



**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**DEPREM SONRASI ANTAKYA GEÇİCİ YERLEŞİM
ALANLARINDA 15-49 YAŞ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI
HİZMETLERİNE ERİŞİMİ-2023**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Ahmet UZUNTAŞ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Tacettin İNANDI**

HATAY – 2023



**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**DEPREM SONRASI ANTAKYA GEÇİCİ YERLEŞİM
ALANLARINDA 15-49 YAŞ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI
HİZMETLERİNE ERİŞİMİ-2023**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Ahmet UZUNTAŞ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Tacettin İNANDI**

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DEPREM SONRASI ANTAKYA GEÇİCİ YERLEŞİM
ALANLARINDA 15-49 YAŞ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI
HİZMETLERİNE ERİŞİMİ-2023**

Dr. Ahmet UZUNTAŞ

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Tacettin İNANDI
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Prof. Dr. Tacettin İNANDI
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Tacettin İNANDI
2. Prof. Dr. Nazan SAVAŞ
3. Dr. Öğr. Üyesi Evrim ARSLAN

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. TABLO LİSTESİ.....	v
V. ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	ix
VII. TEŞEKKÜR.....	x
VIII. ÖZET	xi
XI.ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2-GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Aile planlaması tanımı ve amacı	4
2.2. Üreme sağlığı tanımı	4
2.2.1. Üreme sağlığı ve aile planlamasının tarihsel gelişimi.....	5
2.3.Aile planlaması.....	10
2.3.1. Aile planlamasının önemi	10
2.3.2. Aile planlamasının faydaları.....	10
2.3.3. Türkiye’de aile planlaması ile ilişkili politika ve yasal düzenlemeler	12
2.3.4. Aile planlaması yöntemleri ve yöntem kullanımını etkileyen bazı faktörler	13
2.3.5. Dünyada aile planlaması yöntemlerinin kullanım durumu	15
2.3.6. Türkiye’de aile planlaması yöntemlerinin kullanım durumu	17
2.3.7. Aile planlaması danışmanlığı	19
2.4. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı	21
2.4.1. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının sonuçları.....	22
2.4.2. Dünya’da ve Türkiye’de karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı durumu	23
2.5. Aile planlaması hizmetlerinde kullanımı etkileyen faktörler.....	24
2.6.Afetlerde Kadın Sağlığı	26
2.6.1. Afetlerde Üreme Sağlığı Hizmetleri	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın tipi.....	29
3.2. Evren ve örneklem seçimi.....	29
3.3. Afet sonrası durum	34

3.4. Veri toplama yöntemi ve araçları	36
3.5. Bağımlı ve bağımsız değişkenler	37
3.6. Verilerin analizi	38
3.7. Araştırmanın izinleri	39
3.8. Araştırmanın takvimi	39
3.9. Araştırmanın finansmanı	40
3.10. Araştırmanın kısıtlılıkları	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	80
5.1. Aile planlaması yöntem kullanımı	80
5.1.1. Herhangi bir yöntem kullanımı	80
5.1.2. Modern yöntem kullanımı	81
5.1.3. Geleneksel yöntem kullanımı	82
5.1.4. Yöntem kullanımı ile ilgili açıklamalar	83
5.1.5. Modern-geleneksel yöntemlerin yıllara göre kullanım sıklığının değişimi	83
5.1.6. Geri çekme yöntem kullanımı	84
5.1.7. Ria yöntem kullanımı	85
5.1.8. Kondom yöntem kullanımı	86
5.1.9. Yöntem türlerinin yıllara göre kullanım sıklığının değişimi	87
5.2. Hizmete erişimdeki zorluklar	88
5.3. Yöntem kullanmama sebepleri	89
5.4. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ve istenmeyen gebelikler	90
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	92
7. KAYNAKLAR	96
8. EKLER	106
9. ÖZGEÇMİŞ	118

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmanın yapıldığı geçici yerleşim alanları ve buralarda görüşülen kişi sayılar	31
Tablo 2. Araştırmanın Takvimi	40
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	42
Tablo 4. Katılımcıların gebelik ve evlenme ile ilişkili verileri	43
Tablo 5. Katılımcıların gebelik ve gebelik ile ilişkili durumları	44
Tablo 6. Katılımcıların doğum, ölüm ve düşük yapma durumları.....	45
Tablo 7 Katılımcıların aile planlaması yöntemi hakkında bilgi sahibi olma durumu	46
Tablo 8. Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanma durumu.....	Error! Bookmark not defined.
Tablo 9. Katılımcıların kullandıkları korunma yöntemi dışındaki yöntemlere yaklaşımı ...	48
Tablo 10. Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri	49
Tablo 11. Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanma düşüncesine bakışı	50
Tablo 12. Katılımcıların aile planlaması hizmetlerine ulaşım özellikleri	Error! Bookmark not defined.
Tablo 13. Katılımcıların geçici yerleşim alanındaki doğum bilgileri.....	Error! Bookmark not defined.
Tablo 14. Katılımcıların gebeliklerini isteme durumları..	Error! Bookmark not defined.
Tablo 15. Yaş gruplarına göre katılımcıların herhangi bir yöntem kullanımı	Error! Bookmark not defined.
Tablo 16. Katılımcıların ve eşlerinin öğrenim durumuna göre herhangi bir yöntem kullanımı.....	Error! Bookmark not defined.
Tablo 17. Katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumu ve gelirlerine göre herhangi bir yöntem kullanımı	Error! Bookmark not defined.
Tablo 18. Katılımcıların son iki yılda gebelik durumlarına ve çocuk sayılarına göre herhangi bir yöntem kullanımı	Error! Bookmark not defined.
Tablo 19. Katılımcıların aile planlaması hizmetlerine ulaşım düşüncesine göre herhangi bir yöntem kullanımı	57
Tablo 20. Yaş gruplarına göre katılımcıların kullandıkları yöntem türü	58
Tablo 21. Katılımcıların ve eşlerinin öğrenim durumuna göre kullandıkları yöntem türü ..	59

