



T.C. Sağlık Bakanlığı



T.C.
OSMANİYE VALİLİĞİ
HALK SAğLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

“OSMANİYE İLİ ÇADIRKENTTE YAŞAYANLARIN ÜREME SAğLIĞI HİZMETLERİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ” PROJESİ





T.C. OSMANİYE VALİLİĞİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

**“OSMANİYE İLİ ÇADIRKENTTE YAŞAYANLARIN ÜREME
SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ”
PROJESİ**

Sözleşme No: TR63/16/DFD/0005

**“OSMANİYE İLİ ÇADIRKENTTE YAŞAYANLARIN ÜREME SAĞLIĞI
HİZMETLERİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ”
PROJESİ**

Proje Sahibi

Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü

Editörler

Prof.Dr. Muhsin AKBABA

Doç.Dr. Ersin NAZLICAN

Uzm. Menal ZÜBARIOĞLU

Uzm. Mustafa Emre NAKIŞ

Uzm. Hüseyin SÖKMEN

ISBN: 0003568

Yayın No: 62

Yayın Evi

Doğuş Ofset Matbaacılık
Alibeyli Mah. Ahmet Demir Sokak No:28 OSMANİYE
Tlf.: 0328 814 42 50

OSMANİYE 2017

I - İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
I- İçindekiler	3
II- Tablo Listesi	4
III- Şekil Listesi	5
IV- Sunuş	6
V- Teşekkür	8
1- Giriş ve Amaç	9
2- Genel Bilgiler	10
2.1. Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları	11
2.2. Dünyada Üreme Sağlığı ile İlgili Yapılan Çalışmalar	12
2.3 Türkiye'de Üreme Sağlığı Sorunları ve Üreme Sağlığına Yönelik Yapılan Hizmetler	13
2.4. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınılandırılması	14
2.5. Kontraseptiflerin etkililiği	15
2.6. Başvuranın Değerlendirilmesi	16
2.6.1. Tıbbi öykü	16
2.6.2. Fizik muayene	17
2.6.3. Meme muayenesi	17
2.7. Aile Planlaması Yöntemleri	18
2.7.1. Kombine Kontraseptifler	18
2.7.1.1. Oral Kombine Kontraseptif Yöntemler	18
2.7.1.2. Kombine Enjekte Edilen Kontraseptif Yöntemler	18
2.7.2 Rahim İçi Araçlar	18
2.7.3. Bariyer Yöntemler	20
2.7.4. Takvim Yöntemi	20
2.8. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri	21
2.9. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon Yöntemleri	21
2.9.1. Vazektomi	22
2.9.2. Tüp Ligasyonu	22
3- Gereç ve Yöntem	23
4- Bulgular	24
4.1. Genel sosyo-demografik özellikler	24
4.2. Doğurganlıkla ilgili özellikler	27
4.3. Aile planlaması yöntemleri bilgi düzeyi	29
4.4. Aile planlaması yöntemlerini kullanma durumu ve bilgi düzeyi	32
5- Dünyadaki ve Türkiye'deki Çalışmalar ile Bulgularımızın Karşılaştırılması	37
6- Sonuç ve Öneriler	40
7- Eylem Planı	43
8- Kaynaklar	50
9- Ek Anket formu	51

I - TABLO LİSTESİ

- Tablo 1. Gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki değişimler**
- Tablo 2. DSÖ Tıbbi uygunluk kriterleri**
- Tablo 3. Aile planlaması yöntemlerinin etkililiği**
- Tablo 4. Çalışmaya katılanların yaş gruplarına göre dağılımı**
- Tablo 5. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımı**
- Tablo 6. Erkeklerin mesleklerine göre dağılımı**
- Tablo 7. Gebelik sayısına göre dağılım**
- Tablo 8. Kadınların yaptıkları düşük sayısına göre dağılım**
- Tablo 9. Kadınların çocuk sayısına göre dağılımı**
- Tablo 10. Katılımcıların ilerde kaç çocuk sahibi daha olmak istiyorsunuz dağılımları**
- Tablo 11. Katılımcıların aile planlaması yöntemlerini bilme durumlarının dağılımı**
- Tablo 12. Kadınların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgiyi nereden aldıklarının dağılımı**
- Tablo 13. Erkeklerin aile planlaması yöntemleri hakkında bilgiyi nereden aldıklarının dağılımı**
- Tablo 14. Çalışmaya katılan çiftlerin şu anda kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımı**
- Tablo 15. Yöntem kullanmama nedenleri**
- Tablo 16. Kadınlar sağlıklı bir gebelik için kaç yaşından önce gebe kalmamalıdır sorusunun dağılımı (kadınların cevabı)**
- Tablo 17. Kadınlar sağlıklı bir gebelik için kaç yaşından önce gebe kalmamalıdır sorusunun dağılımı (erkeklerin cevabı)**
- Tablo 18. Kadınlar kaç yaşından sonra gebe kalmamalıdır sorusunun dağılımı**
- Tablo 19. Çiftlere iki gebelik arasında en az ne kadar süre olmalıdır dağılımları**
- Tablo 20. Eşlerden hangisi aile planlaması yöntemi kullanmalıdır sorusunun dağılımı**
- Tablo 21. İlerde hangi aile planlaması yöntemini kullanılmak istenmesi**
- Tablo 22. Aile planlaması yöntemi kullanmanın olumlu yönleri**
- Tablo 23. Aile planlaması yöntemi kullanmanın olumsuz yönleri**

I - ŞEKİL LİSTESİ

1. Kendi kendine meme muayenesi
2. Rahim içi araç

Teşekkür

Osmaniye İli Çadırkentte Yaşayanların Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Güçlendirilmesi projemizi destekleyen Doğu Akdeniz Kalkınma Ajansı'na(DOĞAKA), proje danışmanlarımız Prof.Dr. Muhsin AKBABA ve Doç.Dr. Ersin NAZLICAN'a, proje ekibine, Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü personeline, Osmaniye Valiliği İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğüne, Osmaniye Valimiz Sayın Kerem Al'a teşekkürlerimizi sunarız.

Bu yayın; Osmaniye Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından hazırlanmış ve bastırılmıştır. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. DOĞAKA tarafından TR63/16/DFD/0005 sözleşme numarası ile desteklenmiş bir Doğrudan Faaliyet Destek projesidir.

OSMANİYE İLİ ÇADIRKENTTE YAŞAYANLARIN ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ

1. Giriş ve Amaç:

Üreme sağlığı insanların istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuğa sahip olma şeklinde genel bir ifade ile tanımlanabilir. Üreme sağlığı Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) tanımına göre; üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütünüyle iyi olma durumudur. Üreme Sağlığının bir diğer tanımlaması da, insanların sağlıklı ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir.

Geçmiş yıllarda üreme sağlığı teriminden daha çok aile planlaması terimi kullanılırdı. Ancak son yıllarda üreme sağlığı terimi hem aile planlaması hizmetlerini, hem de sağlıklı bir üreme sağlığı hizmetlerini kapsamaları nedeniyle üreme sağlığı terimi kullanılmaktadır. DSÖ'nün raporlarına göre güvenilir, etkili ve kabul edilebilir üreme sağlığı hizmetlerine hem kadınların hem de erkeklerin eşit bir şekilde erişiminin sağlanması gerekir. Üreme sağlığı bireyler arasındaki fiziksel ve psikososyal yakınlığa katkıda bulunur. Ayrıca yanlış uygulanan veya uygulanmayan üreme sağlığı hizmetleri hastalık, istismar, istenmeyen gebelik ve anne-bebek ölümleri ile ilişkilidir.

Üreme sağlığı sağlıklı insan gelişimi ve sağlığın genel gelişimi açısından çok önemlidir. Üreme ömrü ergenlik cinsel gelişim ile başlar, erkeğin ve kadının çocuk sahibi olma ihtimali olmayana kadar devam eder. Tüm üreme çağındaki yetişkinlerin özellikle kadınların, üreme sağlığı ile ilgili konularda bilgilendirilerek mortalite ve morbiditeye yol açabilen sağlık sorunlarından korunmak mümkündür. Kadın sağlığını tehdit eden hastalık ve ölümlerin büyük bölümü, gebeliklerin istenen zamanda, istenen sayıda ve uygun aralıklarla gerçekleşmemesi, güvensiz düşükler ve aşırı doğurganlık nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Tüm üreme çağındaki yetişkinlerin özellikle kadınların, üreme sağlığı ile ilgili konularda bilgilendirilerek mortalite ve morbiditeye yol açabilen sağlık sorunlarından korunmak mümkündür.

Tüm dünyada her yıl 500.000 kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmektedir bu nedenle yetişkinlerin üreme sağlığı ile ilgili konularda doğru ve güvenilir bir şekilde eğitilmeleri büyük önem taşımaktadır. Çünkü doğum ve doğumsal hastalıklar önlenemez hastalıklardan birisidir. Özellikle eğitim seviyesi düşük olan topluluklarda erken yaşta evlenme, akraba evliliği ve bunların yol açtığı doğumsal ve kalıtsal hastalıklar sık olarak görülebilmektedir ve erken yenidoğan döneminde bebek ölümlerine ayrıca anne karnında ölüm ve düşük ile karşılaşabilmektedir. Kadın sağlığını tehdit eden hastalık ve ölümlerin büyük bölümü, gebeliklerin istenen zamanda, istenen sayıda ve uygun aralıklarla gerçekleşmemesi, güvensiz düşükler ve aşırı doğurganlık nedeni ile ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada amacımız; Osmaniye Merkezdeki çadırkentte yaşayan üreme çağındaki bulunan kadın ve erkeklerin üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerini, tutum ve davranışlarını değerlendirmek, toplanan verileri analiz etmek ve ayrıca bu bulgular ışığında bir eylem planı oluşturmaktır.

Çalışmayı planladığımız bu bölgede üreme sağlığı yönünden bilgi düzeyi tam olarak bilinmemesine rağmen düşük olduğu tahmin edilmektedir. Bu düşük oran hem anne sağlığı hem de çocuk sağlığı açısından sorunlar yaratabilmektedir. Üreme sağlığı bilgi düzeyindeki düşüklüklerin hangi konular ile alakalı olduğu ayrıca bilgi düzeyi düşüklüğü dışında üreme sağlığı hizmetlerini etkileyen faktörlerin neler olduğunun araştırılması planlanmaktadır. Projenin asıl çıkış amacı da düşük, ölü doğum, prematüre doğum ve anne ölümü gibi üreme sağlığı sorunlarının tespiti, nedenleri ve bu nedenlere yönelik olarak çözüm stratejilerinin geliştirilmesidir. Ayrıca bu proje ile tespit edilecek sorunlara yönelik olarak üretilen çözüm önerileri ile bir eylem planı oluşturularak ülkemizde mevcut bulunan diğer çadirkentler içinde üreme sağlığı hizmetlerinin daha iyi yürütülmesi için bir planlama yapılacaktır.

2. Genel Bilgiler:

Üreme sağlığı Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütünüyle iyi olma durumudur. Ayrıca üreme sağlığı, insanların tatmin edici bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları ve bu yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir.

Üreme sağlığı oldukça geniş bir kavramdır. Kadın erkek herkesi kapsar ve doğumdan ölüme kadar tüm yaşamı içerir. Üreme sağlığı hizmetleri, üreme sağlığı sorunlarını önleyerek ve çözerek üreme sağlığına ve iyi olma durumuna katkıda bulunan yöntem, teknik hizmetler dizisi olarak tanımlanmaktadır. Doğurganlığı etkileyen etmenleri başında; doğum aralığı, kontraseptif kullanma durumu, emzirme, istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve kültürel etmenler gelmektedir.

Doğum aralığı: Normal doğumla sonlanan bir gebeliğin 40 hafta sürmesi, emzirmeyen annelerde bile doğumdan sonra ovülasyonun en erken 25, ortalama ise 45. günde başlaması normal koşullarda doğum aralıklarının 10 aydan kısa olamayacağını göstermektedir. Bu durumda iki doğum arasında en kısa süre 11 ay olmaktadır. Gebe kalmak için bekleme süresi; kadın ve erkeğin fertilitesi, cinsel ilişki sıklığı, istemli ve kendiliğinden düşük sıklığı, kontraseptif kullanma sıklığı ve etkinliği gibi faktörlere bağlıdır.

Kontraseptif Kullanımı: Yöntem çeşitliliği, kullanım yaygınlığı, yöntemlerin başarısızlığı, yan etkileri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin varlığı ve ulaşılabilirliği de doğurganlıkta belirleyici olmaktadır. Kontraseptif seçiminde yöntemin etkinlik ve başarısızlık hızları, güvenilirliği, komplikasyonları, gebelik riski ve doğurganlığın geri dönüşü, yan etkileri ve aile planlaması hizmetlerine kolay ulaşılabilirlik belirleyici olmaktadır.

Emzirme: Tek başına gebeliği önleyeceği kabul edilmese de emzirme, toplumda kontraseptif olarak önerilmesi ve doğum aralığını etkilemesi nedeniyle doğurganlığı etkilemektedir.

İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler: İstenmeyen gebelikler Üreme sağlığını tehdit eden önemli bir sorundur ve Aile Planlaması hizmetlerinde karşılanamayan

gereksinim olarak ifade edilir. Pek çok gelişmekte olan ülkede kadınlar daha fazla çocuk sahibi olmak istemedikleri halde farklı nedenlerle herhangi bir Aile Planlaması yöntemi kullanmamaktadır. İstenmeyen gebelikler çoğunlukla isteyerek düşükle sonlanmaktadır bunun sonucunda hem doğurganlık hem de anne mortalite ve morbiditesi etkilenmektedir.

Kültürel Etmenler: Doğurganlığın düzenlenmesinde ailenin yapısı, ekonomik durumu, kadınların aile içindeki statüsü, eğitimi, çalışma durumu, üretim sürecine katkı payı, toplumsal konumu, mesleği, gelir düzeyi, yerleşim yeri, çocuğun aileye maliyeti, çocuğun ekonomik yararı, çocuklarda cinsiyet tercihi gibi sosyoekonomik ve kültürel faktörler ailelerin kararlarını etkilemektedir.

2.1. Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları

Tüm dünyada her yıl 500.000'den fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece 4000 kadarı gelişmiş ülkelerde, geri kalanı ise gelişmekte olan ülkelere meydana gelmektedir. Son 20 yılda çocuk sağlığında belirgin gelişmeler kaydedilmesine karşın, hala her yıl 10.5 milyon bebek ölümü olmakta, bunların da büyük bir çoğunluğu gelişmekte olan ülkelere meydana gelmektedir. Dünyada 40-60 milyon; başka bir deyişle, her 1000 canlı doğuma karşı, 300-500 yasal ve yasal olmayan düşük yapıldığı tahmin edilmektedir ve çok sayıda gelişmekte olan ülkede yasa dışı düşük komplikasyonu olarak septik abortus ve buna bağlı anne ölümleri ciddi boyutlardadır. Anne ölümlerinin 1/4 - 1/3'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır. Dünya nüfusunun yüzde 25'i (52 ülke) oldukça katı düşük yasalarının bulunduğu ülkelere yaşamaktadır. Bu da yasa dışı ve güvenli olmayan düşük işlemlerine başvuruyu arttırmaktadır.

Bununla birlikte, sadece istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için değil, anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine bugün dünyada 300 milyon çift ulaşamamaktadır. Ayrıca, günümüzde cinsel yolla bulaşan bakteriyel ve viral enfeksiyonlar epidemi düzeyine ulaşmıştır. AIDS pandemisi yaş, cinsiyet, sosyal durum ve cinsel davranış özelliği gözetmeden milyonlarca insanı etkilemektedir. 1990 yılında DSÖ tahminlerine göre 100 milyon kişi HIV ile enfektir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan gonore, sifiliz ve şankroid gibi venerial hastalıklar sanayileşmiş ülkelere azalırken, tespit ve tedavisi daha zor olan klamidy, herpes virus, papillomavirus ve HIV gibi yeni hastalıklar ortaya çıkmıştır.

