariat. WHO, Sixty-fifth World Health Assembly. Geneva 2012.

56. Turan T, Ceylan S.S, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizm Derg 2008; 3(9): 158-70.

57. Şahin S, Cevahir R, Sözeri C. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne isteğe bağlı kürtaj için başvuran kadınların değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizm Derg 2006; 1(1): 18-30.

58. Çubukçu M. Samsun ili 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanım dağılımı. Ankara Med J 2018;(2):207-14.

59. Giray H, Keskinoğlu P. Işıkkent sağlık ocağına başvuran 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanımı ve etkileyen etmenler. STED 2006;15(2):23-6.

60. Oltuluoğlu H, Başer M. Malatya il merkezinde yaşayan evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve nedenlerinin incelenmesi. İnönü Üniv Tıp Fak Derg 2012;19(3):167-74.

61. Çatak B, Öner C, Gülay M, Baştürk S, Oğuz İ, Özbek R. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği Türk Aile HekDerg2014;18(2):63-9.

62. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. Kor Hek 2007; 6 (2): 137-14.

63. Katrina A, Mac Farlane, O'Neil ML, Tekdemir D, Çetin E, Bilgen B, Angel M. Politics, policies, pronatalism, and practice: availability and accessibility of abortion and reproductive health services in Turkey. RHM J 2016;24:62-70. (http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.11.002).

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Türkiye'de yaşa özel doğurganlık hızlar, 2011-2016 6

Şekil 2. Araştırma grubundaki kadınların gebeliğin önlenmesi ile ilgili bilgi durumları 21

TABLOLAR

Tablo 1. Mahallelerdenörneklemealınankadınsayısı 14

Tablo 2. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı 17

Tablo 3. Katılımcıların evlilik özellikleri 18

Tablo 4. Kadınların sık başvurduğu sağlık kuruluşu ve tercih nedenleri 18

Tablo 5. Kadınların üreme hakları konusundaki düşünceleri 19

Tablo 6. Araştırma grubundaki kadınların üreme özellikleri..... 20

Tablo 7. Araştırma grubundaki kadınların üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri 22

Tablo 8. Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanma durumları 23

Tablo 9. Son beş yılda gebe kalmış kadınların gebelikleriyle ilgili kimi özellikler 24

Tablo 10. Son 5 yılda canlı doğum yapan katılımcıların doğum öncesi bakım alma durumu 25

Tablo 11. Son 5 yılda canlı doğum yapan katılımcıların aldıkları doğum öncesi bakım hizmetleri 26

Tablo 12. Son 5 yılda canlı doğum yapan kadınların doğumda aldıkları hizmetler 27

Tablo 13. Son 5 yılda canlı doğum yapan kadınların aldıkları doğum sonrası bakım hizmetleri 28

Tablo 14. Araştırma grubundaki kadınların istemli düşük sayılarının dağılımı 29

Tablo 15. Araştırma grubundaki kadınların kendiliğinden düşük sayıları ve aldıkları hizmetler 30

ÖZGEÇMİŞ

Ad, Soyad: SUNEL TEMÜRLENK

Ünvan: HEMŞİRE

Eğitim:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	HEMŞİRELİK	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ	2010
Yüksek Lisans			
Doktora/Uzmanlık			

Akademik Ünvanlar:

Unvan	Bölüm	Üniversite	Yıl
Yardımcı Doçent			
Doçent			
Profesör			

Uzmanlık Alanları/ Deneyim:

02/07/2010 - 28/02/2011 : İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Kliniği

13/03/2011 – 25/11/2012 : TÜTF Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi

26/11/2012 – 2018 : TÜTF Dahili Bilimler Yoğun Bakım Ünitesi

EKLER

Ek 1

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2016/17	
	PROTOKOL ADI	Edirne Merkez İlçede Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı Durumu	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Burcu TOKUÇ	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 02/08** **Tarih:27.01.2016**
	Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Burcu TOKUÇ'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Sunel TEMÜRLENK'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yuklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLİKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D	K	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E☐ H☒	E☒ H☐	B. Kurnaz

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Dekan a.
Dekan Yrd.