Tablo 22. Katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumu ve gelirlerine göre kullandıkları yöntem türü	Error! Bookmark not defined.
Tablo 23. Katılımcıların son iki yılda gebe kalmalarına ve çocuk sayılarına göre kullandıkları yöntem türü	Error! Bookmark not defined.
Tablo 24. Katılımcıların aile planlaması hizmetlerine ulaşım düşüncesine göre kullandıkları yöntem türü	Error! Bookmark not defined.
Tablo 25. Katılımcıların yaş gruplarına göre kullandıkları aile planlaması yöntemleri	Error! Bookmark not defined.
Tablo 26. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre kullandıkları aile planlaması yöntemleri	Error! Bookmark not defined.
Tablo 27. Yaş gruplarına göre gebelik sonlanması ve çocuk kaybı.	Error! Bookmark not defined.
Tablo 28. Öğrenim durumuna göre gebelik sonlanması ve çocuk kaybı	Error! Bookmark not defined.
Tablo 29. Katılımcıların ve eşlerinin öğrenim durumuna göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı	Error! Bookmark not defined.
Tablo 30. Katılımcıların ve eşlerinin yaş gruplarına göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı.....	Error! Bookmark not defined.
Tablo 31. Katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumu ve gelirlerine göre karşılanmamış AP ihtiyacı.....	70
Tablo 32. Katılımcıların çocuk sayılarına göre karşılanmamış aile planlaması.....	71
Tablo 33. Katılımcıların aile planlaması hizmetleri ulaşım düşüncesine göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı	71
Tablo 34. Katılımcıların ve eşlerinin yaş gruplarına göre karşılanmamış modern aile planlaması ihtiyacı	72
Tablo 35. Katılımcıların ve eşlerinin öğrenim durumuna göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı	73
Tablo 36. Katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumu ve gelirlerine göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı	74
Tablo 37. Katılımcıların çocuk sayılarına göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ..	75
Tablo 38. Katılımcıların AP hizmetleri ulaşım düşüncesine göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı	75

Tablo 39. Yöntem kullanımı ve karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı değişkenlerinin güven aralıkları	Error! Bookmark not defined.
Tablo 40. Lojistik regresyon analizine göre herhangi bir yöntem kullanımıyla ilişkili faktörler	Error! Bookmark not defined.
Tablo 41. Lojistik regresyon analizine göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı durumuyla ilişkili faktörler	Error! Bookmark not defined.
Tablo 42. Lojistik regresyon analizine göre modern karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı durumuyla ilişkili faktörler	Error! Bookmark not defined.

V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Geçici yerleşim alanlarının harita görünümü.....	33
Şekil 2. Katılımcıların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı durumu.....	67

VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

- AFAD Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
- AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezlik Sendromu)
- AP Aile Planlaması
- ASM Aile Sağlığı Merkezi
- BM Birleşmiş Milletler
- BMGK Birleşmiş Milletler Genel Kurulu
- CSÜS Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı
- CYBE Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
- DSÖ Dünya Sağlık Örgütü
- GYA Geçici yerleşim alanları
- HIV Human İmmunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Eksikliği Virüsü)
- MISP Minimal İnitial Servis Package (Minimum Başlangıç Hizmet Paketi)
- MÖ Milattan Önce
- MS Milattan Sonra
- OKS Oral Kontraseptif Haplar
- RİA Rahim İçi Araç
- SKA Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları
- TNSA Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
- TSH Temel Sağlık Hizmetleri
- TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu
- UNPFA United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
- ÜS Üreme sağlığı

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime olan katkılarından dolayı başta tez danışmanım Prof. Dr. Tacettin İnandı olmak üzere Prof. Dr. Cahit Özer'e, Prof. Dr. Nazan Savaş'a, Dr. Öğr. Üyesi Evrim Aslan'a ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Erdem'e teşekkür ederim.

Dr. Ahmet UZUNTAŞ

Hatay / 2024

VIII. ÖZET

DEPREM SONRASI ANTAKYA GEÇİCİ YERLEŞİM ALANLARINDA 15-49 YAŞ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNE ERİŞİMİ-2023

Amaç: Aile planlaması, anne, çocuk ve toplum sağlığını ilgilendiren önemli bir konudur. Bu çalışmanın amacı, deprem sonrası Antakya geçici yerleşim alanlarındaki 15-49 yaş kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanımı, erişimi ve ihtiyaçlarının karşılanma durumlarını araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışma gözlemsel, analitik ve kesitsel bir anket araştırmasıdır. Araştırma, Hatay'ın Antakya ilçesinde deprem sonrası geçici yerleşim alanlarında yaşayan 15-49 yaş arası evli kadınları kapsamaktadır. Antakya'da bulunan 65 geçici yerleşim alanının 55'inden 494 kadına ulaşılmıştır. Katılımcılar, her yerleşim alanından 40 haneye bir katılımcı olacak şekilde ilk kişi rastgele seçilmiş ancak daha sonra sistematik bir seçim yapılamamıştır. "Sosyodemografik özellikler" ile ilgili 9 soru, "Gebelik ve doğurganlık özellikleri" ile ilgili 26 soru, "Gebeliği önleyici yöntem kullanımı" ile ilgili 10 soru ve "Aile planlaması hizmetlerine erişimi" ile ilgili 7 soru olmak üzere toplam 52 soru sorulmuştur.

Bulgular: Araştırmada yaş ortalaması $33,5 \pm 7,1$ olan 494 kadına ulaşılmıştır. Katılımcıların %69,6'sı herhangi bir yöntem, %51,8'i modern yöntem kullanmaktadır. En sık kullanılan yöntem %25,3 ile geri çekme olup, bunu %18,8 ile Ria ve %16,1 ile erkek kondomu izlemektedir. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı %16,6, modern karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ise %31,1 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %7,7'si gebe olup bunların %57,9'u gebeliği istememiştir. Katılımcıların %34'ü kendiliğinden, %11'i ise isteyerek düşük yapmıştır.

Sonuç: Katılımcıların beşte birinin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ve üçte birinin modern karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı bulunmaktadır. Çoğu katılımcı, aile planlaması hizmetlerine ulaşmanın zor olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle, aile planlaması hizmetleri öncelikli olarak verilmelidir. Deprem gibi afetlerde kadın sağlığına yönelik farkındalık artırılmalı, kadınlara pozitif ayrımcılık sağlanmalı ve zarar görabilirlikleri azaltılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Antakya, Aile Planlaması, Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, Aile planlaması yöntemleri

XI.ABSTRACT

ACCESS TO FAMILY PLANNING SERVICES FOR WOMEN AGED 15-49 IN TEMPORARY SETTLEMENT AREAS IN ANTAKYA AFTER AN EARTHQUAKE-2023

Aim: Family planning is crucial for maternal, child, and community health. This study examines the use, access, and satisfaction with family planning methods among women aged 15-49 in temporary settlements in Antakya post-earthquake.