Hızla artan adolesanların üreme sağlığı gereksinimleri de özel dikkat gerektirmektedir. Adolesan gebeliklerin insidansı çeşitli ülkelere büyük farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle gelişmekte olan ülkelere adolesanlarda gebelik oranı daha yüksektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik durumlarındaki gelişmenin önünde bir engel olmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik maternal ölüm riskini ve genç annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır. Son yirmi yılda infertilite bir üreme sağlığı sorunu olarak giderek daha fazla kabul görmeye başlamıştır. DSÖ dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir. Infertilite prevalansının büyük kısmını sonradan gelişen (sekonder) infertilite oluşturmaktadır. Bunun en yaygın ve önemli nedeni; cinsel yolla bulaşan hastalıklara, güvenli olmayan düşüklere ve puerperal enfeksiyonlara bağlı pelvik enfeksiyonlardır.

İnfertilite tedavisinde son yıllarda büyük gelişmeler olmasına rağmen, bunun etik, moral ve yasal yönü konusundaki tartışmalar halen devam etmektedir. Üreme sağlığı kavramı, hem kadının hem de erkeğin gereksinimlerini içermektedir. Kadınların olduğu kadar erkeklerin de toplumdaki statü ve rolleri üreme sağlığında önemlidir. Erkeklerin ideal aile büyüklüğü, cinsiyet tercihleri, ideal doğum aralıkları, aile planlaması yöntemlerini kullanma gibi konulardaki bilgi ve tutumları eşlerin doğurganlık davranışlarında belirleyici olmaktadır. Bu nedenle, şimdiye kadar ihmal edilen erkeklerin üreme sağlığı gereksinimleri de dikkate alınmalıdır. Bununla birlikte, üremeye ilişkin hastalıkların sonuçları iki cinsiyet arasında oldukça eşitsiz olarak dağılmaktadır. Gebelik ve doğuma bağlı sağlık sorunlarını sadece kadınlar yaşamaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların çoğu kadınlarda daha ciddi sekillere yol açmaktadır. İnfertilite her iki cinsiyet için de sorun olmasına rağmen, pek çok toplumda sosyal ve psikolojik sonuçlarını kadınlar yüklenmektedir. Kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazladır ve kadınların kullandığı yöntemlerin sağlık riskleri daha fazladır. Genel olarak pek çok toplumda hala tabu sayılan cinsellik konusunda, dünyanın çoğu yöresinde kadın ve erkek arasında büyük eşitsizlik hüküm sürmektedir. Kadının cinsellikten zevk almasını önlemeyi amaçlayan kadın sünneti (genital mutilasyon) bunun en çarpıcı örneğidir. Oldukça invaziv bir işlem olmasının yanı sıra medikal sistemin dışında gerçekleşmesi tehlikelerini artırmaktadır.

2.2. Dünya'da Üreme Sağlığı ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Almanya, Fransa, İngiltere, Romanya ve İsveç gibi beş Avrupa ülkesini kapsayan 2011 yılında yapılan çalışmada 18-49 yaş arası 1137 kadından bilgi toplanmıştır. Bu çalışmaya göre çalışmanın yapıldığı Avrupa ülkelerinde modern yöntemler içerisinde oral kontraseptiflerin ülkelere göre dağılımı; Almanya (%54.3), Fransa (%50.5), İsveç (%34.6) İngiltere (%23.6), Romanya (%21.6) sıklıkta kullanılmaktaymış. Kondom kullanımının ülkelere göre dağılımı; Almanya (%13.1), Fransa (%33.2), İsveç (%22.5) İngiltere (%29.6), Romanya (%22.9); rahim içi araçların kullanım oranı; Almanya (%5.0), Fransa (%13.4), İsveç (%19.0) İngiltere (%10.3), Romanya (%3.5) imiş. Modern olmayan yöntemlerden olan geri çekme yönteminin kullanım oranları; Almanya (%1.5), Fransa (%7.4), İsveç (%9.8) İngiltere (%3.0), Romanya (%10.6), herhangi bir yöntem kullanılmama oranı; Almanya (%23.1), Fransa (%13.9), İsveç (%13.7) İngiltere (%26.6), Romanya (%40.5) imiş.

2012 yılında 8 ülkede (Avusturya, Belçika, İsrail, Hollanda, İsveç, İsviçre, Çek Cumhuriyeti-Slovakya ve Polonya) 18.787 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada kullanılan aile planlaması yöntemleri içerisinde modern yöntemler başta gelmekteydi. Ülkelere göre kullanılan yöntemlerin dağılımını incelediğimizde; kombine oral kontraseptif hap kullanım oranları; tüm katılımcılarda ortalama %41.8, Avusturya'da % 49.3, Belçika'da %67.4, İsrail'de %47.9, Hollanda'da %44.7, İsveç'te %43.5, İsviçre'de %48.3, Çek Cumhuriyeti-Slovakya'da % 42.0 ve Polonya'da %38.7'dir. Kondom kullanım oranları ise; ortalama %25.2, Avusturya'da %18.3, Belçika'da %5.3, İsrail'de %21.5, Hollanda'da %19.5, İsveç'te %27.8, İsviçre'de %23.6, Çek Cumhuriyeti-Slovakya'da %21.0 ve Polonya'da %24.9'dir. Modern olmayan yöntemlerin kullanım oranları; ortalama %5.5, Avusturya'da %2.0, Belçika'da % 0.6, İsrail'de % 2.6, Hollanda'da % 0.7, İsveç'te % 0.5, İsviçre'de % 1.4, Çek Cumhuriyeti-Slovakya'da % 5.3 ve Polonya'da % 3.4'dir.

2.3. Türkiye'de Üreme Sağlığı Sorunları ve Üreme Sağlığına Yönelik Yapılan Hizmetler

Türkiye'de üreme sağlığı sorunlarına yönelik araştırmalar yapılmaktadır. Yapılan çalışmalara göre üreme sağlığı sorunlarını sınıflayacak olursak

1. Anne ölümlerinin yüksek olması
2. İstenmeyen gebeliklerin fazla olması
3. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların sıklığının artıyor olması
4. Gençlerin Üreme sağlığı bilgi düzeylerinin düşük olması

Türkiye genelinde 1993 yılında başlayarak her 5 yılda yenilenmek üzere yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında (TNSA) toplumun genel sağlık göstergelerinin yanı sıra üreme sağlığına yönelik detaylı bilgiler toplanmaktadır. Toplanan veriler analiz edilerek beş yılda bir rapor halinde yayınlanmaktadır.

TNSA çalışmasının sonuçlarına göre Tablo x, Türkiye'de 1993 ve 2013 arasında seçilmiş bazı yöntemlerin kullanımına ilişkin değişimleri göstermektedir. Genel olarak, modern yöntem kullanım düzeyi belirgin bir biçimde artarak 1993 yılında yüzde 35'den 2013 yılında yüzde 47'ye ulaşmıştır. Son iki TNSA döneminde, aile planlaması yöntemlerinin kullanım yüzdesi artmaya devam etmiş ancak artış hızı azalmıştır. Son 20 yılda gözlenen genel artışın büyük bir kısmı kondomun ve tüp ligasyonunun daha çok kullanılmasından kaynaklanmaktadır. 1993 yılından bu yana hap kullanımı neredeyse yüzde 5 düzeyinde sabit kalırken, RİA yüzde 19'dan yüzde 17 seviyesine ufak bir düşüş yaşamıştır. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme yönteminin yaygınlığı ise bu dönemde belirgin bir değişim göstermemiş ve son 20 yılda geri çekme yöntemi her 4 evli çiftten biri tarafından kullanmıştır.

Tablo 1. Gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki değişimler

Halen kullanılan gebeliği önleyici yönteme göre 15-49 yaşlarındaki evli kadınların yüzde dağılımı, TDSA-1988, TNSA-1993, TNSA-1998, TNSA-2003, TNSA-2008 and TNSA-2013

Gebeliği önleyici yöntem	TDSA-1988	TNSA-1993	TNSA-1998	TNSA-2003	TNSA-2008	TNSA-2013
Herhangi bir yöntem	63.4	62.6	63.9	71.0	73.0	73.5
Herhangi bir modern yöntem	31.0	34.5	37.7	42.5	46.0	47.4
Hap	6.2	4.9	4.4	4.7	5.3	4.6
RİA	14.0	18.8	19.8	20.2	16.9	16.8
Kondom	7.2	6.6	8.2	10.8	14.3	15.8
Tüplerin bağlanması	1.7	2.9	4.2	5.7	8.3	9.4
Diğer modern yöntem	2.0	1.3	1.1	1.1	1.1	0.8
Herhangi bir geleneksel yöntem	32.3	28.1	26.1	28.5	27.0	26.0
Takvim	3.5	1.0	1.1	1.1	0.6	0.3
Geri çekme	25.7	26.2	24.4	26.4	26.2	25.5
Diğer geleneksel yöntem	3.1	0.9	0.6	1.0	0.2	0.2
Halen yöntem kullanmıyor	36.6	37.4	36.1	29.0	27.0	26.5
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığınca tüm Türkiye'de üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ve organizasyonunu sağlamaktadır. Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı'nın temel faaliyet alanları;

Misafir Anne Uygulaması

Gebelik ve Süt Verme Döneminde D Vitamini Destek Programı

Gebeliği Önleyici Yöntemler

Gebe Bilgilendirme Sınıfı Programı

Evlilik Öncesi Danışmanlık

Doğum Sonu Bakım Programı

Doğum Öncesi Bakım Programı

Anne Ölümleri İzleme ve Değerlendirme Programı

Anne Dostu Hastane Programı

15-49 Yaş Kadın İzlemleri Programıdır.

Tüm Türkiye'de yukarıda yazılan konulara yönelik faaliyetler yürütülmektedir. Bu faaliyetlere örnek olarak (Kars'ta Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi, Malatya'da Sadece Progesteron İçeren Hap Bilgilendirme Toplantısı, Adana'da Sadece Progesteron İçeren Hap Bilgilendirme Toplantısı , Artvin'de Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi, İzmir'de Üreme Sağlığı Eğitim Becerileri Eğitimi, Sivas'ta Üreme Sağlığı Eğitim Becerileri Eğitimi, Bursa'da Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimleri). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı personeller çadırkentlerde görevlendirilmektedir. Görevlendirilen bu personeller birinci basamak sağlık hizmet sunumunu yapmaktadırlar. Bu personeller birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel faaliyetlerinden olan üreme sağlığı konusunda hizmet vermektedirler.

2.4. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması:

Uygun ve Etkili Aile planlaması hizmeti sunarken ve özellikle danışmanlık verirken hizmet sunanın bilmesi gereken ve kullanıcıların da hemen daima bilmek istedikleri bazı konular vardır. Bunlar yöntemin nasıl uygulandığı, nasıl kullanıldığı, kullanımının kolay ve zor yanları, yöntemi bıraktıktan sonra gebeliğin ne kadar zamanda gerçekleşebileceği, yöntemin cinsel yaşama etkisi, yan etkiler, sakıncalı durumlar ve yöntemin ne kadar etkili olduğu gibi konulardır. Aile planlaması yöntemleri, danışmanlıkta kolaylık sağlamak açısından bu sorulara yanıt oluşturabilecek şekilde sınıflandırılmıştır. Örneğin “modern ve geleneksel yöntemler” biçimindeki bir sınıflandırma yöntemlerin etkililiği konusunda bilgi sunar; modern yöntemler geleneksel yöntemlerden daha etkilidir. Aile planlaması yöntemleri üç şekilde sınıflandırılır:

- Modern/geleneksel yöntemler
- Geri dönüşümlü/geri dönüşümsüz yöntemler: kadınlarda tüp ligasyonu ve erkeklerde vazektomi geri dönüşümsüz yöntemler olarak değerlendirilir. Bu sınıflama özellikle danışmanlık sırasında bilgi alan kişi için önemlidir.
- Kadın yöntemleri /erkek yöntemleri: Bu sınıflama da aile planlaması danışmanlığı sırasında kullanılan kitaplarda yer alan bir sınıflamadır. Danışmanlık alan kişinin yöntemleri aklında daha kolay tutmasına yardımcı olabilir.

Kadın yöntemleri kadınların kullandığı RiA, hap, depo-provera, tüp ligasyonu, spermisit, diyafram; erkek yöntemleri ise kondom, geri çekme ve vazektomidir.

2.5. Kontraseptiflerin Etkililiği:

Aile planlaması hizmeti sunarken ve özellikle danışmanlık verirken hizmet sunanın bilmesi gereken ve kullanıcıların da hemen daima bilmek istedikleri konuların, önemlilerinden birisi yöntemin ne kadar etkili olduğudur. Yöntemleri etkilerine göre sınıflandırmada “ilk 12 aylık kullanımda 100 kadın başına gebelik sayısı” bir kriter olarak alınır. Buna göre “ilk 12 aylık kullanımda 100 kadın başına gebelik sayısı”: 0-1 ise, yöntem: Çok etkili 2-9 ise, yöntem: Etkili 10-30 ise, yöntem: Az etkili olarak değerlendirilir. Tablo 2 ve 3’de aile planlaması yöntemlerinin gelişigüzel kullanıldığında ve doğru/sürekli kullanıldığında istenmeyen gebelikten korumada ne kadar etkili oldukları ve uygunluk kriterleri gösterilmiştir.

Tablo 2. DSÖ Tıbbi uygunluk kriterleri

Kategori	Tanım	Klinik Değerlendirme Yapılabildiğinde Yorum	Klinik Değerlendirme Olanakları Kısıtlı İse Yorum
DSÖ 1	Bir aile planlaması yönteminin kullanımı için engel teşkil etmeyen bir durum	Her koşulda yöntem kullanılır	Yöntem kullanılır
DSÖ 2	Bir aile planlaması yönteminin kullanılmasının sağladığı faydaların, kanıtlanmış veya teorik risklerden genellikle ağır bastığı bir durum	Genellikle yöntem kullanılır.	
DSÖ 3	Kanıtlanmış veya teorik risklerin o yöntemin kullanılmasının sağladığı faydalardan genellikle ağır bastığı bir durum	Yöntemin <u>kullanılmaması</u> önerilmekle birlikte, başka uygun veya ulaşılabilecek yöntem yoksa kullanılabilir.	Yöntem kullanılmamalıdır.
DSÖ 4	Bir aile planlaması yöntemi kullanıldığında kabul edilemez sağlık risklerinin ortaya çıkacağı bir durum	Yöntem <u>kullanılmamalıdır</u> .	

Tablo 3. Aile planlaması yöntemlerinin etkililiği

Etkililik	Aile Planlaması Yöntemi	İlk 12 aylık kullanımda 100 kadın başına gebelik	
		Kullanıma uygun kullanılmadığında	Doğru ve düzenli kullandığında
Her zaman çok etkilidir	Norplant ®	0.1	0.1
	Vazektomi	0.2	0.1
	Kombine enjektabl	0.3	0.3
	Depo Provera ve NET-En	0.3	0.3
	Tüp ligasyonu	0.5	0.5
	TCu-380A IUD	0.8	0.6
	Yalnızca progesteron içeren haplar (emzirme sırasında)	1	0.5
Kullanıma uygun kullanılmadığında etkilidir.	Laktasyonel amenore	2	0.5
	Kombine oral kontraseptif	6-8	0.1
	Yalnızca progesteron içeren haplar (emzirme dönemi dışında)	8	0.5
Doğru ve sürekli kullanıldığında çok etkilidir.			
	Erkek kondomu	14	3
	Geri çekme	19	4
	Spermisitlerle birlikte diyafram	20	6
	Takvim vb yöntemler	20	1-9
	Kadın kondomu	21	5
	Spermisitler	26	6
Yalnızca doğru ve sürekli kullanıldığında etkilidir.	Servikal başlık		
	Doğum yapmamış kadınlarda	20	9
	Doğum yapmış kadınlarda	40	26
	Yöntem kullanmama	85	85

2.6. Başvuranın Değerlendirilmesi:

Üreme Sağlığı hizmetini veren sağlık personelinin, aile planlaması için gelip belli bir kontraseptif yöntemle yeni başlayacak kişileri, sürekli kullanıcıları, yöntemin uygunluğu açısından değerlendirmesi gerekir. **Yöntemin kişiye uygunluğu konusundaki karar, genelde, kişinin üreme sağlığı öyküsü, fizik değerlendirme ve mümkünse laboratuvar tetkiklerine dayanarak verilir.**

2.6.1. Tıbbi öykü:

Tıbbi öykü ilk ziyarette kaydedilmeli, gerektiğinde izlem ziyaretlerinde yenilenmelidir. Tıbbi öykü kişinin üreme sağlığı ile alakalı olarak geçirilmiş gebelikler, doğumlar, kürtajları içeren ayrıca menstruasyon düzeni ve kanama miktarları, kullanılan aile planlaması yöntemlerini sorgulayan aşağıdaki başlıkları içeren öyküdür.

