T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI KONUSUNDAKİ TUTUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Nergiz ERYILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Emel EGE

KONYA - 2014

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen, deneyimlerini ve görüşlerini paylaşan, her türlü yardım ve fedakarlığı sağlayan, güler yüzü ile çalışmama ışık tutan değerli hocam Doç. Dr. Emel EGE' ye, manevi destekleriyle hep yanımda hissettiğim Yrd. Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ' a çalışmamda veri analizinde benden desteğini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU'na, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm annelere, tezimin hazırlanması sırasında beni cesaretlendiren ve manevi destek sağlayan Kulu Devlet Hastanesi'nde çalışan arkadaşlarıma, yüksek lisans eğitim dönemi içerisinde her zorluğu aşmamda bana yardımcı olan Öğrt. Gör. Saadet BOYBAY' a, benden maddi manevi hiçbir desteği esirgemeyen aileme, bütün dostlarıma ve bu çalışmayı hazırlamamda emeği geçen herkese sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Nergiz ERYILMAZ

Konya-2014

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... **i**
İÇİNDEKİLER ..... **ii**
SİMGE VE KISALTMALAR ..... **iii**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Kontraseptif Yöntemlerin Tarihçesi 3
1.2. Türkiye'nin Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması 4
1.3. Türkiye' de Aile Planlamasının Durumu 5
1.4. Doğum Sonrası Kontrasepsiyon ve Danışmanlık 7
2. GEREÇ VE YÖNTEM **10**
2.1. Araştırmanın Tipi 10
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 10
2.3. Araştırmanın Evreni 10
2.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi 10
2.4.1. Örnek Seçim Kriterleri 10
2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları 11
2.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-A) 11
2.5.2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) (EK-B) 11
2.6. Ön Uygulama 12
2.7. Verilerin Toplanması 12
2.8. Değişkenler 12
2.8.1. Bağımlı Değişken 12
2.8.2. Bağımsız Değişkenler 13
2.9. Araştırmanın Soruları 13
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları 13
2.11. Verilerin Analizi 13
2.12. Araştırmanın Etiği 14
3. BULGULAR **15**
3.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 16
3.2. Araştırma Grubundaki Kadınların Sosyo-demografik, Obstetrik ve AP Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin APTÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile İlişkisine Yönelik Bulgular 19
4. TARTIŞMA **26**
4.1. Araştırma grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin tartışılması, ... 26

4.2. Araştırma grubundaki kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve AP yöntemlerine ilişkin özelliklerinin, APTÖ ve alt ölçek puan ortalamaları ile ilişkisine yönelik bulguların tartışılması 28
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 34
5.1. Sonuçlar 34
6. ÖZET 36
7. SUMMARY 37
8. KAYNAKLAR 38
9. EKLER 42
EK-A: Kişisel Bilgi Formu 42
EK-B: AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ 44
EK-C: Etik Kurul İzni 45
EK-D: Kurum İzni 46
EK-E: APTÖ Formu Kullanım İzni 47
EK-F: Bilgilendirilmiş Onam Formu 48
10. ÖZGEÇMİŞ 49

SİMGE VE KISALTMALAR

AP **:**Aile Planlaması

APTÖ **:**Aile Planlaması Tutum Ölçeği

AÇSAP **:**Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

GİAÖ **:**Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği

RİA **:**Rahim İçi Araç

TİAÖ **:**Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Topluma İlişkin Alt Ölçeği

TNSA **:**Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

YİAÖ **:**Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Yönteme İlişkin Alt Ölçeği

WHO **:**World Health Organization

1. GİRİŞ

Aile Planlaması (AP), kadının sağlık düzeyini gösteren temel göstergelerden birisi olarak (Rehimli ve ark 2008). AP, bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri zaman ve sayıda çocuğa sahip olmaları, doğumlarının arasını belirlemeye serbestçe ve sorumlu olarak karar vermeleri ve bu amaçla gerekli bilgi, eğitim ve olanaklara sahip olmalarıdır (Aksu 2008, Arviş 2008, WHO 2012). Aile planlaması hizmetlerinde amaç; istenmeyen gebeliklerin ve buna bağlı olarak anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi, her aileye istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için yardım ve danışmanlık hizmeti sunulması ve anne ve çocuk sağlığı düzeyinin yükseltilmesidir (Kaya ve ark 2008). Dünya genelinde üreme dönemindeki ailelerin sadece %43'ü gebelikten korunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde buoran %42 iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran yaklaşık %27 civarındadır (Güler ve Akın 2007, Ayaz ve Efe 2009, Gökdemirel ve Coşkun 2011). Türkiye'de gebeliği önleyici yöntem kullanma sıklığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2008) sonucuna göre %73'tür. Yine aynı araştırma sonuçlarına göre ailelerin %67'si başka çocuk istememesine rağmen yalnızca %46'sı etkili AP yöntemi kullanmaktadır.

TNSA (2008) eğitim düzeyinin artması ile birlikte genel yöntem kullanım oranının artmasının yanı sıra, eğitim düzeyinin kadınları daha çok modern yöntem kullanmaya yönelttiği de görülmektedir. Etkili AP yöntemi kullanım oranlarının düşük olmasının nedenleri eğitim ve AP yöntemleri ile ilgili yanlış inanışlar olarak özetlenebilir.

Doğum sonu dönem; doğurganlığın bilinçli bir şekilde planlanması amacına yönelik olarak, bireylere hizmet sunmak içiniyi bir fırsattır. Bu dönem, kadınların kontraseptif yöntem kullanma konusunda isteklerinin yüksek olduğu bir dönem olarak belirtilmektedir (Dilek 2005). Doğum sonu aile planlaması hizmetleri özellikle doğumlar arasındaki sürenin ve doğum sayısının bilinçli bir şekilde planlanmasını sağlayarak, anne ve çocukların sağlığını koruma ve geliştirmeye katkı sağlamaktadır (Mungan 2005). Doğum sonu kontraseptif yöntem kullanımını etkileyen faktörler dikkate alınarak yapılan eğitim ve danışmanlık hizmetleri yoluyla, çiftlerin AP ihtiyaçları giderilebilir. Ayrıca gebelik döneminde kadınların

kontrasepitf yöntemler hakkında bilgi edinmesi ve doğum sonrası dönemde kullanmayı tercih edeceği yöntemi belirlemesi, AP'de karşılanmayan gereksinimlerin azaltılmasında yarar sağlayabilir. Bu nedenle kadınların hastaneden taburcu olmadan önce kullanacakları kontraseptif yönteme karar vermiş olmaları istenmeyen gebeliklerin önlenmesi açısından önemlidir. Erbil ve Pasinlioğlu (2008)'nun çalışmasında; planlı eğitim ve danışmanlığın AP hizmetlerine olan memnuniyet düzeyini arttırdığı bilgisine ulaşılmıştır. Erenel ve Eroğlu (2009), doğum sonrası dönemde verilen ve daha sonra ev ziyareti yoluyla sürdürülen AP eğitim ve danışmanlığının kadınların modern yöntem kullanmalarını önemli derecede etkilediğini belirlemişlerdir. Şahin ve Kömürcü (2005)'nün çalışmasında kadınların % 96'sı doğumdan sonra hemen gebelik istemedikleri için modern aile planlaması yöntemi kullanmayı planladıklarını bildirmişledir.

Sağlık personeli tarafından yapılan AP danışmanlığının etkili yöntem kullanımını önemli derecede etkilediği belirtilmektedir (Naçar ve ark 2003, Erenel ve Eroğlu 2009). Sağlık personelinin çiftlere uygun olan her ortamda gereksinimleri doğrultusunda AP eğitim ve danışmanlığı yapması, bireyleri farklı seçeneklerden haberdar ederek kendilerine uygun olan yöntemi seçmeleri konusunda bilgilendirmesi gerekmektedir. Böylece çiftlere kendileri için uygun olan etkili yöntemi seçme fırsatı verilerek, doğum aralıkları açılacaktır. Aşırı doğurganlığın hem kadın sağlığına hem de ülke ekonomisine olan olumsuz etkilerinin azaltılması kadın ve toplum sağlığının iyileştirilmesi açısından önemli görülmektedir (Akın 1998, Taşkın 2009, Eroğlu 2009). Bu nedenle sağlık çalışanlarının, doğum yapan bireylerin doğum sonu aile planlamasıyla ilgili değişen ihtiyaçlarının ve beklentilerinin farkında olması önemlidir.

1.1. Kontraseptif Yöntemlerin Tarihçesi

Doğum kontrol yöntemleri insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanlar gebeliğin cinsel birleşme sonucu ortaya çıktığını anlayınca gebeliği önleme çarelerini aramaya başlamışlardır. İnsanın cinsel birleşme sonucu doğduğunu belirten ilk metinler, 4000 yıl önce eski mısır rahipleri tarafından yazılmış büyük papirüslerdir. Bulunan en eski yazımlarda sünger ve tampondan bahsedilir. M.Ö.1850 yılından kalma Mısır papirüslerinde gebeliği önlemek için tampon olarak bal, sakız ve timsah dışkısı kullanıldığı, Arapların da çölü geçerken develerin gebe kalmasını önlemek için uteruslarına taş yerleştirdiği bilinmektedir (Ersin ve ark 2003, Taşkın 2005, Karagüzel 2006). Mısır kadınları hamile kalmamak için spermleri öldürmede etkili olan, yağ veya bal ile yağlanmış asitli bir madde olan rahim ağzına yerleştirilen kılıf kullanmışlardır. Asyalı kadınlar yağlı kâğıt, Avrupalı kadınlar da bu amaç için balmumu kullanmışlardır (Karagüzel 2006).Japonlar bambudan yapılmış kağıtlar, müslüman kadınlar palmiye yaprakları, Pasifik adalarında yaşayan kadınlar deniz ürünlerini kullanmışlardır. En erken penis koruyucular Gabriello Fallopius tarafından 1564 yılında tanımlanmıştır. Kondomun ilk başlangıcının 1600'lü yıllarda yaşayan Dr. Kondom ile olduğu fakat yaygın kullanımının 1800'lü yıllarda Avrupa'da gerçekleştiği bilinmektedir (Daş ve Sezgin 2001). Spermisit ajanların keşfi ve bu ajanlarla ilgili çalışmalar 1800'lü yılların başlarına rastlamaktadır(Ersin ve ark 2003). Servikal kapak 1860 yılında New York'lu bir jinekolog olan E.B. Foote tarafından geliştirilmiştir. Diyafram kullanımı da bu döneme rastlamaktadır (Daş ve Sezgin 2001). 1902 yılında Alman Hollveg tarafından rahime yerleştirilen bir mermi şekli verilen ilaçlı bir maddenin doğum kontrolü amacı ile kullanıldığı, bu maddenin kullanıcı tarafından yerleştirildiği, çok büyük boyutta olduğu ve infeksiyona yol açtığı bilinmektedir (Huber ve ark 1975). 1930 yılında Grafenberg'in gümüş, altın ve çelik kaplı yüzükleri denediği, 1934'te Japonya'da Otto'nun bu yüzüklerin ortasına destekleyici bir yapı koyduğu, 1960'larda polietilenden yapılan araçların geliştirildiği, bu araçlara X-ışınları ile çekilen radyografilerde görülebilmesi için baryum sülfat emdirildiği görülmektedir (Grafenberg 1930, Daş ve Sezgin 2001).Lazer Marguiles'in 1960 yılında rahime yerleştirilen ve orada tekrar şekil alan ilk plastik aracı geliştirdiği, bu aracın büyük olduğu için kullanıcılarda fazla kanama ve kramp şikayetleri yaptığı, ayrıca sert plastikten olan kuyruğunun peniste irritasyona neden olduğu bilinmektedir (Daş ve Sezgin 2001). Bir yıl süre ile koruma

sağlayan ve yapısında progesteron bulunan Progestasert isimli rahim içi araçlar da, bakırlı rahim içi araçlarla aynı dönemlerde geliştirilmiştir ve 1976 yılından beri kullanım alanı bulmuştur (Schwartz ve ark 1989).