Method: This observational, analytical, and cross-sectional survey focuses on married women aged 15-49 living in temporary settlements in Antakya, Hatay, post-earthquake. The study included 494 women from 55 of 65 temporary settlement areas in Antakya. Participants were initially selected randomly from each settlement area, aiming for one participant per 40 households, but systematic selection could not be maintained. The survey consisted of 52 questions: 9 on "sociodemographic characteristics," 26 on "pregnancy and fertility characteristics," 10 on "use of contraceptive methods," and 7 on "access to family planning services."

Results: The study reached 494 women with an average age of 33.5 ± 7.1 . Of the participants, 69.6% used some form of contraception, and 51.8% used modern methods. The most common method was withdrawal (25.3%), followed by IUD (18.8%) and male condoms (16.1%). Unmet family planning needs were 16.6%, and unmet modern family planning needs were 31.1%. Among participants, 7.7% were pregnant, with 57.9% of these pregnancies unwanted. Additionally, 34% experienced spontaneous abortions, and 11% had induced abortions.

Conclusion: One-fifth of participants had unmet family planning needs, and one-third had unmet modern family planning needs. Most participants found accessing family planning services challenging. Therefore, prioritizing family planning services is essential. In large-scale disasters like earthquakes, awareness of women's health should be increased, positive discrimination should be implemented for women, and their vulnerability should be minimized.

Keywords: Antakya, Family Planning, Unmet Family Planning Needs, Family Planning Methods

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Aile planlaması (AP), bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarını sağlamayı hedefleyen bir kavramdır. Bu, çiftlerin sorumlu bir şekilde karar vermeleri ve bu amaçla gerekli bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmalarını içerir. AP, bireylerin üreme haklarını kullanabilmeleri ve istedikleri aile büyüklüğüne ulaşabilmeleri için önemlidir. AP'nin temel unsurları üreme sağlığı (ÜS) ve AP konularında doğru ve kapsamlı bilgiye erişimin sağlanması, çiftlerin ve bireylerin istedikleri doğum kontrol yöntemlerine erişiminin sağlanması, ihtiyaç sahibi herkes için AP hizmetlerine erişim sağlanması, yöntemlerin etkileri ve yan etkileri konularında bilgilendirme yapılıp çiftlerin ve bireylerin kendi kararlarını vermelerinin sağlanmasını içermektedir. AP, toplum sağlığını iyileştirmede önemli bir rol oynar. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi anne ve çocuk sağlığını korur, ekonomik kalkınmayı destekler ve bireylerin yaşam kalitesini artırır (1). Bu nedenle, AP hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bireylerin bu hizmetlere erişiminin sağlanması tüm toplum için faydalıdır.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun (UNPFA-United Nations Population Fund) 2022 Dünya Nüfus Raporu'na göre, her yıl 121 milyon istenmeyen gebelik meydana gelmektedir. Bu gebeliklerin %60,0'ından fazlası kürtajla sonlandırılmakta ve gerçekleştirilen kürtajların %45,0'inin güvenli olmadığı bildirilmektedir (2).

Karşılanmamış AP ihtiyacı, doğurganlıklarını sonlandırmak veya doğumlar arasında daha uzun aralıklar bırakmak isteyen, ancak herhangi bir AP yöntemi kullanmayan cinsel olarak aktif ve doğurgan yaştaki kadınları ifade eder (1). Bu kavram, nüfus politikaları ve AP programlarının etkinliğini değerlendirmek için önemli bir ölçüt olarak kullanılır. Yaşları 15-49 aralığında olan kadınların AP yöntemlerine olan ihtiyaçlarının ne ölçüde karşılandığını belirlemeye yardımcı olur ve

programların başarısını ölçer. Türkiye'de karşılanmamış AP ihtiyacı 1993'ten 2013'e kadar düzenli bir şekilde azalmış ve %15,0'ten %6,0'ya düşmüştür. Ancak 2018'de bu oran tekrar yükselerek %12,0'ye çıkmıştır. Güney bölgesinde ise 2018 yılı için bu oran %13,0 olarak kaydedilmiştir. Raporda, kadınların yaşı, eğitim seviyesi ve refah düzeyi arttıkça AP yöntem kullanımının da arttığı belirtilmektedir (3). Birleşmiş Milletler (BM)'in Dünya AP 2020 raporunda, küresel olarak 1,9 milyar kadın arasında 1,1 milyar kadının AP ihtiyacı olduğu belirtilmiştir. Bu kadınların 851 milyonu modern bir yöntem, 85 milyonu ise geleneksel bir yöntem kullanırken, 172 milyon kadının karşılanmamış AP ihtiyacı (herhangi bir AP yöntemi kullanmadığı) olduğu ifade edilmiştir. Raporda, 15-49 yaş üreme çağındaki her 10 kadından 1'inin karşılanmamış AP ihtiyacının bulunduğu vurgulanmaktadır (4).

BM tarafından 1994 yılında Kahire'de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda ÜS ilk kez tanımlanmıştır. ÜS hizmeti unsurları; AP, anne sağlığı, yasalara aykırı olmayan durumlarda güvenli rahim tahliyesi, cinsellik ve ÜS konusunda eğitim, infertilitenin önlenmesi, üreme yolu enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve uygun tedavisini kapsar (5).

BM tarafından belirlenen 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA), cinsel sağlık ve üreme sağlığına (CSÜS) yönelik önemli hedefler içermektedir. Bu hedeflerden ikisi ÜS ile ilgilidir. Hedef 3.7'de 2030 yılına kadar, AP, bilgilendirme ve eğitime yönelik hizmetlere evrensel erişimi sağlamak ve ÜS'yi ulusal stratejilere ve programlara entegre etmek yer almaktadır. Hedef 5.6'da ise Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programı, Pekin Eylem Platformu ve bunların gözden geçirme konferanslarının sonuçlarına uygun olarak, CSÜS ile üreme haklarına evrensel erişim sağlamak yer almaktadır (6). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın 25. yılı olan 2019'da 170 ülkeden 8000'den fazla delegenin katılımıyla Nairobi Zirvesi gerçekleştirilmiştir. Bu toplantıda 2030 yılına kadar önlenebilir anne ölümünü sona erdirmek, karşılanmamış AP ihtiyacını karşılamak, toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti sona erdirmek amaçlanmıştır (7). Bu kapsamda, CSÜS hizmetlerinin evrensel erişimi sağlanması, toplumsal cinsiyet eşitliği ve insan hakları açısından büyük önem taşımaktadır. Kadınların ve genç kızların CSÜS'e erişimlerinin artırılması, küresel sağlığın ve refahın önemli bir parçasıdır. CSÜS insan hakkı olması, biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlık ihtiyacı olması ve yaşam kurtarıcı olması