- Başvuru öyküsü
- Menstruasyon öyküsü
- Doğurganlık öyküsü
- Aile planlaması öyküsü
- Genel öykü
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar öyküsü
- Aile öyküsü

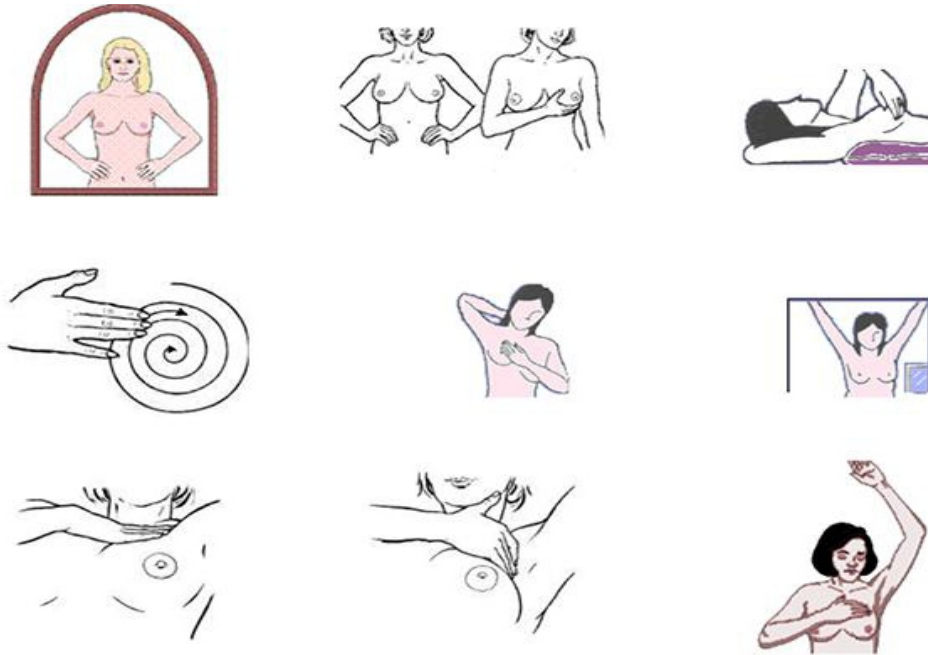
2.6.2. Fizik muayene:

Genel fizik muayeneye başlarken ağırlık, kan basıncı, nabız, eğer gerekiyorsa ateş ölçülür. Tanı ve tedavi gerektiren tıbbi durumların saptanması için fizik muayene gerekir. Ancak fizik muayenenin gerekliliği başvuranın gelişi nedenine göre değişir; her ziyaretinde fizik muayene yapılması gerekmez. Fizik muayene yapılırken kişinin **mahremiyeti** sağlanmalıdır.

- Tüm yeni başvuranlarda ilk ziyarette
- Sürekli aile planlaması yöntemi kullananlara, yıllık muayenenin bir parçası olarak
- Başvurayı değerlendirirken, Dünya Sağlık Örgütü'nün listelerinden yararlanılabilir.
- İzlemlerde veya gerek duyulduğunda fizik muayene yapılır.

2.6.3. Meme muayenesi:

Meme kanseri, kadınlarda yalnızca en sık görülen kanser türü değil, aynı zamanda birçok ülkede kadınlarda kanserden ölümlerin başlıca nedenidir. Diğer bir deyişle, her on kadından biri meme kanseri olacaktır. Erken tanı hayat kurtarır. Üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamı içinde, herhangi bir hizmeti almak için başvuran kişiye meme muayenesinin de yapılması, meme kanserinin erken tanısına yönelik bir fırsatın değerlendirilmesidir. Aile planlaması hizmetlerinin sunumunda, belli bir kontraseptif yöntemin güvenli uygulanması için gerekli olmayan, ancak toplum sağlığı bakımından yararlı olan meme muayenesi de kapsama alınmıştır. Üreme sağlığını ilgilendiren herhangi bir yakınma ile gelen kadının başvurusu da bir fırsat olarak değerlendirilmeli, kanser tarama işlemlerinin bir parçası olarak, meme kitlesi olup olmadığını araştırmak için meme muayenesi yapılmalı ve kadınlara kendi kendilerine meme muayenesi yapma öğretilmelidir.



Şekil 1. Kendi kendine meme muayenesi

2.7. Aile Planlaması Yöntemleri

2.7.1. Kombine Kontraseptifler:

Kombine kontraseptifler oral ve enjeksiyon formunda kullanılır.

2.7.1.1. Oral Kombine Hormonal Kontraseptif Yöntemler :

Kombine oral kontraseptifler (KOK) doğal kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerirler: Etinil östrodiol içeriği; düşük doz KOK'larda 30 µg ve daha az, diğer KOK'larda; 50 µg'dır. 21, 22 ve 28 günlük paketler halinde hazırlanmıştır. Türkiye'de halen 21'lik haplar bulunmaktadır. Monofazik ve multifazik preparatlar olarak ikiye ayrılır: Monofazik KOK'ların içeriği her günkü hap için aynıdır. Multifaziklerde ise hapların içeriği günlere göre değişir.

2.7.1.2. Kombine Enjekte Edilen Hormonal Kontraseptif Yöntemler :

Doğal östrojen ve progestogen olarak "östradiol valerate 5 mg + noretisteron enantate 50 mg" ve "östradiol cypionate 5 mg + medroxyprogesteron asetat 25 mg" içeren iki preparatı bulunmaktadır. Sağlıklı her yaştaki kadın menarştan, menopoza dek istediği sürece kombine hormonal kontraseptifleri kullanabilir. Ancak yöntem kullanmaya başlanmadan önce mutlaka "aile planlaması danışmanlık eğitimi almış" olan bir sağlık personelinin, yöntemine uygunluk, doğru ve düzenli kullanım v.b. konularını kapsayan danışmanlık hizmeti alınmalıdır. 35 yaş ve üzerinde olup günde 15 ve daha fazla sigara içen kadınların hem oral, hem de enjekte edilen kombine hormonal kontraseptif yöntemleri kullanmaması uygundur.

2.7.2. Rahim İçi Araçlar

Hipokrat zamanından beri bilinmelerine karşın, geliştirilmeleri uzun zaman almıştır. Geçmişte çeşitli biçimlerde ve değişik maddelerden yapılmış RİA'lar kullanılmıştır.

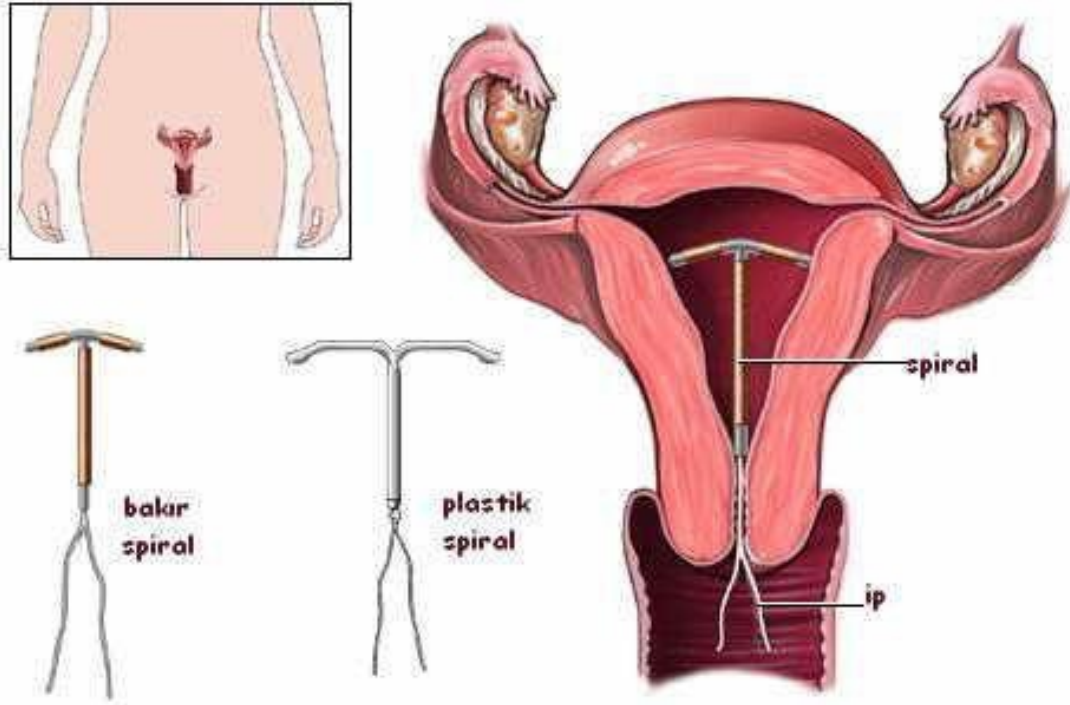
RİA'nın Etki Mekanizması:

Bakırlı RİA'lar,

- a. Bakır iyonlarının doğrudan sperm üzerine etkisi ile;
 - spermin üst genital yollara ulaşmasına,
 - ovum transportuna ve
 - fertilizasyona engel olarak gebelikten korur.
- b. Endometriyumu etkileyerek;
 - spermilerin hareketini engelleyerek
 - spermileri fagosite ederek,
 - implantasyonu engelleyerek gebelikten korur.

Uygulama Zamanı:

Interval: Cu-RİA adet kanamasının başlangıcından itibaren ilk 12 gün içinde uygulanabilir. Adetli olması gerekmez. Ek bir yöntem kullanmak gerekmez. Sertifikalı hekim, ebe, hemşirenin bulunduğu Sağlık Bakanlığına bağlı bütün Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, Devlet Hastaneleri, Doğumevleri, Üniversite Hastaneleri, Özel Klinik ve Polikliniklerin Aile Planlaması Kliniklerinde, "Aile Planlaması Sertifika Eğitim Programı"na katılarak sertifika ile bunu belgelemiş olan Pratisyen Hekim, Ebe, Hemşire ve Uzman Hekimler tarafından uygulanabilir.



Şekil 2. Rahim içi araç

Cu-RİA'ların Olumlu Yönleri:

- Güvenli ve çok etkilidir.
- Uzun süre korur.
- Geri dönüşümlüdür, bırakılınca doğurganlık hemen geri döner.
- Sistemik yan etkileri yoktur.
- Cinsel ilişkiden bağımsızdır.
- Emzirme ile etkileşimi yoktur (emziren kadınlar için uygundur).
- İlaçlarla etkileşimi yoktur.
- Ucuzdur.
- Bir sorun olmadığı sürece, çıkarılması ya da değiştirilmesine kadar takıldıktan sonraki ilk 3 ay içinde bir kez ve sonra yılda bir kez sağlık kontrolü yeterlidir.

Cu-RİA'ların Olumsuz Yönleri:

- Bazı kadınlarda karnın alt bölgesinde rahatsızlık,
- adet kanamalarında süre ve miktar olarak artma,
- dismenore,
- adet dönemleri arasında lekelenme ve kramplar
- RİA uterustan servikse, vajinaya doğru kayabilir ve dışarıya atılabilir. Atılma genellikle ilk 1 yıl içinde, ilk yılda da ilk 3 ay içinde olabilir. Atılıp farkedilmeyen RİA kullanıcıları gebe kalabilir.
- RİA'lar cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir.

2.7.3. Bariyer Yöntemler:

Cinsel ilişki esnasında, spermin kadının vajinasına geçmesini engelleyen yöntemlerdir. Güvenle kullanılırlar. Kontrendikasyonları yok denecek kadar azdır. Reçetesiz alınıp kullanılabilir. Diğer aile planlaması yöntemlerinden farklı olarak, bariyer yöntemlerden kadın ve erkek kondomunun bir özellikleri daha vardır: Sadece istenmeyen gebeliklerden korumakla kalmaz, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan da korurlar. Erkek kondomunun bir diğer özelliği de aile planlaması sorumluluğunun paylaşılmasında, erkek tarafından kullanılabilir sınırlı çeşitteki AP yöntemlerinden birisi olmasıdır.

Lateks maddesinden erkek cinsel organına takmaya uygun, içerisinde genellikle spermisit (sperm hücrelerini öldürücü) maddeler bulunan, gebelikten ve CYBE 'den korunma araçlarıdır. Ejakülasyon (boşalma) sırasında spermin kondom içinde hapsolarak kadın genital sistemine ulaşmasını engelleyerek etki eder. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve gebelikten korunmada kondom kullanımı önemli bir yer tutmaktadır. Ülkemizde kılıf, kaput olarak adlandırılan ama dünyadaki ortak adlandırılmasıyla prezervatif ya da kondom olarak bilinmektedir. Kondomun Etkililiği: Kurallara uygun olarak kullanıldığında erkek kondomu ile istenmeyen gebeliklerden korunma başarı oranı %97 iken, doğru kullanılmadığında %86'ya kadar azalmaktadır. Kadın kondomu ile doğru kullanımda oran %95 iken, doğru kullanılmadığında, % 79'lara dek düşmektedir.

Erkek Kondomunun Olumlu Yönleri

- Aile planlamasına erkeklerin katılımını sağlar.
- Ucuzdur ve kolay bulunur. Hemen her yerde, büyük marketlerde ve eczanelerde kolaylıkla bulunur.
- AIDS ve diğer CYBE'lere karşı korunma sağlar.
- Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir.
- Reçete veya tıbbi izlem gerektirmez.

Erkek Kondomunun Olumsuz Yönleri

- Cinsel ilişkiye bağımlıdır,
- Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır.
- Bazı çiftlerde (özellikle erkekte) duyarlılığı azaltabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirir.

2.7.4.Takvim Yöntemi:

Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan doğal bir yöntemdir. Yöntem, fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması esasına dayanır. Fertil dönemin hesaplanması için daha önceki altı menstrüel siklus süresinin bilinmesi gerekir.

Yöntemin dayandığı temeller şunlardır:

- Düzenli menstrüel siklus;
- Ovülasyonun genellikle bir sonraki menstrüel periyoddan **önceki 14. günde** olduğu, ancak **11. ve 17. günler** arasında da olabileceği varsayımı;
- Normalde yumurtanın ovülasyondan sonraki **14-24 saat** arasında döllenebileceği varsayımı;
- Spermin, kadının vajinal kanalı ve/veya uterusunda ancak **24-72 saat** canlı kalabileceği varsayımı.

Fertil dönem normalden uzun kabul edildiğinden, uzun süre cinsel perhiz uygulamasını gerektirir ve bu da çifti zorlayabilir. Ayrıca düzensiz sikluslar nedeniyle çok genç yaştaki kadınlarda, düşük ve doğum sonrasında ve menopoza yakın dönemlerde asla önerilmemelidir

2.8. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri:

Geri Çekme :

Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakülatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir. Çok eskiden beri bilinen AP yöntemlerinden birisidir. İlk kez İbraniler tarafından kullanıldığı, daha sonra Müslümanlar tarafından kullanıldığı bilinmektedir. 18. ve 19. yüzyılda Avrupa'da önde gelen AP yöntemlerindendi. Halk arasında bu yönteme "çekilme", "dikkatli olma", "dışarı boşalma", "erkeğin korunması" gibi pek çok isim verilmiştir. Doğru uygulandığında etkisi %96 dolayındadır. Ancak doğru ve dikkatli uygulanmadığında bu oranın %73'lere kadar düşmektedir.

Bu yöntemle gebeliğin önlenmesi için erkeğin ejakulasyonun olacağını önceden hissetmesi gerekir. Ancak ejakülatın bir atışta gelmesi erkeklerin %50'sinden azında görülür. Diğer erkeklerde ise ejakulat kesik kesik veya yavaş akar. Bu kısım erkekler ejakülatın yeni mi geldiğini, yoksa son kısmı mı olduğunu ayırt edemeyebilirler. Diğer taraftan spontan olarak veya erotik uyarılma sonucu spermler, seminal kanaldan kaçarak üretra içerisine girebilir ve koitus başlangıcında penisin ereksiyona girmesiyle üretra ağzının içindeki mukoza bezlerinin salgıladığı sıvı ile vajene kaçabilirler. Bir damla ejakulat içinde 10.000-100.000 sperm bulunmaktadır. Bunlar gözönüne alındığında gebeliğin bu yöntemle önlenmesindeki güçlük ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde %26,4 oranıyla "15-49 yaş" evli kadınlar arasında halen kullanılan kontraseptif yöntemler arasında ilk sırada yer almaktadır. Bu yöntemde başarı, kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu yansıtır.