Doğum kontrol hapları pek çok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. 1900'lü yılların başında Avustralya'da İnnsbruck Üniversitesi'nde fizyoloji profesörü olarak çalışan Ludwig Haberlandt, ağızdan verilen yumurtalığa dair ilaçların gebeliği önlediğini bildirmiştir. 1931 yılında Haberlandt hormon replasmanı ile doğurganlığın baskılanabileceğinden bahsetmektedir. (Gökmen ve Çiçek 2001). 1960 yılında Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.)'de doğum kontrol haplarının onaylanmasından bu yana, yan etki ve risklerinin azaltılması amacıyla içerdikleri östrojen ve progestin miktarları azaltılmış böylece doğum kontrol hapları güvenle kullanılır hale gelmiştir (Schwartz ve ark 1989). Günümüzde aile planlaması yöntemlerinde sürekli bir değişim ve gelişme görülmektedir. Bu yöntemlerden modern yöntemler olarak bilinen; bariyer yöntemler (kondom, spermisid, diyafram, servikal başlık, kadın kondomu), Rahim İçi Araç (RİA), kombine oral kontraseptif (KOK), kombine enjektabl kontraseptif (KEK), cilt preparatları ve vajinal halkalar, modern olmayan yöntemlerde ise takvim yöntemi, vücut ısısı yöntemi, servikal mukus yöntemi, laktasyonel amenore metodu, koitus interraptus (geri çekme) ve vajinal duş yer almaktadır.

1.2. Türkiye'nin Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması

Türkiye 1923'ten sonra doğurganlığı özendirici (pronatalist) bir politika izlemiştir. 1955-1960 yılları arasında doğum hızı artmaya başlamıştır. Nüfus artış hızının %3'e ulaşması yanı sıra istemli yapılan düşüklerin artışını ve anne ölümlerindeki artışı da getirmiştir. Özellikle istemli düşüklere bağlı anne ölümlerinin artması, anne ölümlerini de azaltabilmek için nüfus politikalarının doğurganlığın azaltılması yönünde değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur. 1965 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisindeki doğurganlığın azaltılması yönünde (antinatalist) bir politika benimsenmiş ve 557 no'lu ilk nüfus planlaması yasası kabul edilmiştir. Bu yasaya göre; AP yöntemleri ile ilgili bilgi ve eğitim verilmesi, cerrahi sterilizasyon yöntemleri hariç tüm AP yöntemlerin sunulması ve yalnızca tıbbi nedenlerle istemli düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilmesi konuları yasal hale gelmiştir. Bu

yasadan sonra AP yöntemi kullanımı artmıştır. Ancak yasal olmamasına karşın istemli düşüklerin giderek arttığı görülmüş ve provoke düşüklere bağlı anne ölümleri görülmeye devam etmiştir. 1965'te yürürlüğe giren yasanın Türkiye'de isteyerek düşüğü önlemekte yetersiz kaldığı düşünülerek 1983'te 2827 no'lu İkinci Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiştir. Halen günümüzde bu yasa geçerlidir. Bu yasaya göre; on haftaya kadar olan gebelikler isteğe bağlı olarak sona erdirme, on haftanın üzerindeki gebeliklere tıbbi nedenlerle sona erdirme ve hemşire ve ebelere RİA uygulaması, erkek ve kadınlara gönüllü cerrahi sterilizasyon izni verilmiştir (AÇSAP 2009). 2013 yılında TBMM tarafından hazırlanan Aile Planlaması Program Stratejisi 10.Kalkınma Planı'na (2010-2018) göre; ülkemiz 2012 yılı sonunda 75,6 milyona ulaşmıştır. 2006 yılında 2,12 çocuk olan toplam doğurganlık hızı 2012 yılında 2,08'e gerileyerek nüfusun kendini yenileme seviyesi olan 2,10'un altına inmiştir. Buna göre nüfus alanında uygulanacak politikalarla toplam doğurganlık hızının giderek yükseltilmesi hedeflenmiştir.

1.3. Türkiye'de Aile Planlamasının Durumu

Günümüzde aile planlaması çalışmaları kapsamında son derece güvenilir yöntemler kullanıma sunulmuş olsa da, dünyadaki ve ülkemizdeki çiftlerin önemli bir bölümü güvenilirliği düşük geleneksel yöntemler ile korunmaya devam etmektedirler. Gelişmekte olan ülkelerde, 300 milyon kadar çiftin çocuk istemedikleri halde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadıkları tahmin edilmektedir. TNSA (2008) sonuçlarına göre, Türkiye'de aşırı doğurganlık hala önemli sağlık sorunlarından biridir. Türkiye'de gebeliği önleyici yöntem kullanımı 1988-1998 yılları arasındaki 10 yıllık dönemde %63 civarında seyretmiştir. Bu dönemi izleyen 10 yılda ise hızla yükselerek 2003 yılında %71'e, 2008'de ise %73'e ulaşmıştır. TNSA 2008'de evli kadınların % 99,1'inin herhangi bir AP yöntemini bildiği saptanmıştır. Bu evli kadınların %46'sı modern, %27'si geleneksel olmak üzere %73,0'ı herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır. Geleneksel yöntemler içerisinde en fazla kullanılan yöntem (kadınların %25'i) geri çekme, modern yöntemler arasında ise RİA'dır. Kitapcıoğlu ve Yanıkkerem (2008), kadınların doğum sonrası kullanmayı düşündükleri AP yöntemleri arasında ilk sırada RİA (%48,8), Özdemir ve ark (2002), kondom (%39,1), Yıldırım ve arkadaşları (2003) RİA (%50,9) olduğunu belirlemişlerdir. Büyükbayrak ve ark (2010), AP

danışmanlığı öncesi en fazla kullanılan yöntemlerin doğal aile planlaması yöntemleri (%25,8) olduğunu, danışmanlık sonrasında ise modern bir yöntem olan RİA'nın en fazla tercih edilen yöntem olduğunu saptamışlardır. TNSA2008 verilerine göre gerek evlenmiş gerekse halen evli kadınlar arasında gebeliği önleyici modern yöntemlerden en fazla bilinenleri RİA (%98), hap (%98), kondom (%92), tüpligasyon (%92) ve enjeksiyon (evlenmiş ve halen evli kadınlar için sırasıyla %84 ve %85) iken, kadın kondomu (% 17) ve acil korunma hapı (%29) Türkiye'de en az bilinen modern yöntemlerdir. TNSA 2008 verileri her dört evli kadından birinin geri çekme yöntemi kullandığını ortaya koymaktadır. Evli kadınlar tarafından en çok kullanılan modern yöntem %17 ile RİA'dır. En yaygın olarak kullanılan ikinci yöntem %14 ile kondomdur. Hap evli kadınların %5'i tarafından kullanılırken, tüpligasyonun yine evli kadınların %8'i tarafından kullanılması dikkat çekicidir.

Eğitim düzeyinin, kadınları daha çok modern yöntem kullanmaya yönelttiği görülmektedir. Herhangi bir yöntem kullanan eğitimsiz kadınların %58'i modern bir yöntem kullanırken, bu oran en az lise mezunu olan kadınlar arasında %72'ye yükselmektedir (TNSA 2008). Altıparmak ve Adıgüzel'in (2006) çalışmasında ve Şimşek ve ark (2003)'nın çalışmasında da eğitim düzeyi yükseldikçe herhangi bir AP yöntemi kullanma oranının arttığı, Giray ve Keskinoğlu (2006)'nun çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça etkili yöntem kullanma oranının arttığı belirlenmiştir. Güngör ve ark (2006)'nın GATA'da yaptıkları araştırmada da eğitim seviyesi arttıkça geri çekme yönteminin kullanımının azaldığı görülmüştür. Mayda ve ark (2005)'nın yaptıkları çalışmada kadınların tamamının AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirlemişlerdir. Naçar ve ark (2003), kadınların %19,2'sinin aile planlamasına ilişkin bilgi sahibi olduğunu, Gılıç ve ark (2009) eğitim düzeyi yüksek olan kadınların AP yöntemlerine ilişkin bilgiyi sağlık personelden almayı tercih ettiklerini saptamışlardır. Şahin ve Kömürcü (2005)'nün çalışmasında kadınların %96'sının doğumdan sonra hemen gebelik istemedikleri için modern aile planlaması yöntemi kullanacaklarını bildirmişledir.

Daş (1998)'ın çalışmasında kadınların %44,7'sinde iki doğum arasında geçen sürenin 24 aydan kısa olduğunu belirlemiştir. Çelik (2006)'in çalışmasında kadınların yaşadığı gebeliklerin %22,5'i isteyerek düşük ile sonuçlanmıştır. Korucuoğlu ve ark (2007)'nın çalışmasında kadınların istenmeyen gebelik oranı %10

olarak tespit edilmiştir. Topuzoğlu ve ark (2008)'nın çalışmasında ise kadınların son bir yıl içinde istenmeyen gebelik yaşama oranı %9,5 olduğu ve %4,1'inin gebeliğini sonlandırdığı bildirilmiştir.

2.4. Doğum Sonrası Kontrasepsiyon ve Danışmanlık

Danışmanlık; yüz yüze konuşma sırasında bir kişinin diğerine belli bir konuda karara varmasını kolaylaştırmak için çözüm seçenekleri sunarak yardımcı olmasıdır. Aile planlaması hizmetleri veren bir kişi için danışmanlık, en önemli görevlerden biridir. Danışmanlık, bireyin kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturmasına yardımcı olacak şekilde, belli bir konuda uzmanlaşmış kişilerce aydınlatılmasıdır. Danışmanlık ikna etmek için bir araç değildir; kişiye yöntemlerle ilgili seçenekler sunarak kendisine en uygun olan yöntemi seçmesine yardım etmektir (AÇSAP 2005). Danışmanlık hizmeti, bireylerin yanlış inanış ve görüşlerden arınmasını sağlayabilir ve bilgi eksikliğinden kaynaklanan yöntem seçimindeki hatalara engel olabilir. Sağlık çalışanlarının aile planlaması danışmanlık rollerini yerine getirebilmeleri için, konuya ilişkin yeterli bilgi düzeyine sahip olmaları ve bu hizmeti yerine getirirken kendi değer yargılarının da farkında olmaları önemlidir (Çelik 2006, Gabalcı 2008).