nedeniyle afetlerde lüks değil temel ihtiyaçtır. Afetlerde CSÜS; sosyal istikrarsızlık ortamları, kalabalık ortamlar, yetersiz beslenme ve barınma koşulları, doğum kontrol yöntemlerinin yetersizliği, acil doğum hizmetlerine erişimin yetersiz olması, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması hizmetlerine erişimin yetersiz olması nedeniyle özellikle önemlidir (8). Bu nedenle 1995 yılında Afet ve Acil Durumlarda Üreme Sağlığı Kurumlar Arası Çalışma Grubu BM bünyesinde kurulmuş olup, 1996 yılında Asgari İlk Yardım Hizmet Paketi (Minimal Initial Service Package) (MISP) yayınlanmıştır (9).

MISP amaçları ve faaliyetleri kapsamında altı maddelik bir hedef listesi yayınlanmıştır. Bu kapsamda koordinatör belirlenmesi, cinsel şiddeti önlemek, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonları (CYBE) önlemek, aşırı anne ve yenidoğan morbidite ve mortalitesini önlemek, istenmeyen gebelikleri önlemek, kapsamlı CSÜS hizmetlerini planlamak yer almaktadır (9).

Bu çalışmanın amacı deprem sonrası Antakya’da bulunan geçici yerleşim alanlarındaki (GYA) 15-49 yaş kadınların AP yöntem kullanımlarını, yöntemlere erişimlerini, yöntem ihtiyaçlarının karşılanma durumlarını araştırmaktır.

2-GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Planlaması Tanımı ve Amacı

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre AP tanımı, "eşlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları veya kişisel isteklerine ve ekonomik olanaklarına göre çocuk sayılarını ve doğum aralıklarını istedikleri şekilde belirlemelerini sağlamaya yönelik çalışmalar" olarak ifade edilmiştir (10). AP hizmetleri 1978 yılında yayınlanan Alma Ata Bildirgesi'nde temel sağlık hizmetleri (TSH) içerisinde yer almaktadır (11). AP hizmetleri, potansiyel hastalıkları ve ölümleri engellemede, pratik, ekonomik ve basit koruyucu TSH'nin öncüsüdür (12). AP'nin temel hedefi, anne ve bebek sağlığını iyileştirmek, bireyleri doğru bilgiyle donatmak, gebeliği kontrol altına almak için danışmanlık sunmak ve çocuk sahibi olmayı planlayan ailelere rehberlik etmek ve destek olmaktır (13). Eğitim ve uygulama hizmetleri sunmak, gebelik aralıklarını düzenlemek, aşırı doğurganlığı önlemek, istenmeyen gebelikleri engellemek, doğum yaşını planlamak ve hem beden hem de ruhen sağlıklı, mutlu ve eğitilmiş bireyler yetiştirmek AP'nin diğer amaçlarını oluşturur (14, 15).

2.2. Üreme Sağlığı Tanımı

DSÖ'ye göre sağlık "sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmaktadır. ÜS ise "üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması

değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. ÜS cinsiyet ayrımı gözetmeksizin herkesin yaşam boyu süren bir iyilik hali oluşturmayı amaçlayan kapsamlı bir bakış açısını içerir (5).

ÜS bireylerin tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşam sürmeleri, üreme yeteneklerini en etkili şekilde geliştirip özgürce kullanabilmeleri demektir. ÜS hizmetleri ise, ÜS sorunlarını önleyerek ve çözerek bireylerin ÜS’ye katkı sağlayan çeşitli yöntemleri, teknikleri ve hizmetleri içerir. ÜS hizmetleri, güvenli doğum, doğum öncesi ve sonrası bakım, anne sütü desteklenmesi, AP danışmanlığı, eğitim ve iletişim desteği, sorumlu ebeveynlik eğitimi, erkek katılımının artırılması, cinsiyet eşitliği temelli cinsel sağlık, üreme hakları ve sorumluluklarına yönelik bilgi hizmetlerini içerir. Bunlara ek olarak gençlere sağlıklı üreme ve cinsel davranışlar konusunda bilinçlendirme, hizmet ve danışmanlık sunar. Ayrıca tedavi hizmetleri olarak infertilitenin önlenmesi ve uygun yöntemlerle tedavisi, düşüğün önlenmesi ve sonuçlarının tedavisi, üreme sistemi enfeksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi, üreme sistemi kanserlerinin erken tanı ve tedavisi yer almaktadır (16-18). Çoğu müdahalenin maliyet etkili ve ekonomik olduğu düşünüldüğünde, ÜS hizmetlerine yatırım yapmak, evrensel sağlık kapsayıcılığının ayrılmaz bir parçası olarak oldukça mantıklıdır. ÜS müdahaleleri, örneğin doğum öncesi bakım gibi belirli dönemlerde, özellikle belirli nüfus grupları için kritik öneme sahiptir. Bireylerin hayatları boyunca yaptıkları seçimlere bağlı olarak, ÜS ihtiyaçları değişebilir. "Yaşam boyu yaklaşım," bireylerin doğumdan adolesan dönemine, üreme çağına çeşitli evrelerine ve yaşlılık dönemine kadar olan yaşamları boyunca, farklı ve değişen ÜS ihtiyaçları olduğunu kabul eder (6). Türkiye’de ÜS açısından öncelikli sorunlar, anne ölümlerinin ve istenmeyen gebeliklerin yüksek olması, CYBE’nin sıklığının artıyor olması, AP yöntemlerine ulaşımın güç olması ve gençlerin ÜS bilgi düzeylerinin düşük olması olarak söylenebilir (19).