Geri çekme CYBE'lar ve HIV'a karşı koruyucu değildir.

2.9. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon Yöntemleri

Kadınlarda "tüp ligasyonu", erkeklerde "vazektomi" yöntemidir. Başka çocuk istemeyen ve doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir.

2.9.1. Vazektomi

- Erkeklerde kullanılan geri dönüşsüz, kalıcı bir cerrahi sterilizasyon yöntemidir.
- Kendisinin ve eşinin başka çocuk istemediğinden emin olan,
- Eşinin sağlık nedeniyle kesinlikle gebe kalmaması gereken,
- Kalıcı bir yöntemle korunmak isteyen erkekler için uygun bir yöntemdir.

Erkeklerde vaz deferensin bağlanıp kesilmesi sonucu spermilerin meniye geçişini engelleyerek etkili olur. Vazektomi erkeğin hiç bir cinsel fonksiyonunu değiştirmez: erkeklik hormonlarını etkilemez. Cinsel işlevlerde, boşalma ve tatminde bir değişiklik yapmaz. İstenmeyen gebelik endişesinden kurtulduğundan cinsel isteği ve performansında olumlu değişiklik olabilir.

Vazektominin Olumsuz Yönleri

- Geri dönüşü zordur ve pahalıdır.
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korumaz.
- Gebeliği önleme etkisi 20 boşalma sonrası veya 2 ay sonra başlar. Bu süre içinde ek bir yöntem gerektirir.
- Düşük bir oranda da olsa gebelik görülebilir.
- Operasyon sırasında ve izleyen birkaç gün süresince skrotumda ağrı, kanama, şişlik olabilir.

2.9.2. Tüp Ligasyonu

Geri dönüşsüz, kalıcı bir cerrahi sterilizasyon yöntemidir. Kadınlarda her iki fallop tüplerinin mekanik olarak kapatılması işlemidir. En etkili kontraseptif yöntemlerinden birisidir. Başarısızlık oranı binde 1 kadardır. Ovum overlerden tubalara (fallop tüplerine) geçer, tüpler (tubalar) içinde spermle karşılaşır ve döllenme olabilir. Döllenmiş yumurta uterus içine yerleştiğinde normal bir gebelik gerçekleşmiş olur. Tüp ligasyonu ile her iki tuba mekanik(kesme,bağlama,koterize etme,klips ya da halka takma gibi) olarak kapatılarak, ovum ile spermin buluşması engellenmektedir.

Tüp Ligasyonunun Olumlu Yönleri

- Gebeliği önleme etkisi hemen başlar.
- Bu uygulama ile, doğurganlık çağının sonuna kadar etkili ve kalıcı şekilde istenmeyen gebeliklerden korunma kolaylığı sağlar. Eşlerin korunma sorununu ortadan kaldırır.
- Başarısızlık oranı çok düşüktür, istenmeyen gebeliklerden çok etkili olarak korur.
- Cinsel ilişkiden bağımsızdır.
- İleri dönemlerde ortaya çıkan bir sağlık sorunu yoktur.
- 18 yaş üzerindeki herkese, kendi isteği ve bilinçli onayı ile, yapılabilir, kesin kontrendikasyonları yoktur.
- Kullanıldığı sürece kontrol gerektirmez.

Tüp Ligasyonunun Olumsuz Yönleri

- Geri dönüşü zordur.
- Uzun süren ve pahalı operasyon gerektirir.
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korumaz.
- Düşük bir oranda da olsa gebelik görülebilir ve bunun da dış gebelik olma olasılığı da vardır.
- Operasyonu izleyen birkaç gün süresince kesi yerinde ve alt batında ağrı olabilir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM:

Kesitsel nitelikte planladığımız bu çalışma Ağustos-Kasım 2016 tarihleri arasında yapıldı. Osmaniye Merkez'de bulunan çadırkentte 4676 kadın, 4530 erkek olmak üzere toplam 9206 kişi yaşamaktadır. Araştırma evrenimizi birbiriyle evli olarak yaşayan toplam 4026 kişi oluşturmuştur. Çalışmamızda hedeflenen 4026 kişinin tamamına ulaşıldı. Ayrıca çalışmamızı planlarken orada olmayan ancak çalışma sırasında gelip yerleşen 10 kişiye daha anket uygulandı yani toplamda 4036(4036/9206-%43.8) kişiye anket uygulayarak çalışmamızı tamamladık. Katılımcıların 2164'ü çadırkent'in içinde yaşarken 1872'si bazı mahallelerde kümelenmiş olarak bulunuyorlardı.

Katılımcılara uygulanmak üzere sosyo-demografik özellikler ve üreme sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan bir anket formu hazırlandı. Hazırlanan anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile eğitimden geçirilmiş anketörler tarafından uygulandı. Katılımcılar genellikle Türkçe bildikleri için anket sorularını cevaplamada bir sıkıntı ile karşılaşmadı. Türkçe bilmeyenler için Arapça bilen tercüman eşliğinde kendilerine sorular sorularak cevaplar alınmıştır. Anketlerden 218 tanesi çalışmaya katılanlara pilot olarak uygulandı ve aksayan sorular düzeltilerek ankete son hali verildi ve daha sonra tüm çadırkente uygulanmak üzere çalışmaya başlandı.

Bu proje ile ilimizde misafir edilen Suriyeli vatandaşların üreme sağlığı göstergeleri belirlenmiş olacak ve çıkan analiz sonuçları ile anne ve bebek ölümlerinin azaltılması, sakat doğumlar ve zor gebeliklerin önlenmesi amacıyla bir eylem planı hazırlamaktır. Anket soruları ile elde edilen veriler SPSS 19.0 programına aktarılarak istatistiksel analizleri yapıldı. İstatistiksel olarak frekans analizi, ki-kare testi uygulandı. Kadın ve erkeklerin 18 yaş altı evlenme durumlarının karşılaştırılması ki-kare testi ile yapıldı onun dışındaki bütün analizler frekans analizleridir. $p < 0.05$ anlamlılık derecesi olarak kabul edildi.



Bu çalışma için çadırkent'in bağlı bulunduğu Osmaniye Valiliğinden gerekli resmi izinler alınmıştır. Bu çalışma Doğu Akdeniz Kalkınma Ajansı (DOĞAKA) tarafından doğrudan faaliyet desteği çerçevesinde desteklenmiştir.

4. BULGULAR:

4.1. Genel sosyo-demografik özellikler

Çalışmaya toplam 4036 kişi katıldı. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 38.6 ± 13.8 (min:13, maks:93) iken, erkeklerin yaş ortalaması 43.7 ± 14.1 (min:18, maks:95) idi.

Yaşların dağılımını incelediğimizde; kadınların 14'ü 18 yaş altında iken erkeklerin tamamı 18 yaş ve üzerinde idi. Kadın ve erkeklerin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Çalışmaya katılanların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grupları	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
18 yaş altı	14	100	0	0	14	0.4
18-27	425	66.5	214	33.5	639	15.8
28-37	608	51.3	576	48.7	1184	29.4
38-47	472	48.4	503	51.6	975	24.1
48-57	275	42.7	369	57.3	644	15.9
58 ve üstü	224	38.6	356	61.4	580	14.4
Toplam	2018	50.0	2018	50.0	4036	100.0

Çalışmaya katılanların doğum yerini incelediğimizde kadınların 1902'si (%94.3) ve erkeklerin 1904'ü (%94.4) ve toplamda 3806 (%94.3) kişinin doğum yeri Lazkiye idi.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; 1059 kişi (%26.3) okur yazar değil, 547 kişi (%13.6) okur yazar, 992 kişi (%24.6) ilk okul, 1036 kişi (%25.6) orta okul, 323 kişi (%8.0) lise, 79 kişi (%1.9) üniversite mezunu idi. (Tablo 5)

Tablo 5'de görüldüğü gibi hem kadınların hem de erkeklerin eğitim durumları çok düşük düzeyde karşımıza çıkmaktadır. Toplamda katılımcıların % 39.9'u en alt eğitim kurumu olan ilkokulu bile bitirmemiş düzeyde idi.

Tablo 5. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımı

Eğitim Durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Okur yazar değil (OYD)	585	29.1	474	23.5	1059	26.3
Okur yazar (OY)	252	12.5	295	14.6	547	13.6
İlk okul	461	22.8	531	26.3	992	24.6
Orta okul	513	25.4	523	25,9	1036	25.6
Lise	166	8.2	157	7.8	323	8.0
Üniversite	41	2.0	38	1.9	79	1.9
Toplam	2018	100.0	2018	100,0	4036	100.0



Çalışmaya katılanların meslek açısından dağılımını incelediğimizde; kadınların 1981'i (% 98.2) ev hanımı iken, 22'si(%1.1) öğretmen, 10'u(%0.5) işçi, 5'i(%0.2) ebe idi.

Erkeklerin mesleksen açıdan dağılımını incelediğimizde; katılımcıların çoğunun mesleği işçi idi. (Tablo 6)

Tablo 6. Erkeklerin mesleklerine göre dağılımı

Meslek	Sayı	Yüzde (%)
Genel işçi	646	32.1
İnşaat işçisi	598	29.6
Çiftçi	260	12.9
Esnaf	192	9.5
Oto tamirci	113	5.6
Memur, öğretmen	111	5.5
İşsiz	52	2.6
Emekli	33	1.6
Avukat, mühendis	10	0.5
Öğrenci	3	0.1
Toplam	2018	100.0

Katılımcıların evlenme yaşı incelendiğinde; kadınların evlenme yaşı ortalaması 19.8 ± 3.8 (min=12, maks=45) iken erkeklerin evlenme yaşı ortalaması 25.1 ± 5.2 (min=14, maks=69) idi.

Kadınlar arasında 18 yaş altında evlenen kadın sayısı 442 kişi idi. Yani kadınların %21.9'u Dünya Sağlık Örgütü'nün çocuk yaş olarak kabul ettiği 18 yaş altı evlilik yapmıştı. Erkeklerin ise 56'sı (%2.7) 18 yaş altı evlilik yapmıştı. Kadınların ve erkeklerin 18 yaş altı evlilik durumlarını ki-kare testi ile karşılaştırdığımızda kadınların erkeklere oranla anlamlı olarak daha fazla 18 yaş altı evlilik yaptığını söyleyebiliriz ($p < 0.001$).

4.2. Doğurganlıkla ilgili özellikler

Kadınların gebelik ortalaması 4.2 ± 2.5 (min=0, maks=16) idi. Kadınların gebelik sayıları Tablo 7'de gösterilmiştir. Tüm gebelikler içerisinde en fazla sayı 4 kez gebe kalanlarda idi. Kadınların 382'si (%18.9) 4 kez gebe kalmıştı.

Tablo 7. Gebelik sayısına göre dağılım

Gebelik Sayısı	Sayı	Yüzde (%)
0	85	4.2
1-3 arası	749	37.1
4-6 arası	856	42.4
7-9	237	11.7
10 ve üzeri	91	4.5
Toplam	2018	100.0



Yöntem kullanmayı etkileyen en önemli sebeplerden birisi de şu an gebe olunması durumudur. Kadınların 211'i(%10.5) şu an itibarı ile gebe olduklarını ifade etmişlerdir. Kadınların şu ana kadar yaptıkları canlı doğum ortalaması 3.6 ± 2.2 (min=0, maks=15) idi. Kadınlar içerisinde 32 (%1,6) kişi 10 ve üzeri sayıda canlı doğum yapmışlardır. Kadınların %7.0'ı en az bir ölü doğum yapmıştı, 151 kadın daha önce ölü doğum yapmıştı. Kadınların yaptıkları ölü doğum ortalaması 0.1 ± 0.4 (min=0, maks=6) idi.

Kadınların şu ana kadar yaptıkları düşük sayıları incelendiğinde; 1459'u (%72.3) hiç düşük yapmamıştı, kadınların %27.7'si en az bir defa düşük yapmışlardı. Kadınların yaptıkları düşük ortalaması 0.4 ± 0.9 idi. Kadınların düşük sayıları dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Kadınların yaptıkları düşük sayısına göre dağılım

Gebelik Sayısı	Sayı	Yüzde (%)
0	1459	72.3
1	303	15.0
2	175	8.7
3	48	2.4
4 ve daha fazla	33	1.6
Toplam	2018	100.0

Kadınlara daha önce kürtaj yaptırdınız mı diye sorduğumuzda çalışmaya katılan kadınların hiç biri daha önce kürtaj yaptırmamıştı. Kadınlar bu soruda sorunun özelliği sebebi ile yanlış cevap vermiş olabilirler. Çünkü kürtaj toplum tarafından kabul edilebilen bir uygulama olmadığı için kadınlar hiç yaptırmadıklarını ifade etmiş olabilirler. Çalışmaya katılan kadınların halen yaşayan çocuk sayısını incelediğimizde; 248 (%12.3) kadının henüz çocuğu yok iken, 25(%1.4) kadının 10 ve üzeri sayıda çocuğa sahip olduğu tespit edildi. Çiftlerin ortalama çocuk sayısı 3.3 ± 2.2 olarak bulundu. Kadınların çocuk sayısına göre dağılımı Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Kadınların çocuk sayısına göre dağılımı

Çocuk Sayısı	Sayı	Yüzde (%)
0	248	12.3
1-3	847	41.9
4-6	762	37.7
7-9	136	6.7
10 ve üzeri	25	1.4
Toplam	2018	100.0

Tüm katılımcılara ilerde kaç çocuk sahibi olmayı düşünüyorsunuz diye sorduğumuzda; kadınların 1431'i (%70.9) ve erkeklerin ise 1406'sı (%69.7) çocuk sayısının yeterli olduğunu daha fazla çocuk istemediklerini söylemişlerdir. (Tablo 10)

Tablo 10. Katılımcıların ilerde kaç çocuk sahibi daha olmak istiyorsunuz dağılımları

İlerde İstenen Çocuk Sayısı	Kadın		Erkek	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
0	1431	70.9	1406	69.7
1-3	462	22.9	470	23.3
4-6	111	5.5	127	6.3
7-9	2	0.1	2	0.1
10 ve üzeri	12	0.6	13	0.6
Toplam	2018	100.0	2018	100.0

Kadınlara şu an çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz diye sorduğumuzda 584'ü (%28.9) çocuk sahibi olmayı düşündüklerini söylemişlerdir.

4.3. Aile planlaması yöntemleri bilgi düzeyi

Tüm katılımcılara herhangi bir aile planlaması yöntemi bilip bilmediklerini sorduğumuzda; hem kadınların hem de erkeklerin en fazla bildikleri yöntem modern olmayan yöntemler içerisinde yer alan geri çekme yöntemidir. Kadınların 1562'si (%77.4), erkeklerin ise 1578'i (%78.2) geri çekme yöntemini bilmekteydiler. İkinci sıklıkta en çok biline yöntem ise modern yöntemler içerisinde yer alan doğum kontrol haplarıydı.

Kadınların 1529'u (%75.8), erkeklerin ise 1519'u (%78.2) doğum kontrol hapını bilmekteydiler. Hem erkekler hem de kadınlar arasında en az bilinen yöntem ise erkekler için kesin sterilizasyon yöntemleri içerisinde yer alan vazektomi yöntemi idi. Kadınların 147'si (%7.3), erkeklerin ise 158'i(7.8) vazektomi yöntemini bilmekteydiler.