Doğum sonrası infertilite süresinin kısa olması ve laktasyonel infertilite süresinin kesin olarak bilinememesi nedeniyle danışmanlık doğum öncesi dönemde başlamalıdır. Doğum sonrası infertilite süresi emzirmeyen kadında ortalama 45 gün, emzirenlerde laktasyon ovülasyonu engellediği için daha uzundur. Ancak yine de fertilitenin ne zaman başlayacağı kesin olarak bilinmemektedir. Ovülasyon ilk menstrüasyondan önce oluşabilir (AÇSAP 2009). Doğumdan hemen sonra Prolaktin hormonu yükselmeye başlar ve kadın eğer emzirmeye devam eder ise yüksek kalır. Bu yüksek seviye ovulasyonu inhibe eder. Bu inhibisyon, anne bebeğini su dahil hiçbir ek besin vermeksizin sık sık (gece dahil) ve her defasında uzun süre emziriyorsa ilk 6 ay için geçerlidir. Annenin adet kanaması görmemiş olması gerekir, ancak ovulasyon ve gebelik adet görmeden de oluşabilir. Emziren annelerde 3.ayın sonunda, emzirmeyen ya da kısmen emzirenlerde 3.haftanın sonunda diğer korunma yöntemlerinden birine başlanılmalıdır. Tanımlanan koşullarda gebe kalma riski %2'dir (Gökmen ve Çiçek 2001).

Doğum sonrası dönem cinsel aktivitenin başlaması, menstrüasyonun geri dönme zamanı ve bu süreçte gebelikten korunma yöntemi kullanma durumları kadınların gebe kalmalarını etkileyen faktörlerdir. Erenel ve ark (2011)'nın yaptığı çalışmada %93,9'u ilk altı ay içinde adet görmüş, %54,8'i 40.günden sonra cinsel ilişkide bulunmuş, yaklaşık 2\3'ü ilk cinsel ilişkiden itibaren yöntem kullanmaya başlamıştır. TNSA 2008'de, kadınların önemli bir bölümünün (%87) doğum sonrası ilk iki ay içinde adet görmediği, ilk altı ay sonunda kadınların sadece %25'inin menstrüasyon görmediği belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %78'inin doğumu takip eden ilk iki ay içinde cinsel ilişkiden kaçındığı ve genellikle doğum sonrası kırk günden sonra cinsel ilişkide bulunma davranışının yaygın olduğu belirlenmiştir.

Doğum sonrası dönemdeki ilk izlem genellikle doğumdan 6 hafta sonra yapılmaktadır. Fakat emzirmeyen kadınlarda ovülasyon erken başlar. Bu nedenle ilk ziyaret doğumdan sonraki üçüncü haftada olmalıdır. Emziren kadınlar da üçüncü haftada izleme çağrılarak emzirmelerinin tam olup olmadığı ve tam değilse etkili bir yönteme ihtiyaçları olup olmadığı değerlendirilmelidir (AÇSAP 2009). Doğum sonrası dönem, kadınların sağlık personeli ile yakın ilişkide oldukları ve verilen hizmetten en çok etkilendikleri dönemlerden birisidir. Bu dönem de verilen AP hizmetlerin de başarı ve yönteme uyumun yüksek olduğu belirtilmektedir (Özvarış 2001). Aile planlaması hizmetleri ve yöntem seçimini etkileyen en önemli faktör yeterli danışmanlık hizmeti almaktır. Aktif aile planlaması danışmanlığı, üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımını attırmaktadır. Danışmanlık aile planlamasında yöntem seçimini etkilediği kadar yöntemlerin kabul edilebilirliğini, devamlılığını sağlama ve memnuniyeti arttırmada en önemli etkendir (Timur 2003, Turan 2005, Saygılı 2006).

Doğum sonu aile planlaması hizmetleri özellikle doğumlar arasındaki sürenin ve doğum sayısının bilinçli bir şekilde planlanmasını sağlayarak, anne ve çocukların sağlığını koruma ve geliştirmeye katkı sağlamaktadır (Mungan 2005). Çiftlere kendileri için uygun olan etkili yöntemi seçme fırsatı verilerek, doğum aralıkları açılacaktır. Bunun sonucu olarak aşırı doğurganlığın hem kadın sağlığına hem de ülke ekonomisine olan olumsuz etkileri azaltılarak kadın ve toplum sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunulacaktır. Bu nedenle sağlık personelinin çiftlere uygun olan her ortamda gereksinimleri doğrultusunda AP eğitim ve danışmanlığı

yapması, bireyleri farklı seçeneklerden haberdar ederek kendilerine uygun olan yöntemi seçmeleri konusunda bilgilendirmesi gerekmektedir. (Akın 1998, Eroğlu 2009, Taşkın 2009).

AP danışmanlığı alamayan ve etkili yöntemlere ulaşamayan doğum sonrası dönemdeki kadınların, istemeseler de bir müddet sonra tekrar gebe kalma olasılıkları bulunmaktadır. Kadınların kontraseptif yöntemlere en sıcak baktığı zaman, doğumdan hemen sonraki dönemdir. Ayrıca bu dönemde kadınların kontraseptif yöntemlere yüksek uyum gösterdiği belirtilmektedir. Doğumun gerçekleştiği sağlık birimlerinde, doğum sonrası taburculuk işlemleri yapılmadan AP eğitim ve danışmanlığı konusunda yeterli süre mevcuttur (Naçar ve ark 2003). Bu süre iyi değerlendirilmelidir. Sağlık çalışanlarının, doğum yapan bireylerin doğum sonu aile planlamasıyla ilgili değişen ihtiyaçlarının ve beklentilerinin farkında olup uygun ve yeterli danışmanlık hizmeti vermesi gerekmektedir. Bu çalışma doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması konusundaki tutumlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma Dr. Faruk Sükan Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Hastane; Kadın ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları dallarında hizmet veren 382 yatak kapasiteli dal hastanesidir. Hastanede; toplam çalışan sayısı 450'dir.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Dr. Faruk Sükan Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğum yapmış taburculuk öncesi kadınlar oluşturmuştur.

2.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örneklem hesaplanması G* Power 3.1.5 programından yararlanılarak yapılmıştır. Ölçek puanı 114,11±0,91 (Apay ve ark 2010) etki büyüklüğü 0.20, α=0.05, güç %90 kabul edilerek örneklem büyüklüğü 272 olarak hesaplanmıştır. Örnek seçiminde olasılıksız örneklem yöntemlerinden gelişigüzel örneklem yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama süreci boyunca Dr. Faruk Sükan Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne başvurarak doğum yapmış taburculuk öncesi ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun kadınlar örnekleme alınmıştır.

2.4.1. Örnek Seçim Kriterleri

Örnek seçiminde;

- Eşi ile birlikte yaşayanlar
- Tüpligasyon yaptırmamış olanlar
- Okur-yazar olanlar araştırmaya dahil edilmiştir.

2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür ışığında (Örsal ve Kubilay 2007, Thorburn 2007, Çayan 2009) hazırlanan 22 maddeden oluşan Kişisel Bilgi Formu (Bkz. EK-A) ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) (Örsal ve Kubilay 2007) (Bkz. EK-B) kullanılmıştır.

2.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-A)

Kişisel Bilgi Formu; annenin sosyo-demografik, obstetrik özelliklerini ve AP yöntemlerine ilişkin özellikleri içeren toplam 22 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik veriler olarak; kadının yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin yaşı, eğitim durumu, evlilik süresi, sosyal güvencesinin olup olmadığı, aile tipi, aylık gelirinin ne kadar olduğu ve ekonomik durumunu nasıl tanımladığı değerlendirilmiştir. Obstetrik özelliklerde gebelik sayısı, düşük ve küretaj sayısı, en son gebeliğinin planlı olup olmadığı, çocuk sahibi olmayı düşünüp düşünmediği, en son doğum şekli, AP yöntemlerine ilişkin bilgiyi nereden aldığı, herhangi bir sağlık personelinden AP yöntemlerine yönelik danışmanlık alıp almadığı, bu doğumundan sonra AP yöntemi kullanıp kullanmayacağı, kullanacaksa hangi yöntemi kullanacağı, kullanmayı bıraktığı yöntem/yöntemler olup olmadığı, bırakmışsa hangi yöntem/yöntemleri kullanmayı bıraktığı gibi sorular yer almaktadır.

2.5.2. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) (EK-B)

Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) Örsal ve Kubilay (2007) tarafından kadınlar ve eşlerinin AP'ye yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. APTÖ 34 maddeden oluşmuş 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her bir ifade 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. "Tamamen Katılıyorum" yanıtı 1 puan, "Katılıyorum" yanıtı 2 puan, "Kararsızım" yanıtı 3 puan, "Katılmıyorum" yanıtı 4 puan ve "Tamamen Katılmıyorum" yanıtı ise 5 puan almaktadır.

Ölçek toplumun AP'ye ilişkin tutum, AP yöntemlerine ilişkin tutum ve gebeliğe ilişkin tutum olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından "Toplumun AP'ye İlişkin Tutumu'nu" oluşturan madde sayısı 15'tir

ve bu alt boyuttan en az 15 en fazla 75 puan alınabilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından "AP Yöntemlerine İlişkin tutumu' nu" oluşturan madde sayısı 11'dir. Bu alt boyuttan en az 11 en fazla 55 puan alınabilir. Ölçeğin "Gebeliğe İlişkin Tutum" alt boyutunun madde sayısı ise 8'dir. Bu alt boyuttan en az 8 ve en fazla 40 puan alınabilir. Ölçekten toplamda en düşük 34, en yüksek 170 puan alınabilmektedir. Ölçekten daha yüksek puan almak daha olumlu AP tutumu anlamına gelmektedir. Örsal ve Kubilay (2007) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin güvenirlilik incelemesinde iç tutarlılığına bakılmış olup toplam puanda Cronbach Alfa güvenirlilik kat sayısı 0,90 bulunmuştur. Geçerliliğinin incelenmesinde uzman görüşünden ve faktör analizinden yararlanılmıştır. Yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach's Alfa iç tutarlılık güvenilirliği topluma ilişkin alt boyutunda 0,79, yöntemlere ilişkin alt boyutunda 0,85, gebeliğe ilişkin alt boyutunda 0,73 ve ölçek toplamı için 0,86 olarak hesaplanmıştır.

2.6. Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü hastaneye başvuran 10 doğum yapmış taburculuk öncesi kadın ile görüşülerek uygulanmıştır. Kadınların anket formunu doldurmaları yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. Bu uygulama sonucunda bilgi formunda anlaşılamayan ifadeler belirlenip yeniden gözden geçirilmiştir. Ön uygulamada yer alan kadınlar araştırma örneğine alınmamıştır.

2.7. Verilerin Toplanması

Veriler Dr. Faruk Sükan Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Lohusa Servisindeki kadınlarla taburculuk öncesi yüz yüze görüşme tekniklerinden anket yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır.

2.8. Değişkenler

2.8.1. Bağımlı Değişken

- Aile planlaması tutum ölçeği toplam puan ortalaması

- Topluma ilişkin tutum ölçeği puan ortalaması
- Yöntemlere ilişkin tutum ölçeği puan ortalaması
- Gebeliğe ilişkin tutum ölçeği puan ortalaması

2.8.2. Bağımsız Değişkenler

- Sosyo-demografik özellikler
- Obstetrik özellikler
- AP yöntemine ilişkin özellikler

2.9. Araştırmanın Soruları

1. Kadınların aile planlaması tutum ölçeği toplam puan düzeyi nedir?
2. Kadınların APTÖ'nün topluma ilişkin puan düzeyi nedir?
3. Kadınların APTÖ'nün yönteme ilişkin puan düzeyi nedir?
4. Kadınların APTÖ'nün gebeliğe ilişkin puan düzeyi nedir?
5. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre aile planlaması tutumları farklı mıdır?
6. Kadınların obstetrik özelliklerine göre aile planlaması tutum ilişkili midir?
7. Kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin özelliklerine göre aile planlaması tutum puan ortalamaları farklı mıdır?