2.2.1. Üreme Sağlığı ve Aile Planlamasının Tarihsel Gelişimi

AP terimi tarihte ilk kez 1916 yılında Margaret Sanger tarafından kullanılmıştır. Sanger, Amerikalı bir kadın hakları savunucusu ve doğum kontrolü aktivisti olarak bilinir. O dönemde, doğum kontrolü ve AP hizmetlerine erişimdeki

eksiklikler nedeniyle kadınların yaşadığı zorluklara dikkat çekmek için bu terimi kullanmıştır. Sanger, doğum kontrolünün yasal olması ve kadınlara erişiminin kolaylaştırılması amacıyla mücadele etmiştir (20). Daha sonrasında 1966 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda (BMGK) AP kavramı "ailelerin kendi büyüklüklerini belirleme hakkı" olarak belirtilmiştir (21). Doğum kontrolü, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Belgelenmiş kontrasepsiyon tarihi, MÖ (Milattan Önce) 3000 yılında Antik Mısır'da kondom kullanımıyla başlar. MÖ 1800'lerde yine Antik Mısır'da timsah dışkısı, bal, sodyum karbonat içeren vajinal tıkaçların kullanıldığı kaydedilir. MÖ 600'lü yıllarda Libya'da silphion bitkisinin doğum kontrolünü sağladığı keşfedilir. MS (Milattan Sonra) 1600'lerde Avrupa'da, cinsel yolla bulaşan hastalıkları engellemek amacıyla balık ve hayvan barsaklarından üretilen kondomların kullanıldığı bilinmektedir. Casanova 1730'larda, kuzu bağırsağından üretilen kondomları hamileliği önlemek için kullanmıştır. Charles Goodyear 1844'te ilk plastik kondomu üretmiştir (12). Spermisit ajanların bulunuşu ve kullanımı, 1800'lerin başlarına dayanmaktadır. İlk ticari spermisit ovül, kakao yağı ve kinin sülfat içeren bir formül içermekte olup, bu formül 1885 yılında İngiliz farmakolog Walter Rendell tarafından geliştirilmiştir (13). Tarihsel olarak, rahim içi araçların (RİA) kullanımına dair ilk örnekler Arapların çölde uzun yolculukları sırasında ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda, develerin gebe kalmalarını engellemek amacıyla, deve rahimlerine taş konularak bir tür RİA uygulaması gerçekleştirildiği bilinmektedir (14). RİA'ların tarihinde önemli bir dönemeç olan ilk gerçek RİA, 1809 yılında Dr. R. Ritcher tarafından geliştirilmiştir. RİA gelişiminde önemli adımlardan biri olan bakırlı RİA'ların ortaya çıkışı 1960 yılına dayanır. Bu tarihten sonra, 1996 yılında ise hormon salgılayan RİA'lar geliştirilmeye başlanmıştır (15). Haberlandt 1920'lerde hayvanlara steroid özütleri vererek doğurganlığın baskılandığını gözlemleyerek modern hormonal kontraseptiflerin geliştirilmesiyle ilgili çalışmalara öncülük etmiştir (13). Porto Riko'da Edris Rico Winey tarafından 1956'da yapılan ilk denemenin ardından, 1960'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde doğum kontrol haplarının onaylanmasını takiben içerdikleri progestin ve östrojen miktarları azaltılarak, yan etki ve olası riskler minimize edilmiş ve bu sayede oral kontraseptif haplar (OKS) güvenle kullanılabilecek hale gelmiştir. OKS Türkiye'de de 1965'ten beri kullanılmaktadır. Enjekte edilen kontraseptifler 1950'den itibaren üretilmeye, 1960'lardan sonra doğum

kontrol yöntemi olarak kullanılmaya başlanmış ve 1996'dan itibaren ülkemizde de kullanılmıştır. Amerika'da 1967'de geliştirilen, hormon salgılayan çubuklardan oluşan silastik kapsüller, 1998'de dünya genelinde hizmete girmiş ve Türkiye'de de 2002'den itibaren kullanılmaya başlanmıştır (22). Sterilizasyonun geçmişi, MÖ 63 yılına kadar uzanmaktadır; ancak bu yöntem o dönemde çok yaygın olarak kullanılmamıştır. Hipokrat, kadın sterilizasyonunu ilk defa dile getiren kişidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk tubal bağlama operasyonu ise 1880'de, ileride yüksek riskli gebelik ihtimali olan bir kadında, sezaryen esnasında gerçekleştirilmiştir. Vasektominin bir kontraseptif yöntem olduğunu ilk kez Oschier ifade etmiştir. Ulusal Sağlık Servisi AP Değişiklik Yasası 1972'de, vasektominin diğer kontraseptif hizmetler gibi sağlık yetkilileri tarafından uygulanmasına izin vermiştir (13).

Nüfus politikası, devletin nüfus alanındaki ulusal menfaatlerini korumak için aldığı tedbirlerin ve yaptığı hareketlerin bütünü olarak tanımlanabilir. Başka bir açıdan bakıldığında, nüfus politikası, bir devletin nüfusla ilgili karar ve eylemlerinin tümünü içeren yasama ve yürütme organlarının politikalarını kapsar. Ayrıca nüfus politikası, nüfusun büyüklüğünü, yapısını ve coğrafi dağılımını etkileyen devletin alacağı tedbirlerin tümünü içerir. BM'nin tanımına göre ise, nüfus politikası, nüfusun büyüklüğü, artış hızı, coğrafi dağılımı ve demografik nitelikleri gibi önemli demografik değişkenleri etkileyerek ekonomik, sosyal, demografik, siyasi ve diğer toplumsal hedeflere ulaşmayı amaçlayan tedbir ve programların tümünü içerir (23). "Nüfus planlaması" terimi tam olarak bu şekilde olmasa da Thomas Malthus tarafından ilk olarak 1800'lü yıllarda ifade edilmiştir. Malthus, "Nüfusun Prensibi Üzerine" adlı eserinde, gıda üretiminin doğal kaynaklarla aritmetik olarak arttığı, ancak nüfusun geometrik bir diziyle çoğaldığı fikrini öne sürmüştür. Malthus, bu eğilime dur denilmezse gelecekte dünyanın açlık, yoksulluk ve felaketlerle karşılaşabileceğini savunmuştur (24). Nüfus planlaması şimdiki bilinen modern anlamıyla ilk kez 1960'ların ortalarında kullanılmıştır. Bu terim, doğum kontrolü, AP ve nüfus kontrolü gibi kavramları içeren geniş bir yaklaşımı ifade etmektedir. Daha önceki yıllarda benzer kavramlar kullanılmış olsa da "nüfus planlaması" terimi bu farklı alanları tek bir çatı altında birleştirerek insanların doğurganlık ve nüfus büyümesi üzerinde daha bilinçli kararlar almasını teşvik etmeyi amaçlamıştır. Bugün genel olarak uygulanan üç tür nüfus politikası bulunmaktadır. İlk olarak, nüfus artışını teşvik etmeyi