Kadınların ve erkeklerin aile planlaması yöntemini bilme durumları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların aile planlaması yöntemlerini bilme durumlarının dağılımı

Yöntemler	Kadın		Erkek	
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*
Geri Çekme	1562	77.4	1578	78.2
Doğum Kontrol Hapı	1529	75.8	1519	75.3
Kondom	1430	70.9	1446	71.7
Rahim İçi Araç	987	48.9	978	48.5
Tüp Ligasyonu	944	46.8	926	45.9
Takvim yöntemi	623	30.9	630	31.2
Enjeksiyon	581	28.8	585	29.0
Vazektomi	147	7.3	158	7.8
Diğer	24	1.2	23	1.1
Toplam	2018	100.0	2018	100.0

*Sütun yüzdesi(Birden fazla yöntemi bilme durumuna göre yüzdeler belirlendi)

Kadınlara aile planlaması yöntemleri hakkında bilgiyi nereden aldınız diye sorduğumuzda; en fazla sayıda sağlık personelinin (% 45.6) bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Ancak sağlık personeli dışında özellikle arkadaş ve çevreden önemli derecede bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Asıl olan sağlık personeli ile bilgilenme olması gerekirken bu çalışmada da görüldüğü üzere sağlık personeli dışında profesyonel olmayan kaynaklardan bilgi alma yolunu seçmişlerdir. Kadınların 186'sının ise (%9.2) hiçbir kaynaktan bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir. Bu oran gerçekten çok yüksek bir oran olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınların bazıları birden fazla yerden bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Tablo 12'de kadınların aile planlaması yöntemleri hakkında aldıkları bilgilerin kaynaklara göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 12. Kadınların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgiyi nereden aldıklarının dağılımı

Yöntemi nereden öğrendiniz	Sayı	Yüzde (%)
Sağlık personeli	920	45.6
Çevre (Akraba-komşu-arkadaş)	891	44.1
Radyo-Tv	253	12.5
Aile büyükleri	194	9.6
Gazete-dergi-kitap	45	2.3
İnternet	18	0.9
Bilgi almadım	186	9.2



Erkeklere aile planlaması yöntemleri hakkında bilgiyi nereden aldınız diye sorduğumuzda; erkekler en fazla sayıda çevre(arkadaş, akraba) bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Erkekler arasında yine sağlık personeli dışında bilgi alma oranı çok fazla idi. Bu bilgilerin doğruluk kaynakları ciddi bir tartışma konusudur. Kişiler aile planlaması konularını mahrem olarak gördükleri için en yakınındaki kişilerden bilgi alma yolunu tercih etmektedirler ve bu sayede de yanlış bilgilenmeler sonucu hatalı ve yanlış uygulamalar yapılabilmektedir. Erkeklerin ise 216'sı (%10.7) hiçbir kaynaktan bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir ve bu insanlar evlidir ve hiçbir yöntem hakkında bilgileri yoktur. Bu kişiler tamamen kendilerine göre yöntemler uygulayabilirler bu da üreme sağlığı açısından ciddi sonuçlara yol açabilir. Tablo 13'de erkeklerin aile planlaması yöntemleri hakkında aldıkları bilgilerin kaynaklara göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 13. Erkeklerin aile planlaması yöntemleri hakkında bilgiyi nereden aldıklarının dağılımı

Yöntemi nereden öğrendiniz	Sayı	Yüzde (%)
Çevre (Akraba-komşu-arkadaş)	1078	53.4
Sağlık personeli	780	38.6
Radyo-Tv	240	11.9
Aile büyükleri	183	9.1
Gazete-dergi-kitap	46	2.4
İnternet	13	0.6
Bilgi almadım	216	10.7

4.4. Aile planlaması yöntemlerini kullanma durumu ve bilgi düzeyi

Çiftlere şu anda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz diye sorduğumuzda; çiftlerin 1126'sı (% 55.8) bir yöntem kullanmadığını ifade etmiştir. Yöntem kullanma oranları katılımcıların çok düşüktü. Ayrıca yöntem kullandığını ifade edenlerin kullandıkları yöntemin ilk sırasında daha önce en fazla sayıda bildiklerini ifade ettikleri modern olmayan yöntemler içerisinde yer alan geri çekme(472 kişi %23.4)yöntemiydi. Modern yöntemler arasında en fazla kullanılan kondom yöntemi idi. Kondomu kullanan çift sayısı 125 (% 6.2)çift idi. Aile planlaması yöntemi kullanma oranlarını gösterdiğimiz tabloda da görüldüğü gibi çiftler yöntem kullanmıyorlardı. Yöntem kullanma oranı azdı ve aile planlaması yöntemleri içerisinde modern yöntem kullananların oranı çok çok az idi. Tablo 14 çiftlerin yöntem kullanma durumlarını göstermektedir.

Tablo 14. Çalışmaya katılan çiftlerin şu anda kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımı

Doğum kontrol yöntemi	Sayı	Yüzde (%)
Yöntem kullanmıyorum	1126	55.8
Geri Çekme	472	23.4
Kondom	125	6.2
Rahim İçi Araç	104	5.2
Doğum Kontrol Hapı	87	4.3
Tüp Ligasyonu	74	3.7
Takvim yöntemi	6	0.3
Enjeksiyon	3	0.1
Vazektomi	2	0.1
Doğum Kontrol Hapı ve kondom	7	0.3
Geri çekme ve kondom	12	0.6
Toplam	2018	100.0

Yöntem kullanmayan 1126 evli çiftte neden herhangi bir yöntem kullanmıyorsunuz diye sorduğumuzda ise; 376 çift (% 33.3) menopoz sebebiyle, 261 çift (% 23.2) çocuk istediği için, yöntem kullanmadıkları cevabını vermiştir. Çiftlerin en sık yöntem kullanmama nedeni menopoz olarak karşımıza çıkmaktaydı. Onun dışında aşağıdaki tabloda da görüldüğü üzere genel olarak çocuk sahibi olma isteği veya gebeliğe yol açabilecek nedenler sıralanmaktadır. Çocuk istiyorum diyen 261 çiftin 166'sının en az bir ve daha fazla sayıda çocukları da vardı. Aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15. Yöntem kullanmama nedenleri

Yöntem kullanmama nedeni	Sayı	Yüzde (%)
Menopoz	376	33.3
Çocuk istiyorum	261	23.2
Şu an hamileyim	172	15.3
Eşim kullanmak istemiyor	143	12.6
İnfertilite mevcut	92	8.2
Yöntemleri bilmiyorum	49	4.4
Lohusa dönemi	11	1.0
Dini inanç sebebiyle	10	0.9
Diğer	12	1.1
Toplam	1126	100.0

Kadınlara sağlıklı bir gebelik için bir kadın kaç yaşından önce gebe kalmamalıdır diye sorduğumuzda; kadınların büyük çoğunluğu 18 yaş ve üstü olarak cevap vermişlerdir. 18 yaşın altında gebe kalabilir cevabı verenlerin sayısı ise 146 (% 7.2) kişi idi. Çalışmaya katılan kadınlar genel olarak (%92.9) 18 yaş ve sonrasında sağlıklı bir gebelik olacağını söylemişlerdi. (Tablo16)

Tablo 16. Kadınlar sağlıklı bir gebelik için kaç yaşından önce gebe kalmamalıdır sorusunun dağılımı (kadınların cevabı)

Yaş	Sayı	Yüzde (%)
13	2	0.1
14	7	0.3
15	41	2.0
16	25	1.2
17	71	3.5
18	453	22.4
19	131	6.5
20	1097	54.4
21	191	8.6
Toplam	2018	100.0



Aynı soruyu erkeklere sorduğumuzda yani sağlıklı bir gebelik için anne kaç yaşından öce gebe kalmamalıdır: erkeklerin 176'sı (%8.7) 18 yaşın altında gebe kalabilir demişken kalan %91.3'ü 18 yaş ve üzerinde gebe kalmalıdır şeklinde yanıt vermişlerdir.(Tablo 17)

Tablo 17. Kadınlar sağlıklı bir gebelik için kaç yaşından önce gebe kalmamalıdır sorusunun dağılımı(erkeklerin cevabı)

Yaş	Sayı	Yüzde (%)
13	2	0.1
14	8	0.4
15	51	2,5
16	28	1.4
17	87	4.3
18	533	26.4
19	185	9.2
20	867	43.0
21	257	12.7
Toplam	2018	100,0

Kadınlar kaç yaşından sonra gebe kalmamalıdır sorusuna; kadınların 194'ü (%9.6) 41 yaş ve sonrasında gebe kalmaması gerektiğini söylemişlerdir. Erkeklerde ise bu sayı 245 (%12.2) olarak karşımıza çıkmıştır. Hem kadınlarda hem de erkeklerde sağlıklı bir gebelik için hangi yaştan sonra gebelik olmaması konusunda bir bilgi eksikliği mevcuttur.(Tablo 18)

Tablo 18. Kadınlar kaç yaşından sonra gebe kalmamalıdır sorusunun dağılımı

	Kadın		Erkek	
Yaş	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
30-35	736	36.5	623	30.8
36-40	1088	53.9	1150	57.0
41-45	173	8.6	207	10.3
46-50	21	1.0	38	1.9
Toplam	2018	100.0	2018	100.0

Çiftlere iki gebelik arasında süre en az ne kadar olmalıdır diye sorduğumuzda; kadınların büyük çoğunluğu 1113 kişi (%55.2) en az 2 yıl ara verilmesi gerektiğini söylemişlerdir, erkeklerin ise 1042'si (%51.6) en az iki yıl ara verilmesi gerektiğini söylemişlerdir. Sağlıklı bir gebelik için iki gebelik arasında en az iki yıl bulunması gerekmektedir, çalıştığımız bu grubun çoğu bu bilgiyi bildiklerini ifade etmişlerdir. İki yıldan az süre olması hem anne hem de bebek sağlığı açısından büyük riskler içermektedir. Kadınların 97'si (%4.8) ve erkeklerin ise 120'si (%5.9) iki gebelik arasında 1 yıl ara verilmesinin yeterli olacağı gibi doğru olmayan bilgiyi ifade etmişlerdir. (Tablo 19)

Tablo 19. Çiftlere iki gebelik arasında en az ne kadar süre olmalıdır dağılımları

	Kadın		Erkek	
Süre	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
1 yıl	97	4.8	120	5.9
2 yıl	1113	55.2	1042	51.6
3 yıl	636	31.5	698	34.6
4 yıl	110	5.5	115	5.7
5 yıl	47	2.3	36	1.8
6 yıl	13	0.6	6	0.3
7 yıl	2	0.1	1	0.1
Toplam	2018	100.0	2018	100.0

Katılımcılara sizce aile planlaması yöntemini eşlerden hangisi uygulamalıdır diye sorduğumuzda; kadınların 1199'u (%59.4) ve erkeklerin 1188'i(%58.9) birlikte kullanılması gerektiğini söylemişlerdir. Görüldüğü gibi çalışma yapılan gruptaki kadınların 40.6'sı ve erkeklerin ise 41.1'i aile planlaması yönteminin hangi eşler tarafından kullanılması gerektiğini bilmemekteydiler. Bu bulguda yine çalışılan grubun aile planlaması hakkında bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir.(Tablo 20)

Tablo 20. Eşlerden hangisi aile planlaması yöntemi kullanmalıdır sorusunun dağılımı

Aile Planlaması Yöntemi kimler kullanmalıdır	Kadın		Erkek	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Sadece kadın	133	6.6	134	6.7
Sadece erkek	272	13.5	283	14.0
Her ikisi de	1199	59.4	1188	58.9
Bilmiyorum	414	20.5	413	20.4
Toplam	2018	100.0	2018	100.0

Katılımcılara ilerde hangi aile planlaması yöntemini kullanmak istersiniz diye sorduğumuzda; kadınların 793'ü (%39.3) ve erkeklerinde 834'ü (%41.3) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Bunun en önemli nedeni aile planlaması yöntemleri hakkında eksik ve yanlış bilgiye sahip oldukları için olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca hem kadınlar arasında hem de erkekler arasında en sık kullanılmak istenen yöntem modern olmayan yöntemler içerisinde yer alan geri çekme yöntemidir. Bunun da en önemli sebebi yetersiz bilgiye sahip olma ve ayrıca kolay uygulanabilen ama riskli bir yöntem olduğunu bilmeme nedeniyledir.(Tablo 21)

Tablo 21. İlerde hangi aile planlaması yöntemini kullanılmak istenmesi

İleride hangi AP yöntemi kullanmak istersiniz	Kadın		Erkek	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Doğum Kontrol Hapı	168	8.3	151	7.5
Kondom	155	7.6	164	8.1
Rahim İçi Araç	352	17.4	349	17.3
Enjeksiyon	4	0.2	3	0.1
Tüp Ligasyonu	125	6.2	72	3.6
Vazektomi	5	0.2	5	0.2
Geri Çekme	409	20.3	432	21.4
Yöntem kullanmak istemiyorum	793	39.3	834	41.3
Bilmiyorum	7	0.3	8	0.4
Toplam	2018	100.0	2018	100.0

Çiftlere aile planlaması yöntemi kullanmanın olumlu yönleri nelerdir diye sorduğumuzda; kadınların 1339'u (%66.3) erkeklerin ise 1328'i (%65.8) istenmeyen gebelikleri önlediğini ifade etmişlerdir. İstenmeyen gebelikleri önleme hem kadın hem de erkeklerin en sık verdiği cevaplardır. Kadınlar arasında en düşük cevap ailenin refahını arttırmak iken erkekler arasında en düşük cevap sayısı çocuklar daha sağlıklı doğar idi.(Tablo 22)

Tablo 22. Aile planlaması yöntemi kullanmanın olumlu yönleri

Aile Planlaması Yöntemi Kullanmanın Olumlu Yönleri	Kadın		Erkek	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Annenin sağlığını korur	760	37.6	743	36.8
İstenmeyen gebelikleri önler	1339	66.3	1328	65.8
Ailenin refahı artar	151	7.5	635	31.4
Çocuklar daha sağlıklı doğar	257	12.7	183	9.0
Bilmiyorum	321	15.9	318	15.8

Çiftlere aile planlaması yöntemi kullanmanın olumsuz yönleri nelerdir diye sorduğumuzda; kadınların 934'ü (%46.3) ve erkeklerin 943'ü (% 46.7) herhangi bir olumsuz yönü olmadığını ifade etmişlerdir. Bu veriye göre kadınların % 53.7'si, erkeklerin ise % 53.3'ü aile planlaması yöntem kullanmanın olumsuz yönleri olabileceğini veya olumsuz bir yönü olup olmadığını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Bu veri bize katılımcıların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi yetersizliğini göstermektedir. (Tablo 23)

Tablo 23. Aile planlaması yöntemi kullanmanın olumsuz yönleri

Aile Planlaması Yöntemi Kullanmanın Olumsuz Yönleri	Kadın		Erkek	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Kullanımı zor	193	9.6	153	7.6
Yan etkisi fazla	229	11.3	187	9.3
Gebe kalma riski vardır	278	13.8	263	13.1
Olumsuz yönü yok	934	46.3	943	46.7
Bilmiyorum	447	22.1	486	24.1

5. Dünyadaki ve Türkiye'deki Çalışmalar ile Bulgularımızın Karşılaştırılması

Çalışmamızı yaptığımız grup özellikli bir gruptu. Bilgi düzeyleri genel olarak yetersiz olarak tespit edildi. Tablo 7 ile gösterilen, çalışmamıza katılan kadınların gebelik ortalaması 4.2 ± 2.5 idi. Tüm gebelikler içerisinde en fazla sayı 4 kez gebe kalanlarda idi. TNSA'ya göre günümüzde doğurganlık hızı kentte 2.16, kırdaki 2.73'dür. Bizim yaptığımız çalışmada doğurganlık hızının Türkiye ortalamasına göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 8 ile gösterilen çalışmamıza katılan kadınların şu ana kadar yaptıkları düşük sayıları incelendiğinde; 1459'u (%72.3) hiç düşük yapmamıştı, kadınların %27.7'si en az bir defa düşük yapmışlardı. Kadınların yaptıkları düşük ortalaması 0.4 ± 0.9 idi. TNSA'ya göre kendiliğinden düşük ortalaması 0.33'dür. Bizim çalışmamızda düşük sayısının Türkiye ortalamasına göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 9 ile gösterilen çalışmamıza katılan kadınların halen yaşayan çocuk sayısını incelediğimizde; 248 (%12.3) kadının henüz çocuğu yok iken, 25(%1.4) kadının 10 ve üzeri sayıda çocuğa sahip olduğu tespit edildi. Çiftlerin ortalama çocuk sayısı 3.3 ± 2.2 olarak bulundu. TNSA'ya göre ortalama yaşayan çocuk sayısı, evli kadın başına 2.23'dür. Bizim çalışmamızda çocuk sayısının Türkiye ortalamasına göre yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 11 ile gösterilen, tüm katılımcılara herhangi bir aile planlaması yöntemi bilip bilmediklerini sorduğumuzda; hem kadınların hem de erkeklerin en fazla bildikleri yöntem modern olmayan yöntemler içerisinde yer alan geri çekme yöntemidir. Kadınların 1562'si (%77.4), erkeklerin ise 1578'i (%78.2) geri çekme yöntemini bilmekteydiler. İkinci sıklıkta en çok biline yöntem ise modern yöntemler içerisinde yer alan doğum kontrol haplarıydı. Kadınların 1529'u (%75.8), erkeklerin ise 1519'u (%78.2) doğum kontrol hapını bilmekteydiler. Hem erkekler hem de kadınlar arasında en az bilinen yöntem ise erkekler için kesin sterilizasyon yöntemleri içerisinde yer alan vazektomi yöntemi idi. Kadınların 147'si (%7.3), erkeklerin ise 158'i(7.8) vazektomi yöntemini bilmekteydiler. TNSA ile karşılaştırıldığında, geleneksel yöntemlerde (geri çekme, takvim) bilgi düzeyinin hemen hemen aynı olduğu bulunmakla birlikte, modern yöntemlerde (hap, kondom, RIA, tüp ligasyonu, enjeksiyon...) bilgi düzeyinin daha düşük olduğu göze çarpmaktadır.