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Okur-yazar olmayanların, cinsel partneri olmayanların ve tüpligasyon yaptıranların araştırmaya dahil edilmemesi bir sınırlılıktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı grup için geçerlidir, topluma genellenemez.

2.11. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolü yapılmış ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS 15 programında yapılmıştır. Verilerin normal

dağılıp dağılmadığını tespit etmek amacıyla yapılan One-Sample Kolmogorov-Smirnow testinde APTÖ ölçeği toplam puanı (z=1,665, p=0,008) ve alt boyut puanlarının (TİAÖ: z=2,155, p=0,000; YİAÖ: z=2,874, p=0,000; GİAÖ=1,685, P=0,007) normal dağılıma uygun olmadığı saptanmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla ikili gruplarda Mann-Whitney U, çoklu gruplara ait verileri karşılaştırmak amacıyla Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

2.12. Araştırmanın Etiği

1. Araştırma için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.03.2013 tarihli 2013/12 karar sayılı etik kurul izni alınmıştır (Bkz. EK-C).

2. Araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği 08.04.2013 tarihli 21347889-900/ sayılı anket çalışma izni alınmıştır (Bkz. EK-D).

3. Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Yrd. Dç. Dr. Özlem ÖRSAL'dan yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK-E).

4. Anket formları doldurulmadan önce kadınlara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek, katılmak isteyenlerden sözlü onam alınmıştır (Bkz. EK-F).

3. BULGULAR

Doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması yöntemi konusundaki tutumlarını ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada araştırma gurubuna ait tanıtıcı bilgiler ve araştırma amaçlarına ilişkin bulgular iki ayrı başlık altında sunulmuştur. Bu bölümlerde;

1.Araştırma grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,

2.Araştırma grubundaki kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve AP yöntemlerine ilişkin özelliklerinin, APTÖ ve alt ölçek puan ortalamaları ile ilişkisine yönelik bulgular yer almaktadır.

3.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve AP yöntemlerine ilişkin tanımlayıcı bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.1.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=272).

Sosyo-Demografik Özellikler	**Ortalama**	**Standart Sapma**
Yaş	26,30	5,60
Eşinin Yaşı	29,36	5,49
Aylık Gelir	1389,52	875,54
Evlilik Süresi	5,84	4,92
	Sayı	**Yüzde**
Eğitim		
İlköğretim	231	84,9
Lise ve Üzeri	41	15,1
Çalışma Durumu		
Evet	16	5,9
Hayır	256	94,1
Eşinin Eğitimi		
İlköğretim	191	70,2
Lise ve Üzeri	81	29,8
Sosyal Güvence		
Var	235	86,4
Yok	37	13,6
Aile Tipi		
Çekirdek aile	192	70,6
Geniş aile	80	29,4
Ekonomik Durum Algısı		
İyi	78	28,7
Orta	147	54,0
Kötü	47	17,3

Araştırma kapsamına alınan 272 kadının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı çizelge 3.1.1'de gösterilmiştir. Kadınların yaş ortalamasının 26,30±5,60 olduğu, %84,9'unun ilköğretim, %15,1'inin lise ve üzeri eğitimi olduğu, %94,1'inin çalışmadığı, %70,6'sının çekirdek ailede yaşadığı, %86,4'ünün sosyal güvencesinin olduğu ve %54,0'ının ekonomik durumunu orta olarak algıladığı tespit edilmiştir.

Çizelge 3.1.2. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=272).

Obstetrik Özellikler	**Ortalama**	**Standart Sapma**
Gebelik Sayısı	2,5	1,51
	Sayı	**Yüzde**
Düşük Öyküsü		
Evet	63	23,2
Hayır	209	76,8
Kürtaj Öyküsü		
Evet	21	7,7
Hayır	251	92,3
Son Gebeliği Planlama		
Evet	198	72,8
Hayır	74	27,2
Tekrar Çocuk Sahibi Olmayı Düşünme		
Evet	129	47,4
Hayır	143	52,6
En Son Doğum Şekli		
Normal doğum	180	66,2
Sezaryen doğum	92	33,8

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı çizelge 3.1.2'de verilmiştir. Kadınların gebelik ortalamalarının 2,51±1,51 olduğu, %23,2'sinin düşük öyküsü, %7,7'sinin kürtaj öyküsü olduğu saptanmıştır. Kadınların %72,8'inin son gebeliğini planladığı, %52,6'sının bir daha çocuk sahibi olmayı düşünmediği ve %66,2'sinin normal doğum yaptığı saptanmıştır.

Çizelge 3.1.3. Kadınların AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı (n=272).

AP Yöntemlerine İlişkin Özellikler	Sayı	Yüzde
AP Yöntemi Bilgi Kaynağı		
Basın/Yayın	14	5,1
Komşu/akraba/arkadaş	128	47,1
Sağlık personeli	130	47,8
AP Yöntemi Danışmanlık Hizmeti Alma		
Evet	207	76,1
Hayır	65	23,9
Doğum Sonu AP Yöntemi Kullanmayı Düşünme		
Evet	258	94,9
Hayır	14	5,1
Kullanmayı Düşündüğü Yöntem (n=258)		
Hap	45	17,4
Kondom	61	23,6
RİA	105	40,7
Enjeksiyon	10	3,9
Geri çekme	37	14,4
Daha Önce AP Yöntemi Bırakma		
Evet	113	41,5
Hayır	159	58,5
Bırakılan AP Yöntemi (n=113)		
Kondom	32	28,3
RİA	23	20,4
Hap	34	30,1
Enjeksiyon	4	3,5
Geri çekme	20	17,7

Araştırma kapsamına alınan kadınların AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı çizelge 3.1.3'te verilmiştir. Buna göre; kadınların %47,8'inin bilgi kaynağının sağlık personeli olduğu, %76,1'inin AP yöntemlerine yönelik danışmanlık hizmeti aldığı saptanmıştır.

Kadınların %94,9'unun herhangi bir AP yöntemi kullanmayı düşündüğü saptanmıştır. Kadınların en çok kullanmayı düşündüğü yöntemlerin RİA (%40,7) ve Kondom (%23,6) olduğu saptanmıştır. Kadınların % 41,5'inin geçmişte herhangi bir AP yöntemini bıraktığı, şu ana kadar bırakılan yöntemlerin sırasıyla; hap (%30,1), kondom (% 28,3), RİA (%20,4), geri çekme (%17,7) yöntemi olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.1.4. Araştırma grubundaki kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=272).

	Alınabilecek Toplam Alt ve Üst Değerler	**$\bar{X}$±SS**
Toplumun AP'ye ilişkin alt boyut (TİAÖ)	15-75	53,621±6,34
Yönteme ilişkin alt boyut (YİAÖ)	11-55	35,040±4,12
Gebeliğe ilişkin alt boyut (GİAÖ)	8-40	28,971±3,98
Toplam (APTÖ)	34-170	117,632±11,12

Araştırma kapsamına alınan kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.1.4'te yer almaktadır. Buna göre kadınların TİAÖ puan ortalamalarının 53,621±6,34, YİAÖ puan ortalamalarının 35,040±4,12, GİAÖ puan ortalamalarının 28,971± 3,98, APTÖ toplam puan ortalamasının ise 117,632±11,12 olduğu tespit edilmiştir.

3.2. Araştırma Grubundaki Kadınların Sosyo-demografik, Obstetrik ve AP Yöntemlerine İlişkin Özelliklerinin APTÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile İlişkisine Yönelik Bulgular

Bu bölümde kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve AP yöntemlerine ilişkin özelliklerinin; Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) ve alt ölçek puan ortalamaları (TİAÖ: Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Topluma İlişkin Alt Ölçeği, YİAÖ: Yönteme İlişkin Alt Ölçeği, GİAÖ: Gebeliğe İlişkin Alt Ölçeği) ile ilişkisine yönelik bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.2.1. Kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı (n=272).

Sosyo Demografik Özellikler	**TİAÖ X±SS**	**YİAÖ X±SS**	**GİAÖ X±SS**	**APTÖ X±SS**
Eğitim				
İlköğretim	53,207±5,85	34,50±3,25	28,61±3,69	116,32±9,51
Lise ve üzeri	55,95±8,28	38,07±6,56	31,00±4,88	125,02±15,87
Önemlilik testi	**Z=-2,157**	**Z=-3,400**	**Z=-3,459**	**Z=-3,320**
	p=0,031	**p=0,001**	**p=0,001**	**p=0,001**
Çalışma Durumu				
Evet	61,56±6,97	42,31±7,57	32,56±5,73	136,43±16,07
Hayır	53,12±5,97	34,58±3,33	28,74±3,75	116,45±9,62
Önemlilik testi	**Z=-4,337**	**Z=-4,566**	**Z=-3,092**	**Z=-4,741**
	p=0,000	**p=0,000**	**p=0,002**	**p=0,000**
Eş Eğitim				
İlköğretim	53,45±5,97	34,57±3,22	28,65±3,85	116,68±9,94
Lise ve Üzeri	54,02±7,14	36,14±5,58	29,70±4,20	119,87±13,29
Önemlilik testi	Z=-0,270	Z=-1,473	Z=-1,698	Z=-0,645
	p=0,787	p=0,141	p=0,090	p=0,519
Sosyal Güvence				
Var	53,94±6,25	35,45±4,17	29,35±3,90	118,74±10,84
Yok	51,59±6,60	32,43±2,59	26,51±3,64	110,54±10,36
Önemlilik testi	**Z=-2,315**	**Z=-4,869**	**Z=-4,050**	**Z=-4,569**
	p=0,021	**p=0,000**	**p=0,000**	**p=0,000**
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	54,50±5,93	35,61±4,37	29,34±4,02	119,46±10,91
Geniş Aile	51,50±6,80	33,65±3,02	28,07±3,76	113,22±10,42
Önemlilik testi	**Z=-3,557**	**Z=-3,776**	**Z=-2,561**	**Z=-4,086**
	p=0,000	**p=0,000**	**p=0,010**	**p=0,000**
Ekonomik Durum Algısı				
İyi	54,01±6,41	36,03±4,91	29,98±4,43*	120,03±12,75
Orta	54,63±5,27	34,76±3,71	28,71±3,48	118,10±8,8
Kötü	49,80±7,82*	34,25±3,66	28,08±4,38	112,14±12,91*
Önemlilik testi	**KW=17,11**	KW=5,585	**KW=7,121**	**KW=8,402**
	p=0,000	p=0,061	**p=0,028**	**p=0,015**

*Farklılığı yaratan grup işaretlenmiştir (Bonferroni testi).