amaçlayan pronatalist politikalar, gelişmiş ülkelerde, örneğin İsveç, Finlandiya ve Danimarka gibi ülkelerde yaygın olarak gözlemlenmektedir. İkinci olarak, nüfus artış hızını azaltmayı hedefleyen antinatalist politikalar, özellikle nüfusun kalkınma üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu bilinen ülkelerde, örneğin Çin ve Hindistan gibi ülkelerde uygulanmaktadır. Son yıllarda Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde görülen ve nüfusun nitelik ve niceliğini artırmayı hedefleyen politikalar, bu politika alanında bir diğer önemli gruptur (23). İnsanlık tarihi boyunca benimsenen nüfus politikası, genellikle pronatalist politika olmuştur ve nüfus büyüklüğü, bir topluluğun potansiyel saldırılara karşı bir savunma mekanizması olarak değerlendirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerdeki hükümetler, hızlı nüfus artışının kalkınma açısından bir engel oluşturduğunu fark etmeleri üzerine, eski nüfus politikalarını terk edip antinatalist politikaya yönelmişlerdir (25). İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, gelişmiş ülkeler ekonomik ve teknolojik üstünlüğün önemini kavramış, gelişmekte olan ülkelerdeki hızlı nüfus artışı endişe yaratmış ve bu durum batıda nüfus planlaması düşüncesini ortaya çıkarmıştır (26). Bükreş'te 1974 yılında düzenlenen Üçüncü Dünya Nüfus Konferansı, hükümetler arası düzeyde gerçekleştirilen ilk önemli toplantıdır. Bükreş Konferansı, nüfus artış hızını yavaşlatıcı ve doğurganlığı azaltıcı politikaların, sadece yoğun kalkınma çabalarıyla birlikte uygulandığında başarılı olabileceğini vurgulamıştır. Kahire'de 1994 yılında düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda kadınların toplumdaki statülerinin yükseltilmesinin sadece doğurganlığı azaltmakla kalmayıp aynı zamanda yaşamlarının diğer alanlarında olumlu etkiler yaratabileceği vurgulanmıştır. Konferansta, toplumsal cinsiyet eşitliği, eğitim, sağlık gibi konulardaki yatırımların insan haklarını iyileştireceği ve hızlı nüfus artışını dengeleyeceği belirtilmiştir (27). Konferansın sonuçları, 1995 yılında Pekin'de düzenlenen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı'nda büyük bir vurguyla belirtilmiş ve bu çerçevede eylem programları oluşturulmuştur. Eylem programlarının ana konuları arasında; kalkınma ve nüfus arasındaki ilişki, kadınların güçlendirilmesi, kadına yönelik şiddetin önlenmesi, cinsiyet eşitliği ve adaletin sağlanması, AP bulunmaktadır (28).

Kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri, 1960'lı yıllarda küresel düzeyde geniş bir ilgi ve endişe uyandırmıştır (17). Bükreş'te 1974 yılında düzenlenen ilk Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'ndan

itibaren, nüfus planlaması çalışmaları tıbbi olmaktan ziyade sosyal, ekonomik ve politik boyutları da içerecek şekilde başlamıştır. Meksika'da 1984 yılında gerçekleştirilen İkinci Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda, nüfus planlaması programlarının değerlendirilmesi sonucunda, sosyoekonomik ve politik temellere dayanan programlardan uzaklaşarak, bireyin sağlığını ve haklarını vurgulayan yeni bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu değişimle birlikte, isteyen istediği kadar çocuk yapmasını hedefleyen bir "AP" anlayışına geçilmiştir. Yeni yaklaşımla birlikte, anne ve çocukları sağlıklı yaşatma amacını da içeren geniş kapsamlı programlar ortaya çıkmış, bu da "ana çocuk sağlığı ve AP" kavramının kullanılmasına neden olmuştur (29). ÜS kavramı 1980'lerde kullanılmaya başlanmıştır (17). Kahire'de 1994'te gerçekleştirilen konferansta yaşam kalitesini artırmak ve sürdürülebilir sosyal ve ekonomik büyüme ile gelişimi desteklemek adına üreme hakları, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların güçlendirilmesinin önemine vurgu yapılmıştır. Konferansın çıktıkları, daha sonra 1995 yılında Pekin'de düzenlenen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı'nda bir kez daha vurgulanmış ve bu konferanslar sonrasında, 2015 yılına kadar uygulanmak üzere bir dizi öneriyi içeren bir eylem programı hazırlanmıştır. Eylem programını kabul eden ülkeler arasında Türkiye de bulunmaktadır (29). UNFPA, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Kahire'den 25 yıl sonra düzenlenen "Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı 25 Nairobi Zirvesi'nde, dünyada anne ölümlerinin azaldığı ve toplumsal cinsiyet eşitliğinde ilerleme kaydedildiği belirtilmiştir. Ancak, bu başarıların yeterli olmadığı vurgulanarak 2030 yılına kadar dört temel hedef belirlenmiştir: Sıfır önlenebilir anne ölümü, sıfır karşılanmamış AP ihtiyacı, sıfır cinsiyete dayalı şiddet ve gençlere haklar bağlamında öncelik ve önem verilmesi. Ayrıca, kapsamlı cinsellik eğitime ve genç dostu eğitime erişimi garanti etmek, her düzeyde kaliteli eğitime ve uygun becerilere erişimi sağlamak için gerekli koşulları yaratmak ve bu konuda ulusal hükümetleri desteklemek gerektiği ifade edilmiştir (7, 16). Bir diğer uluslararası sözleşme olan "Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığı Önlenmesi Sözleşmesi" de doğurganlığın düzenlenmesinin bireyin özgürce vereceği bir karar olduğunu ve sağlık hakkı ile üreme hakları kapsamında bu imkanların bireye sunulması gerektiğini belirtmektedir (30, 31).

2.3.Aile Planlaması

2.3.1. Aile Planlamasının Önemi

AP, TSH içinde kritik bir rol oynamaktadır. Gebeliği önleyici yöntemlerin yeterince kullanılmaması, bir dizi sağlık ve sosyal soruna neden olabilmektedir (10). AP, devlet güvencesindeki koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir unsuru olarak öne çıkmaktadır. Bu hizmet, istenmeyen gebelikleri, istenmeyen düşükleri ve sık doğum kaynaklı anne ve çocuk sağlığı sorunlarını azaltmada kilit bir rol oynar. AP, kadınların doğumlarını kontrol etme özgürlüğü sağlayarak sadece sağlıklarını ve doğurganlıklarını korumakla kalmaz, aynı zamanda yaşam kalitelerini artırır. Ayrıca, çocukların sağlığını geliştirir, onlara uygun gıda, giysi, barınma ve eğitim fırsatları sunar. AP, toplumun sosyal ve ekonomik açıdan gelişmesine katkıda bulunur. Nüfusun kontrol altında tutulmasıyla çevre kaynaklarının (su, toprak, yiyecek....) yükünün azaltılması, toplumun eğitim ve sağlık hizmetlerinin yükünün azaltılmasına da katkı sağlar (21).