Tablo 14 ile gösterilen, çiftlere şu anda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz diye sorduğumuzda; çiftlerin 1126'sı (% 55.8) bir yöntem kullanmadığını ifade etmiştir. Yöntem kullanma oranları katılımcıların çok düşüktü. Ayrıca yöntem kullandığını ifade edenlerin kullandıkları yöntemin ilk sırasında daha önce en fazla sayıda bildiklerini ifade ettikleri modern olmayan yöntemler içerisinde yer alan geri çekme(472 kişi %23.4)yöntemi idi. Modern yöntemler arasında en fazla kullanılan kondom yöntemi idi. Kondomu kullanan çift sayısı 125 (% 6.2)çift idi. Aile planlaması yöntemi kullanma oranlarını gösterdiğimiz tabloda da görüldüğü gibi çiftler yöntem kullanmıyorlardı. Yöntem kullanma oranı azdı ve aile planlaması yöntemleri içerisinde modern yöntem kullananların oranı çok çok az idi. TNSA'ya göre evli kadınların %73.5'i bir doğum kontrol yöntemi kullanmakta, %47.4'ü modern, %26.0'ı geleneksel yöntemleri tercih etmektedir. Kullanılan aile planlaması yöntemlerinin, özellikle modern yöntemler bakımından, Türkiye ortalamasına göre belirgin derecede düşük olduğu dikkat çekmektedir. Akın ve arkadaşlarının 2006 yılında Türkiye'deki evli erkeklerin aile planlaması yöntemi kullanmalarına dair çalışmada 1971 evli erkeğin bilgi düzeyi değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre araştırmaya katılan evli erkeklerin %62.6'sı gebeliği önleyici yöntemlerden herhangi birini kullandıklarını ifade etmişlerdir. Gebeliği önleyici yöntem kullananlar arasında modern yöntem kullanma yüzdesi 67.6'dır. Bu oran bizim çalışmamızın yaklaşık üç katı büyüklüğünde idi¹⁵. Giray ve arkadaşlarının Işıkkent Sağlık Ocağı'na Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler adlı çalışmalarında en sık kullanılan etkili yöntem RİA, ikinci sırada kondomdur. Bizim yaptığımız çalışmada ise tam tersi bir durum vardır aradaki farkın iki çalışma grubu arasındaki sosyo-kültürel farktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Yine bu çalışmada bizim çalışmamıza göre modern yöntem kullanımı üç kat daha fazladır¹⁶. Altay ve arkadaşlarının 2007 yılında Samsun'da yaptıkları Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler adlı çalışma 298 evli erkek üzerinde yapılmıştır.

Bu çalışmaya göre araştırmaya katılan evli erkeklerin %91.9'u gebeliği önleyici yöntemlerden herhangi birini kullandıklarını ifade etmişlerdir. Gebeliği önleyici yöntem kullananlar arasında modern yöntem kullanma yüzdesi %66.8'dir. En çok bilinen AP yöntemleri % 92.6'sı geri çekme yöntemi, % 89.3'ü kondom % 76.2'si rahim içi araçtır.

Kullanılan AP yöntemleri içerisinde ilk sırada kondom (%40.3) ve ikinci sırada geri çekme yöntemi (%33.2) olduğu saptanmıştır. Bu araştırma sonuçlarını bizim çalışmamızla kıyasladığımızda yine bilgi düzeyi ve yöntem kullanma sıklığı açısından büyük farklar olduğu görülmektedir¹⁷. Çayan'ın 2008 yılında Aydın ilinde yaptığı 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ile ilişkisi adlı çalışma 427 evli kadın üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı sırada, kadınların %60,4'ünün modern, %26,0'ının geleneksel yöntemler ile korundukları saptanmıştır. Kadınların modern yöntemlerden en fazla RİA (%21,3), hap (%16,2) ve kondom (%14,1); geleneksel yöntemlerden geri çekme (%22,5) ile korundukları belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre modern yöntem kullanma ve yöntem bilme oranları bizim çalışmamızdan daha yüksek oranda idi¹⁸. İrala ve arkadaşlarının 2011 yılında Almanya, Fransa, İngiltere, Romanya ve İsveç gibi beş Avrupa ülkesini kapsayan çalışma 18-49 yaş arası 1137 kadın üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmaya göre çalışmanın yapıldığı Avrupa ülkelerinde modern yöntemler içerisinde oral kontraseptiflerin ülkelere göre dağılımı; Almanya (%54.3), Fransa (%50.5), İsveç (%34.6) İngiltere (%23.6), Romanya (%21.6) sıklıkta kullanılmaktaymış. Kondom kullanımının ülkelere göre dağılımı; Almanya (%13.1), Fransa (%33.2), İsveç (%22.5) İngiltere (%29.6), Romanya (%22.9); rahim içi araçların kullanım oranı; Almanya (%5.0), Fransa (%13.4), İsveç (%19.0) İngiltere (%10.3), Romanya (%3.5) imiş. Modern olmayan yöntemlerden olan geri çekme yönteminin kullanım oranları; Almanya (%1.5), Fransa (%7.4), İsveç (%9.8) İngiltere (%3.0), Romanya (%10.6), herhangi bir yöntem kullanılmama oranı; Almanya (%23.1), Fransa (%13.9), İsveç (%13.7) İngiltere (%26.6), Romanya (%40.5) imiş. Bizim yaptığımız çalışma ile karşılaştırılacak olursa modern yöntem kullanım oranı açısından büyük bir fark olduğu görülmektedir. Bu çalışmada da görüldüğü üzere modern olmayan yöntemler Avrupa ülkelerinde çok düşük oranda kullanılmaktadır²⁰. Egarter ve arkadaşlarının 2012 yılında 8 ülkede (Avusturya, Belçika, İsrail, Hollanda, İsveç, İsviçre, Çek Cumhuriyeti-Slovakya ve Polonya) 18.787 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada kullanılan aile planlaması yöntemleri içerisinde modern yöntemler başta gelmekteydi. Ülkelere göre kullanılan yöntemlerin dağılımını incelediğimizde; kombine oral kontraseptif hap kullanım oranları; tüm katılımcılarda ortalama %41.8, Avusturya'da %49.3, Belçika'da %67.4, İsrail'de %47.9, Hollanda'da %44.7, İsveç'te %43.5, İsviçre'de %48.3, Çek Cumhuriyeti-Slovakya'da %42.0 ve Polonya'da %38.7'dir. Kondom kullanım oranları ise; ortalama %25.2, Avusturya'da %18.3, Belçika'da %5.3, İsrail'de %21.5, Hollanda'da %19.5, İsveç'te %27.8, İsviçre'de %23.6, Çek Cumhuriyeti-Slovakya'da %21.0 ve Polonya'da %24.9'dir. Modern olmayan yöntemlerin kullanım oranları; ortalama %5.5, Avusturya'da %2.0, Belçika'da %0.6, İsrail'de %2.6, Hollanda'da %0.7, İsveç'te %0.5, İsviçre'de %1.4, Çek Cumhuriyeti-Slovakya'da %5.3 ve Polonya'da %3.4'dir.²¹ Bu çalışmada da görüldüğü üzere modern yöntem kullanma oranları modern olmayan yöntemlere göre çok daha fazla sayıda idi. Sonuçta sosyo-kültürel düzey geliştikçe aile planlaması yöntem kullanma sıklıkları artmaktadır.

Tablo 21 ile gösterilen, katılımcılara ilerde hangi aile planlaması yöntemini kullanmak istersiniz diye sordüğümüzda; kadınların 793'ü (%39.3) ve erkeklerinde 834'ü (%41.3) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Bunun en önemli nedeni aile planlaması yöntemleri hakkında eksik ve yanlış bilgiye sahip oldukları için olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca hem kadınlar arasında hem de erkekler arasında en sık kullanılmak istenen yöntem modern olmayan yöntemler içerisinde yer alan geri çekme yöntemidir.

Bunun da en önemli sebebi yetersiz bilgiye sahip olma ve ayrıca kolay uygulanabilen ama riskli bir yöntem olduğunu bilmeme nedeniyledir. TNSA ile karşılaştırıldığında, geri çekme yönteminin ilerde neredeyse 2 kat daha fazla kullanılmak istendiği, modern yöntemlerin ise yarıya yakın oranda daha az kullanılmak istendiği göze çarpmaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER:

DOĞAKA tarafından doğrudan faaliyet desteği ile desteklenen bu proje Osmaniye ilinde Suriyeli misafirlere yapılarak Kasım 2016 tarihinde tamamlanmıştır. Çalışmada birbiriyle evli 2018 çiftte (4036 kişiye) üreme sağlığı hakkında bilgi düzeyleri ve şu anki uyguladıkları üreme sağlığı yöntemleri hakkında bilgi düzeylerini ölçen ve ayrıca sosyo-demografik özelliklerini içeren bir anket formunu uyguladık.

Çalışmada sorulan sorulara verilen cevapları SPSS 19.0 programına aktarıldı ve istatistiksel olarak analizleri yapıldı. Bu analizler neticesinde elde ettiğimiz sonuçları ve bu sonuçlara yönelik olarak önerilerimizi aşağıda özetledik. Buna göre;

- Çalışmamızdaki evli çiftlerin büyük çoğunluğu aktif olarak üreme çağında bulunan yetişkin kişilerden oluşmaktaydı. Aktif üreme çağındaki kişilerin çalışmada yoğunluklu olması ileriye yönelik planlanacak uygulamalar açısından yol gösterici olacaktır.
- Çalışmaya katılanlar içerisinde eğitim düzeyi açısından en yoğun grup okuma yazma bilmeyen kişilerden oluşmaktaydı. Kadınların % 29.1'i, erkeklerin ise % 26.3'ü okur yazar değildi. Üniversite gibi bir yüksek öğrenimden mezun olan kişi sayısı çok azdı. Kadınların sadece %2.0'ı, erkeklerin ise %1.9'u üniversite mezunu idi.
- Katılımcıların doğum yerlerine baktığımızda ise büyük çoğunluğu Lazkiye'den ülkemize göç etmiş kişilerden oluşmaktaydı.
- Meslek olarak kadınların çoğunluğu ev hanımı, erkekler ise işçi olduklarını ifade etmişlerdir.
- Katılımcıların evlenme yaşlarını incelediğimizde kadınlar erkeklere göre daha erken yaşta evlenmekteydiler. Kadınlar erkeklere göre ortalama 5.3 yıl daha erken evlenmekteydiler. Erken yaşta evliliklerde en göze çarpan özellik kadınlar arasındaydı buna göre kadınların %21.9'u 18 yaş altında iken evlenmekteydiler. DSÖ 18 yaş altını çocuk olarak kabul ettiği için hem annenin hem de çocuğun sağlıklı bir geleceğe sahip olabilmesi için 18 yaşından sonra evlilik yapılmasını önermektedir.
- Kadınların ortalama gebelik sayıları 4.2 iken en fazla gebelik yaşayan kadın 16 kez gebelik yaşamıştı. Gebelik sayısının ortalamasının bu denli yüksek olması hem anne hem de çocuk sağlığı açısından ciddi tehlikeler yaratmaktadır. Bu tehlikelerin başında gebelik ve gebeliğe sekonder gelişebilecek komplikasyonlar vardır. Üreme sağlığı konusundaki bilgi yetersizliği veya yanlış bilgilendirmeler gebelik sayısının bu denli yüksek olmasına neden olmaktadır.

- Canlı doğum sayısı ortalaması 3.8 olarak bulundu. Gebelik sayısı ortalamasına göre düşük olan bu canlı doğum sayısı bize gebeliklerin tamamının sağlıklı bir şekilde sonlandırılmadığını göstermektedir. Bir diğer ifade ile gebeliklerin sağlıklı bir şekilde sonlandırılmadığı düşük ve ölü doğumların olduğunu göstermektedir.
- Kadınların % 27.7'si en az bir defa düşük yapmış ve kadınların % 7.0'ı da en az bir defa ölü doğum yapmıştı. Bu oranların yüksekliği de yine anne ve bebek sağlığı açısından ciddi sağlık sorunlarının yaşanabileceğini göstermektedir.
- Kadınların hiç biri daha önce kürtaj yaptırmamıştı. Kadınlar bu soruda sorunun özelliği sebebi ile yanlış cevap vermiş olabilirler. Çünkü kürtaj toplum tarafından kabul edilebilen bir uygulama olmadığı için kadınlar hiç yaptırmadıklarını ifade etmiş olabilirler.
- Katılımcıların ortalama çocuk sayısı 3.3 olarak bulundu. Katılımcıların % 12.3'ünün hiç çocuğu yoktu. Katılımcıların % 1.4'ünün 10 ve daha fazla sayıda çocukları vardı.
- Katılımcıların herhangi bir aile planlaması yöntemini bilme oranını incelediğimizde hem kadınların hem de erkeklerin en fazla bildikleri yöntem modern olmayan yöntemler içerisinde yer alan geri çekme yöntemi idi. İkinci sıklıkta en çok bilinen yöntem ise modern yöntemler içerisinde yer alan doğum kontrol haplarıydı. Hem erkekler hem de kadınlar arasında en az bilinen yöntem ise erkekler için kesin sterilizasyon yöntemleri içerisinde yer alan vazektomi yöntemi idi. Sonuçta katılımcılar etkin bir aile planlaması yöntemi zannettikleri geri çekme yöntemini kullanmaktaydılar. Bu bilgi bize aile planlaması yöntemleri açısından bilgilerinin çok yetersiz olduğunu göstermektedir.
- Kadınlar aile planlaması yöntemleri hakkında bilgiyi en fazla sayıda sağlık personeliinden aldıklarını ifade etmişlerdir. Ancak sağlık personeli dışında özellikle arkadaş ve çevreden önemli derecede bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Asıl olan sağlık personeli ile bilgilenme olması gerekirken bu çalışmada da görüldüğü üzere sağlık personeli dışında daha kolay konuşabilecekleri profesyonel olmayan kaynaklardan bilgi alma yolunu seçmişlerdir. Kadınların %9.2'si ise hiçbir kaynaktan bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir. Bu oran gerçekten çok yüksek bir oran olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Erkekler aile planlaması yöntemleri hakkında bilgiyi en fazla sayıda çevre(arkadaş, akraba) bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Erkekler arasında da sağlık personeli dışında bilgi alma oranı çok fazla idi. Bu bilgilerin doğruluk kaynakları ciddi bir tartışma konusudur. Kişiler aile planlaması konularını mahrem olarak gördükleri için en yakınındaki kişilerden bilgi alma yolunu tercih etmektedirler ve bu sayede de yanlış bilgilenmeler sonucu hatalı ve yanlış uygulamalar yapılabilmektedir. Erkeklerin %10.7'si hiçbir kaynaktan bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir ve bu insanlar evlidir ve hiçbir yöntem hakkında bilgileri yoktur. Bu kişiler tamamen kendilerine göre yöntemler uygulayabilirler bu da üreme sağlığı açısından ciddi sonuçlara yol açabilir.
- Çiftlerin % 55.8'i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığını ifade etmiştir. Yöntem kullanma oranları katılımcıların çok düşüktü. Ayrıca yöntem kullandığını ifade edenlerin kullandıkları yöntemin ilk sırasında daha önce en fazla sayıda bildiklerini ifade ettikleri modern olmayan yöntemler içerisinde yer alan geri çekme yöntemi idi. Modern yöntemler arasında en fazla kullanılan kondom yöntemi idi. Sonuç olarak çiftlerin yöntem kullanma oranı az ve aile planlaması yöntemleri içerisinde modern yöntem kullananların oranı çok daha az bulundu.