Araştırma kapsamına alınan kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Çizelge 3.2.1'de yer almaktadır. Buna göre: kadınların eğitim durumu ilköğretim olanlarda TİAÖ, YİAÖ, GİAÖ ve APTÖ ortalamaları, lise ve üzeri olanlardan daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kadınların eşlerinin eğitim durumu ile APTÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışan kadınlarda ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları, çalışmayanlara göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kadınların sosyal güvencesi olanlarda TİAÖ, YİAÖ, GİAÖ ve APTÖ ortalamaları, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kadınların çekirdek ailede yaşayanlarda TİAÖ, YİAÖ, GİAÖ ve APTÖ ortalamaları, geniş ailede yaşayanlardan daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların ekonomik durum algısı ile TİAÖ, GİAÖ ve APTÖ puanları arasında anlamlı fark ($p<0,05$) bulunurken, YİAÖ puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ekonomik durum algısı ile TİAÖ arasında farklılığı yaratan grubun ekonomik durumunu kötü olarak algılayan, GİAÖ'de iyi ve APTÖ'de kötü olarak algılayan kadınlar olduğu saptanmıştır. Kadınların ekonomik durum algısı kötü olanlarda TİAÖ puan ortalaması, iyi ve orta olarak algılayanlara göre daha düşük ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığı yaratan grubun ekonomik durumunu kötü olarak algılayanlar olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.2.2. Kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı (n=272).

Obstetrik Özellikler	**TİAÖ X±SS**	**YİAÖ X±SS**	**GİAÖ X±SS**	**APTÖ X±SS**
Düşük Öyküsü				
Evet	53,28±6,32	34,60±2,53	28,98±3,41	116,87±9,34
Hayır	53,72±6,35	35,17±4,48	28,96±4,17	117,86±11,61
Önemlilik Testi	Z=-0,286 p=0,775	Z=-0,204 p=0,838	Z=-0,095 p=0,692	Z=-0,397 p=0,692
Kürtaj Öyküsü				
Evet	53,57±4,30	35,19±4,51	28,85±3,55	117,61±9,44
Hayır	53,62±6,48	35,02±4,09	28,98±4,02	117,63±11,26
Önemlilik Testi	Z=-0,442 p=0,659	Z=-0,307 p=0,759	Z=-0,136 p=0,892	Z=-0,092 p=0,926
Son Gebeliği Planlama				
Evet	53,93±6,20	35,01±4,41	28,80±4,14	117,76±11,34
Hayır	52,77±6,65	35,10±3,25	29,40±3,49	117,28±10,57
Önemlilik Testi	Z=-0,919 p=0,358	Z=-1,252 p=0,210	Z=-1,153 p=0,249	Z=-0,700 p=0,484
Tekrar Çocuk Sahibi Olmayı Düşünme				
Evet	53,53±6,92	35,03±4,62	28,48±4,06	117,05±12,41
Hayır	53,69±5,78	35,04±3,62	29,41±3,86	118,15±9,82
Önemlilik Testi	Z=-0,085 p=0,932	Z=-0,543 p=0,587	Z=-1,710 p=0,087	Z=-1,259 p=0,208
En Son Doğum Şekli				
Normal	53,27±5,97	34,71±3,75	28,71±3,84	116,70±10,12
Sezaryen	54,29±6,98	35,68±4,72	29,47±4,22	119,45±12,70
Önemlilik Testi	Z=-1,668 p=0,095	Z=-1,180 p=0,238	Z=-1,105 p=0,269	Z=-1,428 p=0,153

Araştırma kapsamına alınan kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı Çizelge 3.2.2'de yer almaktadır. Buna göre; kadınların düşük yapma, küretaj olma, son gebeliğini planlama durumu, çocuk sahibi olmayı düşünme ve en son doğum şeklinin toplam puan ve alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.2.3. Kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı (n=272).

AP Yöntemlerine İlişkin Özellikler	**TİAÖ X±SS**	**YİAÖ X±SS**	**GİAÖ X±SS**	**APTÖ X±SS**
AP Danışmanlık Hizmeti Alma				
Evet	53,72±6,50	35,52±4,36	29,39±3,93	118,65±11,52
Hayır	53,27±5,81	33,49±2,70	27,61±3,85	114,38±9,08
Önemlilik Testi	Z=-0,946 p=0,344	**Z=-3,932 p=0,000**	**Z=-2,937 p=0,003**	**Z=-2,841 p=0,004**
Doğum Sonu AP Kullanmayı Düşünme				
Evet	53,73±6,33	35,10±4,13	29,09±3,97	117,94±11,11
Hayır	51,50±6,22	33,78±3,70	26,64±3,52	111,92±9,97
Önemlilik Testi	Z=-1,180 p=0,238	Z=-1,538 p=0,124	**Z=-2,282 p=0,023**	**Z=-1,985 p=0,047**

Araştırma kapsamına alınan kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının AP yöntemlerine ilişkin bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı Çizelge 3.2.3'te yer almaktadır. Buna göre; AP danışmanlık hizmeti alan kadınlarda, YİAÖ, GİAÖ, APTÖ puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). TİAÖ ortalaması ile AP danışmanlık hizmeti alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

GİAÖ ve APTÖ puan ortalamaları AP yöntemi kullanmayı düşünen kadınlarda, düşünmeyenlere göre daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). TİAÖ ve APTÖ puan ortalamaları ile AP yöntemi kullanmayı düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.2.4. Kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarına göre bazı sosyo-demografik özellikler ve obstetrik özelliklerinin korelasyon analizi ile değerlendirilmesi (n=272).

	TİAÖ		YİAÖ		GİAÖ		APTÖ	
	r_s	P	r_s	P	r_s	P	r_s	P
Yaş	-0,039	0,517	0,144	**0,017**	0,088	0,146	0,064	0,291
Eş Yaş	-0,055	0,364	0,177	**0,003**	0,014	0,817	0,043	0,483
Evlilik Süresi	-0,071	0,242	0,174	**0,004**	0,064	0,293	0,052	0,394
Aylık Gelir	0,133	**0,029**	0,238	**0,000**	0,184	**0,002**	0,198	**0,001**
Gebelik Sayısı	-0,085	0,160	0,098	0,107	0,034	0,582	0,013	**0,031**

r_s : Spearman korelasyon kat sayısı.

Kadınların APTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarına göre bazı sosyo-demografik özellikler ve obstetrik özelliklerinin korelasyon analizi ile değerlendirilmesine yönelik bulgulara Çizelge 3.2.4'te yer verilmiştir. Kadınların TİAÖ ortalaması ile aylık gelir arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).Kadınların TİAÖ ortalaması ile yaş, eşlerinin yaşı, evlilik süresi ve gebelik sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p>0,05$).

Kadınların YİAÖ ortalamaları ile yaş, eşlerinin yaşı, evlilik süresi ve aylık gelir arasında zayıf pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların YİAÖ ortalamaları ile gebelik sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p>0,05$).

Kadınların GİAÖ ortalamaları ile aylık gelir arasında çok zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların GİAÖ ortalamaları ile yaş, eşlerinin yaşı, evlilik süresi ve gebelik sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p>0,05$).

Kadınların APTÖ ortalamaları ile aylık gelir, ve gebelik sayısı arasında çok zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Kadınların APTÖ ortalamaları ile yaş, eşlerinin yaşı, evlilik süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p>0,05$).

4. TARTIŞMA

Etkili bir aile planlaması eğitimi için doğum yapan kadınlar hedef kitleyi oluşturmaktadır. Doğum yapan kadınların büyük bir çoğunluğu ya gebelik istemediğinden ya da ertelemeyi istediğinden; doğum sonrası klinikten hangi AP yöntemini kullanacağına karar vermiş olarak ayrılması gerekmektedir.

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır.

4.1. Araştırma grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin tartışılması,

4.2. Araştırma grubundaki kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve AP yöntemlerine ilişkin özelliklerinin, APTÖ ve alt ölçek puan ortalamaları ile ilişkisine yönelik bulguların tartışılması

4.1. Araştırma grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin tartışılması,

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 26,30±5,60, eşlerinin yaş ortalamasının 29,36±5,49, aylık gelir ortalamasının 1389,52±875,54 olduğu ve evlilik sürelerinin 5,84±4,92 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.1).

Çalışmaya katılan kadınların büyük bir çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu, çalışmadığı, sosyal güvencesinin olduğu, çekirdek ailede yaşadığı ve ekonomik durumunu orta olarak algıladığı, eşlerinin ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. TNSA (2008) sonuçlarında da kadınların %51,9'unun ilkokul mezunu olduğu belirtilmektedir. Kahraman (2005)'ın yaptığı çalışmada, kadınların %59,6'sının gelir düzeyini orta seviyede algıladıklarını, %63,5'inin çekirdek ailede yaşadığını ve %76,9'unun sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir. Kadınların sosyal güvencesinin olması ve gelir düzeyinin yüksek olması sağlık kurumlarına ulaşılabilirliği kolaylaştırdığını ve bu kurumlardan daha çok yararlanmalarını ve aile planlaması danışmanlığından daha çok faydalanmalarını sağlayabilir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik sayılarının ortalaması 2,51±1,51, düşük%23,2 ve küretaj %7,7 olarak tespit edilmiştir (Çizelge 3.1.2).

Çalışmaya katılan kadınların büyük bir çoğunluğunun isteyerek gebe kaldığı ve %52,6'sının tekrar çocuk sahibi olmayı düşünmediği tespit edilmiştir (Çizelge 3.1.2).Mumcu (2004)'nun yaptığı çalışmada, kadınların %52,6'sının üç ve daha fazla gebeliğinin olduğu bildirilmektedir. Çayan (2009)'ın yaptığı çalışmada kadınların yaklaşık %23,6'sının bir ve daha fazla düşük yaptığı, Sağgöz ve ark (2000)'nın çalışmasında kadınların %16,4'ünün kürtaj olduğu ve istenmeyen gebelik oranının %27,7 olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar kadınların önemli bir kısmının planlanmamış gebelik sorununu yaşadıklarını göstermektedir. Bu sorun daha çok, AP yöntemlerine karşı olumsuz tutum geliştiren kadınların yaşadığı bir durum olarak düşünülebilir. Bu bulgulara dayanarak doğum yapan kadınların doğum sonu dönemde etkili bir yöntemle gebelikten korunma gereksinimleri olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan kadınların %33,8'i en son doğumunu sezaryen ile gerçekleşmiştir (Çizelge 3.1.2). Ülkemizde sezaryen doğum oranı 1988'de %5,7 iken 1998'de %20,8'e,2003'te ise %21'e çıkmıştır. TNSA (2008) verilerine göre doğumların % 42'si sezaryenle olmaktadır. Çalışma bulgusu Türkiye genelinden düşük olmakla birlikte sezaryen oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %47,8'i AP yöntemine dair öğrendiği bilginin kaynağı olarak sağlık personelini göstermiştir ve %76,1'i AP danışmanlık hizmeti almıştır (Çizelge 3.1.3). Çalışma bulgularına benzer şekilde Aktoprak (2012)'ın çalışmasında da kadınların %77,1'inin danışmanlık hizmeti aldığı, Şen ve Erbek (2001)'in yaptığı çalışmada kadınların %48,2'sinin sağlık personeli tarafından bilgilendirildiği saptanmıştır. Kadınların çoğunun AP yöntemlerine dair bilgiyi sağlık çalışanlarından alması, kadınların doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmaları açısından önemlidir. Bu durum kadınların AP'ye yönelik olumlu tutum geliştirmelerini sağlayabilir.