2.3.2. Aile Planlamasının Faydaları

AP istenmeyen gebelikleri önleyerek eğitim ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı sınırlayarak toplumun ve ekonominin gelişmesine katkı sağlar. Ayrıca AP hizmetleri sayesinde toplumun yaşam kalitesi ve refah düzeyleri yükselmektedir (32). AP'nin bu sayılanlar dışında birçok farklı yararları da bulunmaktadır. Kısaca bunlar;

- AP, çiftlere gebelikleri arasındaki zamanı özgürce ve bilinçli bir şekilde planlama imkânı sunar (33),
- Anne ve bebek ölümlerinin azalmasını sağlar (34),
- Düşüklerin önlenmesini sağlar (35),

- AP, gebelik aralıklarının uzamasına yol açarak doğum sayılarını azaltır ve sağlıklı doğan bebek sayısını artırır. Bu durum, bebeklerin yeterli süre anne sütü ile beslenmesine olanak tanır, bu da çocuklarda beslenme bozukluklarının ve enfeksiyon hastalıklarının azalmasına katkıda bulunur, aynı zamanda zekâ düzeyinin gelişmesine olumlu etki eder (36),
- AP merkezlerinin kurulması ve hizmetlerin geliştirilmesi, yüksek riskli gebelik kaynaklı hastalıkların tanısına katkıda bulunmaktadır (34),
- Kadının gebe kalma korkusu ortadan kalktığı için, çiftler arasında sağlıklı ve daha güvenli bir cinsel yaşamın oluşmasını mümkün kılar (37),
- AP, erken yaşta ve ileri yaşta riskli gebeliklerin azalmasına katkı sağlar (35),
- AP, hızlı nüfus artışının ekonomik gelişme, beslenme, konut durumu, eğitim ve çevre koşullarına olan olumsuz etkilerini azaltarak toplumsal iyileşmeye katkıda bulunur (33),
- AP, kadınların ileri yaşta gebeliklerini önleyerek, bebeklerde doğuştan gelen anormallikler, prematürite, gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı gibi sorunların ortaya çıkma olasılığını azaltır (35),
- AP, beklenmeyen ve istenmeyen gebeliklerin ve bu gebeliklerden doğan çocukların neden olduğu mali yükleri önleyerek ekonomik açıdan katkıda bulunur ve toplumun genel yaşam kalitesini artırır (33),
- AP hizmetleri, anemi ve buna bağlı sağlık sorunlarını, zorlu doğumlarla ilişkili komplikasyonları, annenin tükenme sendromunu, gebelikte ilgili hipertansiyon ve diyabeti, ayrıca jinekolojik şikayetleri önleyebilir (36),
- Kondom gibi uygulamalarla CYBE'nin kontrol edilmesine ve önlenmesine katkı sağlar,
- Ailelerini planlamayı başaran çiftler, daha az fiziksel, duygusal ve finansal zorluk yaşarlar. Bu durum, kişisel gelişimleri ve aile gelişimleri için daha fazla zaman, enerji ve ekonomik fırsata sahip olmalarını sağlar. Bu, toplumsal refahın ve ekonominin güçlenmesine katkıda bulunabilir (33).

2.3.3. Türkiye’de Aile Planlaması ile İlişkili Politika ve Yasal Düzenlemeler

Cumhuriyetin ilk kurulduğu zamandan 1965 yılına kadar olan dönemde ülkemizde nüfus arttırıcı politikalar izlenmiştir. Bu kapsamda bilerek ve isteyerek çocuk düşürmek ve düşürtmeye sebep olmak 1926 tarihli Türk Ceza Kanunu’nda ağır ceza kapsamına alınmıştır (38). Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930 yılında yürürlüğe girmiş olup, nüfus artışını teşvik eden politikaların temelini oluşturur (39). Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle, doğum kontrol yöntemlerinin engellenmesi ve gebeliği sonlandıracak her türlü malzemenin üretimi, ithalatı, kullanımı, dağıtımı ve teşviki yasaklanmıştır (40). Çocuk yapmak teşvik edilmiş ve ödüller verilmiş, gebeliğin önlenmesi veya tahliyesi ise tıbbi gerekçeler dışında yasaklanmıştır. Özellikle 1950 yılından sonra nüfus artışının ülkenin kalkınmasına ve gelişmesine zarar vereceği düşünülerek AP ve nüfus planlaması gündeme gelmiştir. Ayrıca bu dönemde doğurganlığın yüksek olması anne ölümlerini ve bebek ölümlerini de beraberinde getirmiştir. Anne ölümlerinin 1965 öncesi en önemli sebeplerinden biri, gebeliği önleme ve sonlandırma yöntemlerinin yasaklanması ve böylece kadınların steril olmayan koşullarda gebelik sonlandırma işlemlerine başvurusudur. Bu sebepler göz önünde bulundurularak AP hizmetleri ile ilgili yeni bir yasal düzenleme yapılması gündeme gelmiştir. AP hizmetleri ile ilgili ilk yasal düzenleme 1965 yılında çıkarılan 557 sayılı “Nüfus Planlanması Hakkında Yasa” dır. Bu yasa ile AP politikalarının yürütülmesi, hizmetlerin örgütlenmesi ve geliştirilmesi sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Bu yasa çerçevesinde, AP yöntemleri hakkında bilgi ve eğitim verilmesi, cerrahi sterilizasyon yöntemleri dışındaki tüm AP yöntemlerinin sunulması ve yalnızca tıbbi nedenlerle istemli düşük ve cerrahi sterilizasyona izin verilmesi gibi konular yasal bir temele oturmuştur (41). Bu yasa ile AP hizmetleri ülke genelinde yaygın kullanıma girmiş olsa da daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda istemli düşüklerin sayısının yeterli düşüş göstermediği gözlenmiştir. Ayrıca steril olmayan koşullarda gerçekleştirilen gebelik sonlandırma işlemlerinin neden olduğu anne ölümlerinde beklenen düşüş gözlenmemiştir. Bu sebeplerden ötürü 1983 yılında 2827 sayılı İkinci Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiş 1984 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu yasaya göre; hamilelikleri on haftaya kadar isteğe bağlı olarak

sonlandırma, on haftanın üzerindeki gebelikleri tıbbi nedenlerle sonlandırma, RİA uygulamasını hemşire ve ebelerin gerçekleştirebilmesi, erkek ve kadınlara gönüllü cerrahi sterilizasyon izni verilmiştir (42, 43).