- Çiftlerin en sık yöntem kullanmama nedeni menopoza olarak karşımıza çıkmaktaydı. Ancak aktif üreme çağındayken olup yöntem kullanmayan kişi sayısı da çok fazla idi.
- Kadınların büyük çoğunluğu sağlıklı bir gebelik 18 yaşından önce gebe kalmaması gerektiğini söylemişlerdir. 18 yaşın altında gebe kalabilir cevabı verenlerin oranı ise % 7.2 idi. Erkeklerin ise %8.7'si 18 yaş altında gebe kalabilir cevabı vermişlerdir. Çalışmaya katılanların 18 yaş altı gebelik için verdikleri cevap tatmin edici düzeyde değildir sonuçta anne ve bebek sağlığı açısından erken yaşta hamileliklerin olmaması gerekmektedir. Katılımcılardaki bu bilgi eksikliğinin de giderilmesi gerekmektedir.
- Kadınlar kaç yaşından sonra gebe kalmamalıdır sorusuna kadınların %9.6'sı 41 yaş ve sonrasında gebe kalmaması gerektiğini söylemişlerdir. Erkeklerde ise bu oran %12.2 olarak karşımıza çıkmıştır. Hem kadınlarda hem de erkeklerde sağlıklı bir gebelik için hangi yaştan sonra gebelik olmaması konusunda bir bilgi eksikliği mevcuttur.
- Kadınların %4.8'i, erkeklerin ise %5.9'u iki gebelik arasında 1 yıl ara verilmesinin yeterli olacağı gibi doğru olmayan bilgiyi ifade etmişlerdir. Bu yanlış cevap verenlerin oranı düşük olsa bile yine bu konudaki bilgi eksikliğinin giderilmesi gerekmektedir.
- Katılımcılara sizce aile planlaması yöntemini eşlerden hangisi uygulamalıdır diye sorduğumuzda; kadınların %59.4'ü, erkeklerin ise %58.9'u birlikte kullanılması gerektiğini söylemişlerdir. Görüldüğü gibi çalışma yapılan gruptaki kadınların 40.6'sı ve erkeklerin ise 41.1'i aile planlaması yönteminin hangi eşler tarafından kullanılması gerektiğini bilmemekteydiler. Bu bulguda yine çalışılan grubun aile planlaması hakkında bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir.
- İlerde hangi aile planlaması yöntemini kullanmak istersiniz sorusuna da yine katılımcıların bilgi eksikliğinin olduğunu düşündüren yanıtlar vermişlerdir. Kadınların %39.3'ü ve erkeklerinde %41.3'ü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Bunun en önemli nedeni aile planlaması yöntemleri hakkında eksik ve yanlış bilgiye sahip oldukları için olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca hem kadınlar arasında hem de erkekler arasında ilerde en sık kullanılmak istenen yöntem modern olmayan yöntemler içerisinde yer alan ve daha önceki sorularda da en fazla bildikleri yöntem olan geri çekme yöntemidir. Bunun da en önemli sebebi yetersiz bilgiye sahip olma ve ayrıca kolay uygulanabilen ama riskli bir yöntem olduğunu bilmeme nedeniyledir.
- Çiftlere aile planlaması yöntemi kullanmanın olumlu yönleri nelerdir diye sorduğumuzda; kadınların %66.3'ü, erkeklerin ise %65.8'i istenmeyen gebelikleri önlediğini ifade etmişlerdir. İstenmeyen gebelikleri önleme hem kadın hem de erkeklerin en sık verdiği cevaplardır. Kadınlar arasında en düşük cevap ailenin refahını arttırmak iken erkekler arasında en düşük cevap sayısı çocuklar daha sağlıklı cevabı idi.
- Çiftlere aile planlaması yöntemi kullanmanın olumsuz yönleri nelerdir diye sorduğumuzda; kadınların %46.3'ü ve erkeklerin %46.7'si herhangi bir olumsuz yönü olmadığını ifade etmişlerdir. Bu veriye göre kadınların % 53.7'si, erkeklerin ise % 53.3'ü aile planlaması yöntem kullanmanın olumsuz yönleri olabileceğini veya olumsuz bir yönü olup olmadığını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Bu veri bize katılımcıların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi yetersizliğini göstermektedir.

Bütün bu bulguların ışığında sonuç olarak çadırkentte yaşayanlara;

- 1- Sağlık kuruluşları tarafından Üreme Sağlığı hizmetleri konusunda farkındalığı arttıracak danışmanlık hizmetlerinin verilmesini temin etmek. Bu hizmetlerin başında eğitim gelmektedir. Evli çiftlerin hepsine sağlıklı bir üreme sağlığı nedir ve hangi kısımlardan oluşmaktadır, aile planlaması yöntemleri nelerdir ve nasıl uygulanmalıdır ana başlıklarını içeren bir eğitim yapılmalıdır,
- 2- Üreme Sağlığı hizmetlerini Temel Sağlık Hizmetleri içerisinde etkin bir şekilde sunulmasını sağlamak,
- 3- Üreme Sağlığı konusunda bilinçli davranmaları için sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmaya yönelik eğitimlerin planlanması gerekmektedir.
- 4- Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna Bağlı Halk Sağlığı Müdürlükleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile hekimliklerinde üreme sağlığı konusunda çalışanların hizmet içi eğitimlerini almalarını sağlamak.
- 5- Suriyeli göçmenlerle ilgili Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından göçmenlerin yoğun olduğu illerde açılan polikliniklerde üreme sağlığı konusunda danışmanlık hizmeti verilmesini sağlamak.
- 6- İllerde Halk Sağlığı Müdürlüğü, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü, yerel yönetimler arasında üreme sağlığı konusunda işbirliği yapılarak koordinasyon sağlanmalıdır.

7.EYLEM PLANI

Kadının statüsü ve üreme sağlığı ilişkisi son yılların tartışma konularını oluşturmaktadır. Dünyada bugüne kadar kaydedilen gelişmelere rağmen, 1.5 milyar insan yeterli ve temiz suya, 2 milyar insan ise yeterli sanitasyona sahip değildir. Sağlıksız çevre koşullarından öncelikle yoksullar etkilenmektedir. Birçok toplumda kadınlar ve çocuklar yoksullar içinde en yoksul kesimi oluşturmaktadır. Üreme sistemi çevre koşullarının olumsuz etkisine son derece duyarlıdır. Bu durumda; düşük, doğumsal özürlü, intrauterin gelişme geriliği ve perinatal mortalite riski artmaktadır.

Dünyada son 20 yıla kadar üremeye ilişkin sağlık sorunlar, geleneksel olarak Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması kapsamında ele alınırken günümüzde bu kavram yeterli olamamaktadır. Bu nedenle 1994'ten itibaren, yeni bir kavram olarak "Üreme Sağlığı" dünya ülkelerinin gündemine girmiş ve kabul görmüştür. Bu tarihten itibaren üreme sağlığı olarak adlandırılmaktadır.

Üreme Sağlığının Genel Amaçları:

Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçları karşılamada yardımcı olmak: Üreme sağlığının ilk amacı kişilere uygun etkin bir üreme sağlığı hizmetlerini sağlamak ve herkesin istediği zaman istediği sayıda çocuk sahibi olmasını sağlamaya yardımcı olmaktır. Bireylerin etkin ve modern aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını sağlamak: Aile planlaması yöntemini kullanma ve yöntemlerin doğru bir şekilde kullanılması kişiden kişiye değişmektedir. Üreme sağlığı programlarının amacı aktif üreme çağındaki olan herkesi modern aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirmek ve etkin bir aile planlaması yöntemini kullanmasını sağlamaktır.

İstenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelikleri önlemek, Sağlıklı olmayan düşükleri önlemek: Eğer etkin bir aile planlaması yöntemi kullanılmaz ise istenmeyen gebeliklerle karşılaşılabilir. İstenmeyen gebeliklerde sonuç olarak bu kişileri isteyerek düşüklere yani kürtajlara yönlendirecektir. Üreme sağlığı programları ile istenmeyen gebelikleri önleyerek isteyerek yapılan düşüklerin engellenmesi amaçlanmaktadır.

Anne ölümü ve bebek ölümü oranlarını azaltmak: Üreme sağlığı programları ile sağlıklı gebelikler sağlanacağı için hem anne hem de bebek ölümleri azaltılacaktır. Üreme sağlığı hizmetlerine erkeklerin katılımını artırmak: Toplumda genel olarak üreme sağlığı ve aile planlaması yöntemlerini kadınlar kullanmalıdır diye bir ön yargı vardır. Bunun da en önemli nedeni kadın annedir, kadın çocuk doğurur bu nedenle üreme ile ilgili her şey kadının sorumluluğundadır diye bir önyargı vardır. Üreme sağlığı programları ile bu bilginin yanlış olduğu hem kadınların hem de erkeklerin ortak kullanması gereken yöntemler olduğunun anlatılması gerekir.

Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak: üreme sağlığı ile ilgili en önemli madde budur. Bireylere üreme sağlığını ne olduğunu anlatmak ve bilgilendirmek gerekir. Toplumdaki en önemli eksiklik budur. Bireyler hangi yöntemlerin olduğunu, bu yöntemlere nasıl ulaşabileceğini ve nasıl kullanabileceği hakkında yeterli bir bilgiye sahip değildir.

Erken yaştaki gebelikleri azaltmak: Adolesan dönemde meydana gelen gebelikler hem anne hem de bebek sağlığı açısından hayati sıkıntılar yaratacak kadar büyük sorunlara yol açabilir. Üreme sağlığı programları ile erken yaştaki hamileliklerin engellenebilir. Projemizin ana çıkış amacı çadırkentte yaşayan Suriyeli misafirlerin üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini göstermek ve ileriye yönelik olarak hem anne hem de çocuk sağlığı ve ülke göstergeleri açısından önemli olan anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı gibi göstergelerin iyileştirilmesine yönelik çalışmaları planlamak için proje yapıldı. Üreme sağlığı sorunlarını tespit etmeye yönelik olarak planladığımız bu çalışmada özellikle çalışma grubumuz çok riskli olarak sayılan ülkelerinden göç etmek zorunda kalmış olan Suriyeli misafirlerdi.

Üreme sağlığı hakkındaki yetersiz bilgi ve davranışlar hem anne sağlığı hem de çocuk sağlığı açısından sorunlar yaratabilmektedir. Üreme sağlığı bilgi düzeyindeki düşüklüklerin hangi konular ile alakalı olduğu ayrıca bilgi düzeyi düşüklüğü dışında üreme sağlığı hizmetlerini etkileyen faktörlerin neler olduğunun araştırılmamız sonucu bulgular kısmında belirtildi.

Sonuç olarak projenin asıl çıkış amacı da düşük, ölü doğum, prematüre doğum ve anne ölümü gibi üreme sağlığı sorunlarının tespiti, nedenleri ve bu nedenlere yönelik olarak çözüm stratejilerinin geliştirilmesidir. Ayrıca bu proje ile tespit edilecek sorunlara yönelik olarak üretilecek olan çözüm önerileri ile bir eylem planı oluşturularak ülkemizde mevcut bulunan diğer çadırkentler içinde üreme sağlığı hizmetlerinin daha iyi yürütülmesi için bir planlama yapılacaktır. Eğitim materyalleri Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından hazırlanacak ve oluşturulan bu eylem planı 01.04.2017-31.12.2018 tarihleri arasında Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından uygulamaya konulacaktır.

Ana Hedef: Bu proje çalışması ile ana hedefimiz Suriyeli misafirlerden oluşan toplumu düşük, ölü doğum, prematüre doğum ve anne ölümü gibi üreme sağlığı sorunlarının tespiti etmek ve bulunan bulgular dikkate alınarak üreme sağlığı konusunda bilinçlendirmek, hizmete erişimi artırmak ve üreme sağlığını olumsuz etkileyecek durumlardan korumaya yönelik çalışmaları planlamaktır.

Hedefe Yönelik Stratejiler:

a- Sağlık hizmet sunucularının üreme sağlığı konusunda bilgi ve becerilerini geliştirerek hizmet sunumunu iyileştirmek ve artırmak

1- Çadırkentte hizmet veren üreme sağlığı konusunda özel eğitim almış hekim, yardımcı sağlık personeli, psikolog ve sosyal çalışma görevlilerinin sayılarını artırmak.

Osmaniye Merkez'de bulunan çadırkentte üç uzman doktor (bir kadın doğum, bir çocuk, bir dahiliye), dört pratisyen doktor, bir diş hekimi, iki ebe, iki hemşire, dokuz acil tıp teknisyeni hizmet vermektedir. Sağlık personelimiz özverili bir şekilde Suriyeli misafirlerin sağlık sorunları ile ilgilenmektedirler. Üreme sağlığı konusu kişiler tarafından zor konuşulan bir konu olması nedeniyle sağlık personelinin bu konular ile bilgi aktarırken iletişim tekniklerini öğrenmeye yönelik eğitimler planlanmalıdır. Sadece üreme sağlığı hizmeti üzerine çalışan bir danışman hekim ve bir de ebe-hemşirenin görevlendirilmesi gerekmektedir. Çadırkentte çalışacak bir sosyal hizmet uzmanı ve psikologun olması gerekmektedir.

2- Suriyeli misafirlerden oluşan çadırkentte üreme sağlığı hizmet sunumunda birey ile sağlık personelinin iletişimini geliştirmek için eğitim materyali hazırlamak.

Suriyeli misafirler farklı bir toplum ve kültürel yapı olması nedeniyle eğitimi kolaylaştıracak materyal hazırlanması iletişimi kolaylaştıracaktır. Bizim çalışmamızın sonuç kısmında da özellikle vurguladığımız gibi çalışmaya katılanlarda asıl eksik olan konular; aile planlaması yöntemlerini bilmeme bu nedenle modern olmayan ve etkin olmayan yöntemleri kullanma sıklığının fazla olması idi. Ayrıca kendilerinin doğru olarak bildiği ancak yanlış olan bilgilere sahiptiler. Bu soruna yönelik olarak sadece üreme sağlığı konularına yönelik olarak yirmişer kişilik gruplar halinde eğitimler planlanmalıdır. Bu eğitimlerde kullanmak üzere hem görsel hem de yazılı kaynaklar Suriyeli misafirlerin hem kültür hem de eğitim düzeylerine göre ayarlanmalıdır.

a- Üreme sağlığı konusunda toplumu ve bireyi bilinçlendirerek hizmete talebi artırmak

1- Üreme sağlığı konusundaki farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek amacıyla özel gün ve haftalarda etkinlikler düzenlemek. Düzenlenecek bu etkinliklere Suriyeli misafirlerin katılımını sağlamak.

Üreme sağlığı ve ayrıca kadın sağlığı konularında belirli özel günlerde etkinlikler düzenlenerek üreme sağlığı konularına dikkat çekilmelidir. Düzenlenecek bu etkinlikler sayesinde katılımcıların üreme sağlığı konuları ile alakalı farkındalık düzeyi arttırılacaktır.

2- **Sivil toplum kuruluşları işbirliği ile üreme sağlığı konusundaki farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek amacıyla öğrencilere ve gençlere yönelik eğitimler ve etkinlikler düzenlemek.** Gençlere yönelik çalışma planlamak yapmak ileriki nesillerin sağlığının geliştirilmesi açısından çok önemlidir. Gençleri eğitmenin iki açıdan faydası vardır. Birincisi hem o gençlerin kendi sağlıklarının geliştirilmesine katkıda bulunmuş oluruz hem de eğitilen gençler eve gittiklerinde evde yaşayan aile bireylerin eğitimine katkıda bulunmuş olur. Çalışmamızda da görüldüğü gibi katılımcılar üreme sağlığı konuları hakkında bilgiyi büyük bir oranda aile ve arkadaş çevrelerinden edinmektedir. Biz ne kadar kişiyi eğitirsek o kadar fazla kişi ve aileye de ulaşmış oluruz.