Çalışmaya katılan kadınların APTÖ ve Alt Ölçek puan ortalamalarına bakıldığında; TİAÖ=53,621±6,34, YİAÖ=35,040±4,12, GİAÖ=28,971±3,98, APTÖ=117,632±11,12 olarak tespit edilmiştir (Çizelge 3.1.4). Çalışma bulgusuna benzer şekilde Çayan (2009)'ın yaptığı çalışmada, TİAÖ puan ortalamasının 59,60+7,49 olduğu, YİAÖ puan ortalamasının 38,60+5,01, GİAÖ puan ortalamasının 32,10+3,80 olduğu APTÖ puan ortalamalarının 130,30+13,81 olduğu saptanmıştır.

Örsal (2006), Çayan (2009) ve Ayaz ve Efe (2009)'nın çalışma bulguları ile araştırma sonuçları benzerlik göstermektedir. Bu benzerliği çalışmaların İç Anadolu Bölgesin'de yapılmış olmasının etkili olduğu düşünülebilir. Ölçeğin alt boyutlarında çocuk sayısı ve erkek çocuğa yönelik tutum, kadına ve erkeğe yönelik sterilizasyon, spiral, doğum kontrol hapı ve evliliğe ve gebeliğe ilişkin tutumlar yer almaktadır. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) değerlendirilmesinde daha yüksek puana sahip olan kadınların daha fazla olumlu tutuma sahip oldukları belirtilmektedir (Örsal 2006). Bu çalışmaya katılan kadınların yüksek APTÖ ve alt ölçekleri puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuçlara göre kadınların olumlu bir AP tutumu sergiledikleri düşünülebilir.

4.2. Araştırma grubundaki kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve AP yöntemlerine ilişkin özelliklerinin, APTÖ ve alt ölçek puan ortalamaları ile ilişkisine yönelik bulguların tartışılması

Araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu ve lise ve üzeri eğitim alan kadınların toplam puan ve toplum, yöntem ve gebeliğe ilişkin alt ölçek ortalamalarının ilköğretim mezunu olan kadınlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.1). Araştırma bulguları TNSA (2008) bulgularıyla benzerlik göstermektedir. TNSA (2008) bulgularında kadınların eğitim düzeyi ile gebeliği önleyici yöntem kullanımları arasında doğrusal bir ilişki görülmektedir. Çayan (2009)'ın çalışmasında; üniversite mezunu olan kadınlarda diğerlerine göre daha yüksek toplam puan, ölçek alt boyut ortalamalarına sahip oldukları ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Apay ve ark (2010)'ın çalışmasında kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe toplam puanın arttığı ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Altıparmak ve Adıgüzel (2006)'in çalışmasında, Giray ve Keskinoğlu (2006)'nun çalışmasında ve Şimşek ve ark (2003)'nın çalışmasında da eğitim düzeyi yükseldikçe herhangi bir AP yöntemi kullanma oranının arttığı belirlenmiştir. Marakoğlu ve ark (2008)'nın çalışmasında kadınların eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda etkisiz yöntem kullanma sıklığı (geri çekme), ortaokul ve üzeri olan gruba göre anlamı derecede yüksek bulunmuştur. Verim ve Sohbet (2013)'in yaptığı çalışmada kadınların eğitim durumları ile doğum sonrası seçtikleri yöntemler arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim düzeyi düşük olan kadınların RİA'yı tercih ederken üniversite mezunlarının

çoğunlukla prezervatifi seçtikleri görülmüştür. Çalışma bulguları, eğitim düzeyi arttıkça kişilerin bilgiye daha kolay ulaştıklarını, modern yöntem kullanım oranlarının arttığını ve gebeliklerini daha iyi planladıklarını düşündürmüştür.

Çalışan kadınlarda toplam puan ve topluma, yönteme ve gebeliğe ilişkin alt ölçek ortalamaları, çalışmayanlara göre daha anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.1). Apay ve ark (2010)'nın araştırmasında çalışan kadınların APTÖ puan ortalamasının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu, Aktoprak (2012)'ın çalışmasında ise çalışan kadınların toplam puan, topluma ve yönteme ilişkin alt ölçek ortalamaları, çalışmayanlara göre daha anlamlı olduğu saptanmıştır. Draper (2006), çalışan kadınların ev ve iş hayatını dengelemek için AP yöntemlerine daha fazla önem verdiklerini söylemektedir. Çalışma bulguları çalışan kadınların çocuk sayısı ve gebelik aralıklarını daha iyi planladıklarını, sahip olunan ekonomik özgürlüğün kadının doğurganlığı üzerinde daha etkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca çalışma durumu eğitimle paralel bir durum olduğu için çalışan ve eğitim seviyesi yüksek olan kadınların ekonomik, sosyal ve psikolojik açıdan çocuk sahibi olmayı değerlendirdikleri söylenebilir.

Araştırmada yer alan kadınların eşlerinin öğrenim düzeyi ile toplam puan ve topluma, yönteme ve gebeliğe ilişkin alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.1). Bu bulgu toplumda doğurganlığın kadının sorumluluğu olarak algılanmasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Çalışmada sosyal güvencesi olan kadınların olmayanlara göre toplam puan ve topluma, yönteme ve gebeliğe ilişkin alt ölçek ortalamalarının anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.1). Apay ve ark (2010)'ın çalışmasında sosyal güvencesi olan kadınların toplam puan ortalamasının sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Depe ve Erenel (2006) ve Altay ve Gönener (2009) çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Aktoprak (2012)'ın çalışmasında ise sosyal güvencesi olan kadınların olmayanlara göre toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuş, ancak farkın anlamsız olduğu saptanmıştır. AP'nin ücretsiz sunulan bir hizmet olmasına rağmen sosyal güvence varlığının, hizmete ulaşılabilirlik anlamında önemini ve bireyin güvenlik hissini

arttırdığını düşündürmüştür. Çalışan grupta da benzer şekilde olumlu tutum görülmesi bu sonucu desteklemektedir.

Çekirdek ailede yaşayan kadınların toplam puan, topluma, yönteme ve gebeliğe ilişkin alt ölçek ortalamaları daha anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.1). Araştırma bulgusu ile benzer şekilde Çayan (2009)'ın ve Apay ve ark (2010)'ın çalışmalarında çekirdek aile tipine sahip kadınların AP'ye yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Aktoprak (2012)'ın çalışmasında çekirdek ailede yaşayan kadınların gebelik alt boyut puanın geniş ailede yaşayanlara göre daha olumlu yönde olduğu bulunmuştur. Ayaz ve Efe (2009)'nin çalışmasında ise aile tipinin kadınların AP tutumunu etkilemediği tespit edilmiştir. Çalışma sonuçları geniş ailede yaşayan kadınları aile büyüklerinin AP'ye karşı olumsuz etkilediğini, diğer taraftan çekirdek ailede yaşayan kadınların AP yöntemini kullanma ve seçiminde daha özgür olduklarını ve daha az kişinin sorumluluğuna sahip olmaları ve kendi sağlıklarına daha fazla zaman ayırabilmeleri gibi nedenlerle olumlu tutuma sahip oldukları düşünülebilir.

Çalışmada kadınların; düşük yapma, küretaj olma, son gebeliğini planlama ve en son doğum şekli ile toplam puan, toplum, yöntem ve gebelik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.2). Apay ve ark (2010)'ın çalışmasında kadınların gebelik, doğum, yaşayan çocuk ve abortus sayısı arttıkça, genel olarak APTÖ puan ortalamalarının düşmüş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Özdemir (1997)'in çalışmasında da gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça modern yöntem kullanma oranının düştüğü belirlenmiştir. Bu sonuçlar etkili yöntem kullanmayan kadınların gebelik ve doğum sayılarının artışıyla açıklanabilir.

Ancak çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğunun tekrar çocuk sahibi olmayı düşünmediği tespit edilmiştir. (Çizelge 3.1.2). Bu bulgulara dayanarak etkin bir danışmanlık hizmeti ile kadınların istemedikleri bir gebelikten korunmaları sağlanabilir.

AP danışmanlık hizmeti alan kadınlarda, toplam puan, yönteme ilişkin ve gebeliğe ilişkin alt boyut puanlarının almayanlardan daha olumlu yönde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). AP danışmanlık hizmeti alan kadınlarda topluma ilişkin alt boyut puanı almayanlardan daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.3). Erenel ve Eroğlu (2009), doğum sonrası dönemde verilen ve daha sonra ev ziyareti yoluyla sürdürülen AP eğitim ve danışmanlığının kadınların modern yöntem kullanmalarını önemli derecede etkilediğini belirlemişlerdir. Çayan (2009)'ın çalışmasında AP danışmanlığı alma ile yönteme ilişkin tutumun daha olumlu yönde olduğu bulunmuştur. Aktoprak (2012)'ın çalışmasında AP danışmanlık hizmeti alan kadınlarda, toplam puan, topluma ve gebeliğe ilişkin alt boyut puanlarının AP danışmanlık hizmeti almayanlardan daha olumlu yönde olduğu saptanmıştır. Erbil ve Pasinlioğlu (2008)'nun çalışmasında; danışmanlığın AP hizmetlerine olan memnuniyet düzeyini arttırdığı bilgisine ulaşılmıştır. Kadınların AP danışmanlığı alma durumlarının AP'ye ilişkin tutumlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Doğum sonu AP kullanmayı düşünenlerde, toplam puan ve gebeliğe ilişkin alt boyut puanlarının doğum sonu AP kullanmayı düşünmeyenlere göre daha olumlu yönde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Doğum sonu AP kullanmayı düşünme durumunun toplam puan ve yönteme ilişkin alt boyut puanları ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.3). Aktoprak (2012)'ın çalışmasında halen AP yöntemi kullanan çiftlerde, toplam puan, topluma, yönteme ve gebeliğe ilişkin alt ölçek ortalamaları kullanmayanlara göre daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Ayaz ve Efe (2009)'nin ve Apay ve ark (2010)'nın çalışmaları da herhangi bir AP yöntemi kullanan kadınların, kullanmayanlara göre APTÖ puan ortalamasının daha olumlu olduğu bulunmuştur. Bu bulgular etkin AP yöntemi kullanımının, AP'ye dair olumlu tutum geliştirilmesinde etkili olduğunu ya da daha olumlu tutuma sahip kadınların etkin AP yöntemi kullandığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların yaşları ile yönteme ilişkin alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.4). Kadınların yaşları ile toplam puan, topluma ve gebeliğe ilişkin alt boyut puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.4). Aktoprak (2012)'ın çalışmasında 40 ve üzeri yaş grubundaki kadınların toplam puan, topluma,

yönteme ve gebeliğe ilişkin alt ölçek puanları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek fakat aradaki farkın anlamsız olduğu tespit edilmiştir. Çayan (2009)'ın çalışmasında, 30–39 yaş grubundaki kadınların diğer yaş gruplarına göre daha anlamlı toplam puan ve toplum, yöntem ve gebelik alt boyut puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. Bu bulgulara dayanılarak ileri yaş gruptaki kadınların doğurganlık ile ilgili süreci sonlandırmayı istediği için AP'ye dair daha olumlu tutum geliştirdikleri söylenebilir.

Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin yaşları ile yönteme ilişkin alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.4). Kadınların eşlerinin yaşları ile toplam puan, topluma ve gebeliğe ilişkin alt boyut puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.4). Çalışma bulgularına benzer şekilde Kitiş ve ark(2003), erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüşlerini inceleyen çalışmalarında yaş ortalaması arttıkça AP'ye dair tutumlarının olumlu yönde değişiklik gösterdiklerini bildirmişlerdir. Bu sonuçlara göre, eşlerin yaş ortalaması arttıkça kadınların yöntemlere ilişkin tutumlarının olumlu yönde etkilendiğini düşünülebilir.

Çalışmaya katılan kadınların evlilik süreleri ile yönteme ilişkin alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.4). Kadınların evlilik süreleri ile toplam puan, topluma ve gebeliğe ilişkin alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.4). Apay ve ark (2010)'nın çalışmasında evlilik süresi 1-5 yıl olan çiftlerde daha uzun süre evli olan çiftlere göre APTÖ puan ortalamaları daha olumlu olduğu bulunmuştur. Bu bulgular bireylerin evlilik süresi arttıkça yaşla da paralel olarak sahip oldukları çocuk sayısının yeterli olduğu kanısına varmalarını ve daha fazla AP yöntemlerini kullanmalarını arttırabilir.

Ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayan kadınların toplam puan, toplum ve gebeliğe ilişkin alt ölçek ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.1). Yönteme ilişkin alt ölçek puan ortalamaları ekonomik durumunu orta ve kötü olarak tanımlayanlara göre daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.1). Aylık geliri yüksek olan kadınların toplam puan ve topluma, yönteme ve gebeliğe ilişkin alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur

($p<0,05$) (Çizelge 3.2.4). Kadınların gelir durumu arttıkça AP konusunda daha olumlu tutum içinde oldukları görülmektedir. Ekonomik durumunu iyi olarak algılayan kadınlarda da puanların yüksek olması sonucu desteklemektedir.

Kadınların APTÖ puan ortalaması ile gebelik sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların gebelik sayısının APTÖ alt boyut puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin bulunmadığı görülmüştür. (Çizelge 3.2.4). Çayan (2009)'ın yaptığı çalışmada bir iki kez gebe kalan kadınların diğer kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek APTÖ puanına sahip olduklarını tespit etmiştir. Bu sonuçlar kadınların yeteri kadar çocuğa sahip olduktan sonra, gebeliklerini planlamaları konusunda daha olumlu tutum geliştirdiklerini göstermektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

Doğum yapan kadınların yaş otalamasının 26,30±5,60, eşlerinin yaş ortalamasının29,36±5,49, aylık gelir ortalamasının 1389,52±875,54 olduğu ve evlilik sürelerinin 5,84±4,92 olduğu belirlenmiştir. Kadınların büyük bir çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu, çalışmadığı, sosyal güvencesinin olduğu, çekirdek ailede yaşadığı, ekonomik durumunu orta olarak algıladığı ve eşlerinin ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir.

- Çalışmaya katılan kadınların çoğunun son gebeliğini planladığı ve en son doğumlarını çoğunun normal doğumla gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir.

- Kadınların büyük bir çoğunluğunun AP yöntemlerine dair öğrendikleri bilginin kaynağının sağlık personeli olduğu, AP danışmanlık hizmeti aldığı, doğumdan sonra "RİA" kullanmayı düşündükleri, daha önce kullanmayı bırakılan yöntemin çoğunlukla "Hap" olduğu tespit edilmiştir.

- Kadınların yaş ortalamasının 26,30±5,60 olduğu, %84,9'unun ilköğretim, %15,1'inin lise ve üzeri eğitimi olduğu, %94,1'inin çalışmadığı, %70,6'sının çekirdek ailede yaşadığı, %86,4'ünün sosyal güvencesinin olduğu ve %54,0'ının ekonomik durumunu orta olarak algıladığı tespit edilmiştir.

- Çalışan, lise ve üzeri eğitim alan, sosyal güvencesi olan, çekirdek ailede yaşayan, ekonomik durumunu iyi olarak algılayan kadınlarda APTÖ puan ortalamasının yüksek olduğu ($p<0,05$),

- AP danışmanlık hizmeti alan ve doğum sonu AP kullanmayı düşünen kadınlarda APTÖ puan ortalamasının yüksek olduğu ($p<0,05$),

- Kadınların APTÖ ortalamaları ile aylık gelir ve gebelik sayısı arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).Kadınların APTÖ ortalamaları ile yaş, eşlerinin yaşı, evlilik süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p>0,05$).

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Sağlık personelinin doğum sonu izlemler sırasında, çalışmayan, kendisinin ve eşlerinin öğrenim düzeyi düşük olan, geniş ailede yaşayan, sosyal güvencesi olmayan, ekonomik durumunu orta ve\veya kötü olarak algılayan kadınların AP'ye karşı olumsuz tutuma sahip olma yönünden riskli olabilecek grupta olduğu ve bu nedenle kişilerin AP ile ilgili düşüncelerine ilişkin veri toplaması, bununla ilgili yaşadığı sorunları açıklamasına fırsat verilmesi ve AP hakkında eğitim yapması,

- Ülkemizdeki sağlık personellerine AP'nin öneminin benimsetilmesi ve hizmet içi eğitimlerle bu bilincin yerleşmesinin sağlanması, özellikle birinci basamak sağlık çalışanları ile basın yayın organları ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliğini içeren etkili bir eğitim ve hizmet sunumu sayesinde modern aile planlaması yönteminin kullanımının arttırılması,

- Kadınlara doğum öncesi verilen AP yöntemlerine ilişkin danışmanlık hizmetinin doğum sonrası yöntem tercihlerini nasıl etkilediğini ortaya çıkaracak müdahale araştırmalarının yapılması önerilebilir.

6. ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumları ve İlişkili Faktörler

"Nergiz ERYILMAZ"

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ \ KONYA-2014

Doğum sonu dönem; istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, doğurganlığın bilinçli bir şekilde planlanması ve bireylere hizmet sunma açısından önemlidir.

Bu araştırma doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması konusundaki tutumlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini doğum sonu dönemdeki 272 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Aile Planlaması Tutum Ölçeği" (APTÖ) ve araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından 15-04-2013 ve 15-07-2013 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Kadınların %84,9'unun ilköğretim, %15,1'inin lise ve üzeri eğitimi olduğu,% 47,8'inin AP yöntemlerine yönelik bilginin kaynağının sağlık personelini işaret ettiği ve % 76,1'inin AP yöntemlerine yönelik danışmanlık hizmeti aldığı saptanmıştır. Çalışan, lise ve üzeri eğitim alan, sosyal güvencesi olan, çekirdek ailede yaşayan, ekonomik durumunu iyi olarak algılayan kadınlar ile APTÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). AP danışmanlık hizmeti alan ve doğum sonu AP kullanmayı düşünen kadınlarda APTÖ puan ortalamasının yüksek olduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Kadınların APTÖ puan ortalamaları ile aylık gelir arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç olarak; sosyo-ekonomik seviyesi düşük ve danışmanlık hizmeti almamış kadınların AP'ye ilişkin tutumlarının olumsuz yönde olduğu ve bu kadınların riskli grupta yer aldığı saptanmıştır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının, kişilerin AP'ye yönelik tutumlarının farkında olması ve AP'ye ilişkin tutumu olumsuz etkileyen risk faktörlerini belirleyerek danışmanlık hizmeti vermelerinin yararlı olacağı söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: aile planlaması; doğum sonu; tutum.

7.SUMMARY

The Attitudes of Women Towards Family Planning and Related Factors In the Postpartum Period

The postpartum period is important in terms of; preventing unwanted pregnancies, fertility planning consciously and providing services with individuals.

This is a descriptive study aimed to determine the attitudes of women towards family planning and related factors in the postpartum period. The samples consist of 272 women in postpartum period. "Family Planning Attitude Scale" (FPAS) and personal information form prepared by the researchers have been used to collect the data. Data were obtained by researchers through face to face interviews between 15-04-2013 and 15-07-2013. Number, percentage, mean and standard deviation, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis test were used for the analysis of the data.

It was determined that 84,9% of the women were primary school graduates, 15,1% had high and higher school education, and 47,8% ticked up that the source of their FP was the health personnel and 76,1% of them received FP counseling service. The difference between the mean FPAS of the women, who had a job, had a social security, lived in nuclear families, were perceived as with better economic situation, was statistically significant ($p < 0,05$). It was established that the mean FPAS of the women, who received FP counseling service, and the women who considered using postpartum FP, was higher ($p < 0,05$). There was a weak, positive and statistically significant relationship between the main FPAS and monthly income ($p < 0, 05$).

As a result; it has been determined that of the attitudes of women, with low socioeconomic level and have not received counseling services, towards family planning is negative and it has been found that these women are in the risk group. Therefore, it can be said that it will be useful for the health workers to be aware of the attitudes of the people towards FP, and provide consulting services identifying the risk factors affecting adversely the attitudes towards FP.

Keywords: family planning, postpartum, attitude.

8. KAYNAKLAR

1. Akın A. Uluslararası kararlar paralelinde üreme sağlığı konusunda Türkiye'deki uygulamalar. Sağlık ve Toplum Dergisi. 1998;8:23-6.

2. Aksu H. Kontraseptif Yöntemler. In: Şirin A, editor. Kadın Sağlığı, 1.baskı, Bedray Basın Yayıncılık. İstanbul , 2008;288-330.

3. Aktoprak M. Evli Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD, Yüksek Lisans Tezi, Konya 2012.

4. Altay B, Gönener D. Evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi. 2009;14(1):56-64.

5. Altıparmak S, Adıgüzel Z. Manisa'da yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınlarda aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları; kırsal alan örneği. T Klin J Gynecol Obst. 2006;20(3):142-49.

6. Apay SE, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T. Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;13(3):39-46.

7. Arviş MH. Aydın Doğumevi'ne Aile Planlaması İçin Başvuran Kişilerin Kontraseptif Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Aydın 2008.

8. Ayaz S, Efe ŞY. Family planning attitudes of women and affecting faktors. J Turkish-German Gynecol Assoc, 2009;10:137-41.

9. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexuality after child birth: A pilot study. Arch Sex Behav. 1999;28(2):179-91.

10. Büyükbayrak EE, Kars B, Karageyim AY, Dabak R, Kurtuluş H, Pirimoğlu ZM. et al. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili tutumların etkin aile planlaması danışmanlık öncesi ve sonrasında karşılaştırılması. T Klin J GynecolObst. 2010;7:231-7.

11. Cammu H, Van Nylen M, Amy JJ. A 10-year follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. BJU Int. 2000;85(6):655-8.

12. Çayan A. 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın 2009.

13. Çelik R. İsteyerek Düşük Yapmak İçin Başvuran Kadınların Acil Kontrasepsiyon İle İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin 2006.

14. Daş Z. Kadınlara Doğum Sonu Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkin Yöntem Kullanımına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas 1998.

15. Daş Z, Sezgin A. Postpartum dönemde verilen aile planlaması eğitiminin etkili yöntem kullanımına etkisi. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2001;11: 62-5.

16. Depe Y, Erenel AŞ. Erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüş ve davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(3):29-36.