1- **Sürekli hizmet veren üreme sağlığı danışma hattı kurmak.**

Üreme sağlığı konuları halk arasında mahrem konular arasında görüldüğü için yüz yüze danışamayan kişiler için bir danışma hattı kurulması faydalı olabilecektir.

2- **Modern olmayan yöntemlerin doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmasını azaltmak için eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapmak.** Bu proje çalışmasının sonuçları içerisinde yer alan bilgi eksikliğinin en önemli sonuçlarından birisi olan katılımcıların modern olmayan yöntemleri en fazla sayıda tercih etmeleriydi. Hem çadırkent içinde, hem de çadırkent dışında uygulanacak eğitimlerle aile planlaması yöntemlerinin neler olduğu, etkin ve etkin olmayan yöntemler arasındaki farklar, etkin olmayan yöntemleri kullanmanın sakıncaları ve yan etkileri konularını kapsayan detaylı bir eğitim programı planlanmalı ve uygulanmalıdır.

a- **Üreme sağlığı hizmet sunumunu güçlendirmek**

1- **Üreme sağlığı hizmetlerini toplumsal dönüşümler doğrultusunda birey ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde modernize etmek.** Planlanan bu hizmet ve uygulamalar zaman içerisinde güncellenerek bireylere düzenli bir şekilde aktarılmalıdır.

2- **Sağlık kurumları tarafından verilen üreme sağlığı hizmetlerini güçlendirmeye yönelik çalışmaları sürdürmek.** Sağlık kurumlarında verilen rutin üreme sağlığı hizmetlerine ek olarak Suriyeli misafirlere yönelik olarak görsel ve maket tarzı eğitim materyallerinin kullanılabileceği materyaller hazırlanmalıdır.

3- **Üreme sağlığı konusundaki farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek kapsamında evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerine destek sağlamak.** Özellikle evlenme çağına gelmiş yetişkinlerin evlenme işlemleri sırasında sağlık raporu alma zorunluluğu vardır. Sağlık raporu almaya gelen yetişkinleri üreme sağlığı konusunda bilgilendirme açısından büyük bir fırsattır. Sağlık personelinin evlenme raporu almaya gelen yetişkinler ile üreme sağlığı konusunda danışmanlık yapmalarının sağlanması gerekmektedir. Sağlık personeli bu eğitim için gelen yetişkinlere özel bir zaman ayırmalıdır.

4- **İllerde Suriyeli misafirlere yönelik kurulacak olan göçmen polikliniklerinde üreme sağlığına yönelik danışma birimleri kurulmalıdır.**

Eylem Planı Hedefleri

Hedef 1. Çadırkentte hizmet veren üreme sağlığı konusunda özel eğitim almış hekim, yardımcı sağlık personeli, psikolog ve sosyal çalışma görevlilerinin sayılarını artırmak.

Performans Göstergesi	Personel sayılarının artırılması
Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Destekleyici Kurum ve Kuruluşlar	Sağlık Bakanlığı
Uygulama Yeri	Osmaniye Merkez Çadırkent
Uygulama Dönemi	01.04.2017 - 30.03.2018
Açıklama	

Hedef 2. Suriyeli misafirlerden oluşan çadırkentte üreme sağlığı hizmet sunumunda birey ile sağlık personelinin iletişimini geliştirmek için eğitim materyali hazırlamak.

Performans Göstergesi	Eğitim materyallerinin hazırlanması
Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Destekleyici Kurum ve Kuruluşlar	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Uygulama Yeri	Osmaniye Merkez Çadırkent
Uygulama Dönemi	01.04.2017 - 01.10.2017
Açıklama	Eğitim materyallerin hazırlanması ve eğitimlerin uygulanması Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü Çocuk Ergen ve Üreme Sağlığı Şubesi tarafından hazırlanacaktır.

Hedef 3. Üreme sağlığı konusundaki farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek amacıyla özel gün ve haftalarda etkinlikler düzenlemek. Düzenlenecek bu etkinliklere Suriyeli misafirlerin katılımını sağlamak.

Performans Göstergesi	Yıl boyu üreme sağlığı konusunda etkinlikler yapılması
Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Destekleyici Kurum ve Kuruluşlar	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Uygulama Yeri	Osmaniye Merkez Çadırkent
Uygulama Dönemi	01.04.2017-31.03.2018
Açıklama	

Hedef 4. Sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumlarla işbirliği ile üreme sağlığı konusundaki farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek amacıyla öğrencilere ve gençlere yönelik eğitimler ve etkinlikler düzenlemek.

Performans Göstergesi	STK ve diğer kurumlarla işbirliği yapılması
Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Destekleyici Kurum ve Kuruluşlar	Sivil Toplum Kuruluşları
Uygulama Yeri	Osmaniye Merkez Çadırkent
Uygulama Dönemi	01.04.2017-31.03.208
Açıklama	

Hedef 5. Sürekli hizmet veren üreme sağlığı danışma hattı kurmak.

Performans Göstergesi	Danışma hattının kurulması
Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Destekleyici Kurum ve Kuruluşlar	Sağlık Bakanlığı - Halk Sağlığı
Uygulama Yeri	Osmaniye Merkez Çadırkent
Uygulama Dönemi	01.04.2017-31.03.208
Açıklama	

Hedef 6. Modern olmayan yöntemlerin doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmasını azaltmak için eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapmak.

Performans Göstergesi	Modern yöntemlerin kullanan kişi sayısının artması
Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Destekleyici Kurum ve Kuruluşlar	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Uygulama Yeri	Osmaniye Merkez Çadırkent
Uygulama Dönemi	01.04.2017-31.03.208
Açıklama	

Hedef 7. Üreme sağlığı hizmetlerini toplumsal dönüşümler doğrultusunda birey ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde modernize etmek.

Performans Göstergesi	Bireylerin üreme sağlığı konusunda farkındalıklarının artırılması
Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Destekleyici Kurum ve Kuruluşlar	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Uygulama Yeri	Osmaniye Merkez Çadırkent
Uygulama Dönemi	01.04.2017-31.03.208
Açıklama	

Hedef 8. Sağlık kurumları tarafından verilen üreme sağlığı hizmetlerini güçlendirmeye yönelik çalışmaları sürdürmek

Performans Göstergesi	Üreme sağlığı konusunda kurumlararası işbirliğinin artırılması
Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Destekleyici Kurum ve Kuruluşlar	Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumlar
Uygulama Yeri	Osmaniye Merkez Çadırkent
Uygulama Dönemi	01.04.2017-31.03.2018
Açıklama	

Hedef 9. Üreme sağlığı konusundaki farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek kapsamında evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerine destek sağlamak.

Performans Göstergesi	Evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi
Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Destekleyici Kurum ve Kuruluşlar	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Uygulama Yeri	Osmaniye Merkez Çadırkent
Uygulama Dönemi	01.04.2017-31.03.2018
Açıklama	

Hedef 10. İlde Suriyeli misafirlere yönelik mevcut olan ve kurulacak olan göçmen polikliniklerinde üreme sağlığına yönelik danışma birimleri kurulmalıdır.

Performans Göstergesi	Danışma biriminin kurulması
Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Destekleyici Kurum ve Kuruluşlar	Osmaniye Halk Sağlığı Müdürlüğü
Uygulama Yeri	Osmaniye Merkez Çadırkent
Uygulama Dönemi	01.04.2017
Açıklama	İlde mevcut olan göçmen polikliniğinde danışma birimi mevcut olup yeni açılması planlanan göçmen polikliniğinde ise açılışa üreme sağlığı danışma birimi kurulacaktır.

8. Kaynaklar:

1. "Türkiye'de Kadın 2001" T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayını, 2001. Ankara. 7. "İstatistiklerle Kadın 1927-192", TC., Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Yayını, Yayın No., 1712, Ankara, 1995.
2. "Cumhuriyet'in 75.Yılında Türkiye'de Kadının Durumu" T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1998.
3. "Eylem Platformu ve Pekin Deklerasyonu", TC. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayını- Ankara 1996 10. "Toplumsal cinsiyet, Sağlık ve Kadın". Ed. A. Akın, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2003
4. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Third Edition 2004, Reproductive Health and Research health/publications/
5. "Population and Development", Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. United Nations
6. "United Nations Development Programme (1995 , 1997), Human Development Reports 1995, 1997. UNDP publication, New York USA.
7. Gönüllü cerrahi sterilizasyon, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, s:181-189, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1997.
8. Surgical sterilization procedures, "Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use" Third Edition 2004, Reproductive Health and Research WORLD Health Organization, Geneva.
9. Female Sterilization: What health workers need to know, WHO, FHE/FPP, 94.2 Rev.1, Geneva, 1994.
10. "selected practice recommendations for contraceptive use, 1st edition, who 2002, www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_7/index.htm
11. Standard Days Method. Institute for Reproductive Health, Georgetown University / JHPIEGO. ReproLearn CD. 2003.
12. Improving Access to Quality Care in Family Planning. World Health Organization, Geneva, 2000.
13. www.who.int/reproductive-health/rtis/female_condom.en.html
14. "Intrauterin device and upper-genital tract infection: Review. Grimes D.A. Lancet Sep 2000, 356:1013-19.
15. Levent Akın¹, Nilüfer Özaydın, Dilek Aslan. Factors influencing the family planning method usage among married males in Turkey. [Gulhane Med J. 2006; 48\(2\):63-69.](#)
16. Giray H, Keskinoglu P. Işıkent Sağlık Ocağı'na Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler. STED, 2006;15(2):23-6.
17. Altay B, Gönener D. Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler, Fırat Tıp Dergisi, 2009;14(1): 56-64.
18. Çayan A. 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. 2009, Aydın.
19. Irala J, Osorio A, Carlos S, Burgo C. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. Contraception 84;2011:558-64.
21. Egarter C, Tirri B, Bitzer J, Kaminsky V, Björn J Oddens, et al. Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling, BMC Women's Health 2013;13:9-13
22. "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması" Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüpleri Enstitüsü Ankara, 2014

9. Ek-Anket Formu

Anket No:

Tarih:

Çadır No:

- 1- Yaşınız:.....
- 2- Eşinizin yaşı:.....
- 3- Doğum yeri:.....
- 4- Eşinizin Doğum yeri:.....
- 5- Eğitim Durumu: a) Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise f)Üniversite
- 6- Eşinizin Eğitim Durumu: a) Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise f)Üniversite
- 7- Mesleğiniz nedir:.....
- 8- Eşinizin Mesleği:.....
- 9- Evlilik yaşıınız:.....
- 10- Evlendiğinizde eşiniz kaç yaşındaydı:.....
- 11- Kaç kez gebe kaldınız:.....
- 12- Şu an gebe misiniz 1. Evet () 2. Hayır ()
- 13- Kaç tane canlı doğum yaptınız.....
- 14- Kaç tane ölü doğum yaptınız.....
- 15- Kaç tane düşük yaptınız.....
- 16- Kaç tane kürtaj yaptırdınız.....
- 17- Halen yaşayan kaç çocuğunuz var.....
- 18- İleride kaç çocuğunuz olmasını isterdiniz.....
- 19- Eşiniz ileride kaç çocuğu olsun ister:.....
- 20- Çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz? 1. Evet () 2. Hayır ()
- 21- Herhangi bir aile planlaması yöntemi biliyor musunuz? 1. Evet () 2. Hayır ()

1- Hangi Yöntemleri biliyorsunuz

KADIN

YÖNTEM	EVET	HAYIR
Hap		
Kondom		
RIA		
Enjeksiyonlar		
Tüp Ligasyon		
Vazektomi		
Takvim Yöntemi		
Geri Çekme		
Diğer		

ERKEK

YÖNTEM	EVET	HAYIR
Hap		
Kondom		
RIA		
Enjeksiyonlar		
Tüp Ligasyon		
Vazektomi		
Takvim Yöntemi		
Geri Çekme		
Diğer		

- 1- Bu yöntemleri nereden öğrendiniz? 1. Sağlık personeli 2. TV 3. İnternet 4. Kitap 5. Diğer.....
- 2- Eşiniz bu yöntemleri nereden öğrendi? 1. Sağlık personeli 2. TV 3. İnternet 4. Kitap 5. Diğer.....
- 3- Herhangi bir sağlık personelinden (ebe, hemşire, doktor) aile planlaması yöntemlerine yönelik bilgi aldınız mı? 1. Evet () 2. Hayır ()
- 4- Herhangi bir sağlık personelinden (ebe, hemşire, doktor) aile planlaması yöntemlerine yönelik bilgi aldınız mı? 1. Evet () 2. Hayır ()
- 5- Şuanda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
1. Hap () 2. Kondom () 3. RİA () 4. Enjeksiyonlar () 5. Tüp ligasyon (kadının tüplerini bağlatması) () 6. Vazektomi () 7. Takvim yöntemi () 8. Geri çekme () 9. Yöntem kullanmıyorum ()
- 6- **(soru 27 de 9 cevabını verenlere sorulacak)** Aile planlaması yöntemi Neden kullanmıyorsunuz?
1. Gebe kalmak istiyorum 2. Dini inancım sebebiyle 3. Aile planlaması malzemeye ulaşamıyorum 4. Aile planlaması yapacak personele ulaşamıyorum 5. Yöntemler hakkında yeterli bilgim yok 6. Eşim kullanmak istemiyor 7. Diğer.....
- 7- Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan önce gebe kalmaması gerekir?.....
- 8- Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan önce gebe kalmaması gerekir?.....
- 9- Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan sonra gebe kalmaması gerekir?.....
- 10- Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan sonra gebe kalmaması gerekir?.....
- 11- Kadın sağlığı açısından iki gebelik arasında en az kaç yıl olmalıdır?.....
- 12- Kadın sağlığı açısından iki gebelik arasında en az kaç yıl olmalıdır?.....
- 13- Sizce aile planlaması yöntemlerini eşlerden hangisi uygulamalıdır?
1. Kadın () 2. Erkek () 3. Her ikisi de () 4. Bilmiyorum ()
- 14- Sizce aile planlaması yöntemlerini eşlerden hangisi uygulamalıdır?
1. Kadın () 2. Erkek () 3. Her ikisi de () 4. Bilmiyorum ()
- 15- İleride hangi aile planlaması yöntemini kullanmak isterdiniz?
1. Hap () 2. Kondom () 3. RİA () 4. Enjeksiyonlar () 5. Tüp ligasyon (kadının tüplerini bağlatması) () 6. Vazektomi () 7. Takvim yöntemi () 8. Geri çekme () 9. Kullanmak istemem ()
- 16- İleride hangi aile planlaması yöntemini kullanmak isterdiniz?
1. Hap () 2. Kondom () 3. RİA () 4. Enjeksiyonlar () 5. Tüp ligasyon (kadının tüplerini bağlatması) () 6. Vazektomi () 7. Takvim yöntemi () 8. Geri çekme () 9. Kullanmak istemem ()
- 17- Aile planlaması yöntemi kullanmanın olumlu yanları nelerdir? (Birden fazla şık işaretlenebilir)
1- Annenin sağlığını korur 2- İstenmeyen gebeliği önler 3- Ailenin refahı artar 4- Çocuklar daha sağlıklı doğar 5- Yanıt yok 6- Diğer.....

18- Aile planlaması yöntemi kullanmanın olumlu yanları nelerdir? (Birden fazla sık işaretlenebilir)

2- Annenin sağlığını korur 2- İstenmeyen gebeliği önler 3- Ailenin refahı artar 4- Çocuklar daha sağlıklı doğar 5- Yanıt yok 6- Diğer.....

19- Aile planlaması yöntemi kullanmanın olumsuz yanları nelerdir? (Birden fazla sık işaretlenebilir)

1- Kullanımı zordur 2- Yan etki riski yüksektir 3- Gebe kalma riski vardır 4- Yanıt yok 5- Diğer.....

20- Aile planlaması yöntemi kullanmanın olumsuz yanları nelerdir? (Birden fazla sık işaretlenebilir)

1- Kullanımı zordur 2- Yan etki riski yüksektir 3- Gebe kalma riski vardır 4- Yanıt yok 5- Diğer.....