17. Dilek U. Postparum kontrasepsiyon. 4. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. Ankara 2005;77.

18. Draper L. Working women and contraception: History, Health, and Choices. Official Journal of The American Association of Occupational Health Nurses. 2006;54(7): 3I7-24.

19. Erbil N, Pasinlioğlu T. Planlı eğitim ve danışmalığın kadınların aile planlaması hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 1(2):38-46.

20. Erenel AŞ, Eroğlu K. Doğum sonrası dönemde ev ziyareti yolu ile desteklenen emzirme eğitim modelinin laktasyonel amenore yöntemine etkisi. T Klin J Gynecol Obst. 2009;19:179-88.

21. Erenel AŞ, Kavlak T, Bingöl B. Kadınların doğum sonrası altı ay sonunda aile planlaması yöntemi kullanma durumu. Van Tıp Dergisi. 2011;18(2):68-76.

22. Eroğlu K. Doğum ve Düşük Sonrası Kontraseptif Yöntemler. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara 2009: 35-9.

23. Ersin F, Gözükara F, Şimşek Z, Kurçer MA, Kayahan M. Bir sağlık ocağı bölgesinde evli kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları ve yöntemi bırakma nedenleri. HEMAR-G. 2003;5 (1):30–3.

24. Gabalcı E. Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşama Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2008.

25. Gılıç E, Ceyhan O, Ozer A. Niğde Doğumevi'nde doğum yapan kadınların aile planlaması konusundaki bilgi tutum ve davranışları. Fırat Tıp Dergisi. 2009;14:237-41.

26. 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.

27. Gökmen O, Çiçek N. Günümüzde Kontrasepsiyon. 1.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2001;319.

28. Grafenberg E. An intrauterine contraceptive method, in Sanger M, Stone HM, editors, The Pratice of Contraception: Proceedings of the 7th International Birth Control Conference, Zurich, Switzerland, Williams&Wilkins, Baltimore, Maryland, 1930, 33-47.

29. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2006;248–50.

30. Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Özkömür E, Keskin U. Koitus interruptus (geri çekme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi. Gülhane Tıp Dergisi 2006;48: 8-10.

31. Huang YC, Mathers NJ. A comparison of sexual satisfactionand post-natal depression in the UK and Taiwan. Int Nursing Rev. 2006;53:197-204.

32. Huber SC, Piatrow PT, OrlansB, Dommer G. Intrauterine devices, Popul Reports, Series B,No.2,1975.

33. Kahraman K. Nevşehir Özkonak Kasabasında Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri 2005.

34. Karagüzel N. Fertil Çağdaki Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler ve Anemi İlişkisi Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006;3–8.

35. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci SE. Bingöl ili Uydukent Sağlık Ocağı bölgesindeki 15–49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2008; 22 (4):185-91.

36. Kitapçıoğlu G, Yanıkkerem E. Manisa doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı. Ege Journal of Medicine, 2008;47:87-92.

37. Kitiş Y, Bilgili N, Karaçam Z. Gülveren Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüşleri ve karara katılma durumları. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2003;14(1):56–66.

38. Korucuoğlu Ü, Biri A, Bozkurt N, Özcan P, Yılmaz E, Tıraş B. Kadınların acil kontrasepsiyon konusunda bilgi ve tutumları. T Klin J GynecolObst.2007;4(3),195-98.

39. Marakoğlu K, Çivi S, Demiröz S, Kutlu R. Bir Doğum Evinde, Doğum Yapan Kadınların Doğurganlık Öyküleri ve Aile Planlaması Davranışları. Kocatepe Tıp Dergisi, Ocak 2008;9:49-56.

40. Mayda AS, Arslan T, Bozkurt HB, Dedeli İ, Özkan MÖ. Düzce ili Kalıcı Konutlar bölgesinde 15-49 yaş arası kadınlarda yöntem kullanma oranları ve tercih nedenleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005;4(5),265-78.

41. Mungan T. Laktasyonda Kontrasepsiyon. 3. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. Ankara, 2005;151-2.

42. Mumcu N. Geleneksel Uygulama ve İnançların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanımına Etkisinin İncelenmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Afyon, 2004.

43. Naçar M, Öztürk A, Öztürk Y. Doğum sonrası verilen aile planlaması eğitiminin yöntem kullanmaya etkisi. Erciyes Tıp Dergisi, 2003;25:122-30.

44. Örsal Ö. Ankara Belediye Sınırları İçinde Yaşayan Bireylerin Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara 2006.

45. Örsal Ö, Kubilay G. Aile planlaması tutum ölçeği geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Ninhtingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007;15(60):155-64.

46. Özdemir İH. Silivri Ortaköy Belediyesinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1996.

47. Özdemir İ, Yıldırım U, Demirci F, Duras G, Yücel O. Düzce'de yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların kontraseptif yöntemi kullanma ve kullanmama nedenleri. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 4:19-22.

48. Özvarış ŞB. Family planning. J Actuelmed (WomenHealth Special ıssue) 2001;6(1):45-52.

49. Rehimli S, Ocakoğlu G, Sığırlı D, Büyükuysal MÇ. Türkiye ve OECD'ye üye ülkelerin kadın sağlığı göstergeleri bakımından değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;15(4):261-66.

50. Sağgöz N, Bayram M, Kamacı M. Kırıkkale İli ve Çevresinde Kullanılan Yöntemler, T Klin J GynecolObst. 2000;10: 266–69.

51. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi cilt II Kontraseptif Yöntemler Ankara, 2005.

52. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı, No: 3\B Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, Ankara, 2009.

53. Saygılı P. Aile planlaması hizmetlerinde hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences. 2006; 2 (13): 37-44.

54. Schwartz B, Gaventa S, Broome CV, Hukla BS, Reingold AL, Hightower AW, Perlman JA, Wolf PH; Non menstruel toxic schock syndrome associated with barrier contraceptives, report of casestudy Dis 11 (suppl 1) 1989;543.

55. Şahin S, Kömürcü N, postpartum dönemde anneye verilen aile planlaması danısmanlık eğitiminin etkin kontraseptif yöntem seçimi üzerine etkisi. Zonguldak Saglık Yüksekokulu Dergisi, 2005;1(2):1-14.

56. Şen TA, Erbek N, (2001) Afyon ilindeki evli kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi düzeyleri. Sağlık ve Toplum Dergisi 2002, 12(4):73-78.

57. Şimşek Z, Kurçer MA, Ersin F, Gözükara F, Kayahan M. Şanlıurfa Tılfındır sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş arası evli kadınların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgileri ve yöntem kullanımını etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2003;13(1): 75-80

58. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. (7. Baskı), Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2005: 449–520.

59. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Editör: Taşkın L. Ankara, Sistem ofset matbaacılık 2009;499-518.

60. T.C. Başbakanlık Kanunlar ve Kararlar Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması Program Stratejisi 10.Kalkınma Planı(2010-2018) [cited:19.10.2014] Erişim adresi: http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/10-kalkinma_plani.pdf

61. Thorburn S. Attıtudes toward contraceptıve methods among Afrıcan-Amerıcan men andwomen: sımılarıtıes. Women's Health Issues, 2007;17: 29–36.

62. Timur S. Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı İle Öz –Bakım Gücü Düzeyi Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2003;5-14.

63. Topuzoğlu A, Önsüz MF, Hıdıroğlu S, Mustafaoğlu N, Ekşi MŞ, ErbölükbaşR. Ümraniye'de bir sağlık ocağına başvuran üreme çağındaki kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeyleri. TAF PreventiveMedicineBulletin. 2008;7(5),405-18.

64. Turan H. 1.Basamak Sağlık Kurumlarında Üreme Sağlığı Danışmanlığı. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 2005;51–2.

65. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütler Enstitüsü, Ankara, 2008.

66. Verim E, Sohbet R. Kadınların sezaryen sonrası seçtikleri aile planlaması yöntemleri ve bu yöntemleri seçme nedenlerinin dağılımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;2 (4).

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

68. WHO (World HealthOrganization). Family planning [cited:18.12.2012]. Erişim adresi: http://www.who.int/reproductive%20health/topics/family_planning/en/index.html.

69. G.Pover. Sample size and power analyzes [cited:18.02.2013] Erişim adresi: http://g-power.soft32download.com/

9. EKLER

EK-A: Kişisel Bilgi Formu

Değerli anne,

Çalışmamız bir anket formu ve bir de aile planlaması tutum ölçeğinden oluşmaktadır. Çalışmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışmanın uygulanması sırasında bakım ve tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Anket Formu No:

1.SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

1) İlköğretim 2) Lise ve üzeri

3. Çalışıyor musunuz?

1) Evet 2)Hayır

4. Eşiniz kaç yaşında?.....

5. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1) İlköğretim 2) Lise ve üzeri

6. Kaç yıllık evlisiniz?.....

7. Sosyal güvenceniz var mı?

1) Var 2) Yok

8. Aile tipiniz nedir?

1) Çekirdek aile 2) Geniş aile

9. Aylık geliriniz ne kadar?.....

10. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1) İyi 2) Orta 3) Kötü

2.OBSTETRİK ÖZELLİKLER

11. Gebelik sayınız?.....

12. Düşük öykünüz var mı?

1) Evet 2) Hayır

13. Kürtaj yaptırdınız mı?

1) Evet 2) Hayır

14. Bu gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?

1) Evet 2) Hayır

15. Bir daha çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

16. En son doğum şekliniz nasıldır?

1) Normal doğum 2) Sezaryen doğum

3.AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

17. Aile planlaması ile ilgili bilgileri nerden öğrendiniz?

1) Basın\Yayın 3) Sağlık personeli

2) Komşu\akraba\arkadaş

18. Herhangi bir sağlık personelinden aile planlaması yöntemlerine yönelik danışmanlık hizmeti aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

19. Bu doğumunuzdan sonra herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

20. Hangi yöntemi kullanmayı düşünüyorsunuz?(19.sorunun cevabı evet ise)

1) Hap 3) RİA 5) Geri çekme 7) Vazektomi 9)Diğer….

2) Kondom 4) Enjeksiyon 6) Tüpligasyon 8) Takvim yöntemi

21. Daha önceden kullanıp bıraktığınız bir aile planlaması yöntemi oldu mu?

1) Evet 2) Hayır

22. Hangi yöntemleri bıraktınız?(21.sorunun cevabı evet ise)

1) Kondom 3) Hap 5) Geri çekme

2) Ria 4) Enjeksiyon 6) Takvim yöntemi

EK-B: AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ

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

EK-F: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli anne adayı,

Bu form katılmanız istenen araştırma ile ilgili olarak sizi aydınlatmak amacı ile hazırlanmıştır. Bu çalışmada **'Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumları Ve İlişkili Faktörler'** belirlenecektir.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra, size doldurmanız için bir form verilecektir. Çalışmamız bir anket formu ve bir de aile planlaması tutum ölçeğinden oluşmaktadır. Çalışmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışmanın uygulanması sırasında bakım ve tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Paylaşımlarınız için teşekkür ederim.

Nergiz ERYILMAZ

10. ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Konya'nın Taşkent ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Taşkent'te tamamladı. 2006 yılında Niğde Üniversitesi Aksaray Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2009 yılında Konya Kulu Devlet Hastanesi'nde meslek hayatına başladı. 2013 yılında Ankara Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi'ndeçalıştı. Halen Ankara Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi'ndehemşire olarak görevine devam etmektedir.