İkinci Nüfus Planlaması Kanunu hala geçerli olsa da ülkemizde 2002 yılından itibaren aile politikalarında yeni bir aşamaya geçilmiştir. Bu yeni dönemde, toplumumuzdaki aile kurumunun önemine vurgu yapılarak, ailenin bütünlüğünü koruma ve devam ettirme hedefi benimsenmiştir (44). Bu prensibe göre, 2007-2013 dönemini kapsayan Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, dengeli ve sürdürülebilir kalkınma amacına ulaşmak için nüfusun eğitim, sağlık ve insan gücü açısından niteliklerinin artırılması, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve bu alanlardaki eşitsizliklerin giderilmesinin nüfus politikasının ana hedeflerini oluşturduğu ifade edilmektedir (45). Bu bağlamda, Türkiye'nin nüfusu azaltıcı ve kontrol edici politikadan “nüfusun nitelik ve niceliğini” iyileştirmek amacıyla uygulanan nüfus politikasına doğru geçiş yaptığı gözlenmektedir (23). Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda özellikle kadınların çalışma hayatını göz önünde bulundurarak, toplam doğurganlık hızının aşamalı olarak artırılmasını amaçlayan politikaların oluşturulması hedeflenmektedir. Bu plan çerçevesinde, doğum izni haklarının geliştirilmesi, kreş ve çocuk yuvası gibi hizmetlerin teşvik edilmesi, esnek çalışma imkanlarının sağlanması önerilmektedir (46).

2.3.4. Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Kullanımını Etkileyen Bazı Faktörler

AP yöntemi kişilerin doğumlarını kontrol etmek için izledikleri yol veya kullandıkları araç-gereçler olarak tanımlanabilir. Üreme hakkı, bireylerin çocuk sahibi olma konusunda zamanlama, sayı ve aralığı özgürce belirleme hakkını içerir. Bu amaçla kullanılan doğum kontrol yöntemlerine kontraseptif yöntemler denir (47). AP

yöntemleri kadına ait, erkeğe ait; geçici, kalıcı; modern ve geleneksel yöntemler ile acil kontrasepsiyon yöntemleri olarak sınıflandırılabilir. Kadına ait geçici yöntemler, bırakıldığında gebe kalınabilen yöntemleri içerir ve bu yöntemlere hap, RİA, iğne, implant, kadın kondomu, diyafram, spermisitler örnek verilebilir. Kalıcı yöntem ise uygulandıktan sonra gebe kalınmasını engelleyen tüp ligasyonudur. Erkeğe ait geçici yöntemler kondom ve geri çekme iken, kalıcı yöntem ise vazektomidir (48). Geleneksel yöntemler genellikle doğal yöntemleri içerirken, modern yöntemler teknoloji ve bilimin ilerlemesiyle ortaya çıkan çeşitli doğum kontrol araçlarını içermektedir. Modern yöntemler arasında kadının tüplerinin bağlanması, erkeğin kanallarının bağlanması, hap, RİA, enjeksiyon, deri altı implantları, kadın ve erkek kondomu, emzirme ve diyafram gibi çeşitli teknolojik ve bilimsel gelişmelerle ortaya çıkan doğum kontrol araçları bulunmaktadır. Geleneksel yöntemler ise takvim yöntemi ve geri çekme gibi daha doğal ve teknoloji gerektirmeyen yöntemleri içermektedir. Bu sınıflandırma, çiftlere ihtiyaçlarına ve tercihlerine göre uygun doğum kontrol yöntemlerini seçme imkânı tanımaktadır (41). Acil kontrasepsiyon yöntemleri, korunmasız cinsel ilişki, muhtemel kontraseptif başarısızlık endişeleri, kontraseptiflerin yanlış kullanımı ve cinsel saldırı sonrasında gebeliği önlemek amacıyla başvuru alan geçici kontrasepsiyon yöntemleridir. Bu yöntemler arasında bakırlı RİA ve acil kontraseptif haplar yer almaktadır (49).

AP ihtiyaçları, bireylerin kişisel koşullarına, çocuk sayısı ve doğumların aralığının belirlenmesi gibi değişen çocuk doğurma tercihlerine bağlı olarak çeşitlenir. Doğum kontrol yöntemlerinin güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır. Sunulan seçeneklerin çeşitliliği, farklı yöntemlerin yerel olarak mevcudiyetine ve ulaşılabilirliğine bağlı olarak değişiklik gösterir (50). Kontraseptif yöntem kullanmama nedenleri arasında şunlar bulunur: AP yöntemlerinin sınırlı çeşitliliği, özellikle gençler, daha yoksul kesimler veya evlenmemiş bireyler arasında doğum kontrolüne sınırlı erişim, korku veya yan etki deneyimleri, kültürel veya dini düşünceler, hizmetlerin kalitesiz olması, kullanıcı ve sağlayıcı önyargısı, cinsiyete dayalı engeller, seyrek cinsel aktivite, yetersiz danışmanlık veya kontrasepsiyon hakkında bilgi eksikliği vb. (51-53). Ayrıca kişilerin evli olup olmadıkları, evlilik süreleri, yaşları, ekonomik gelir durumları, dini tercihleri, gebelik ve canlı doğum

sayıları yöntem kullanıp kullanmama ve hangi yöntemi kullanacaklarına karar vermede etkili faktörlerdir.

2.3.5. Dünyada Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanım Durumu

AP yöntemlerinin kullanımı ve bu yöntemlere erişim, küresel sağlık alanında düzenlenen önemli bir hedefi temsil eder. Bu hedef, Türkiye'nin de aralarında bulunduğu BM'ye üye 193 ülke tarafından kabul edilen SKA içinde yer almaktadır. SKA'nın 3. amacı, sağlıklı ve kaliteli bir yaşamın herkes için güvence altına alınmasını hedeflemektedir. Özellikle, 3.7 numaralı hedef, "2030 yılına kadar cinsel sağlık ve AP'yi içeren ÜS hizmetlerine, bu konudaki bilgiye ve eğitime evrensel erişimin sağlanması, ayrıca ÜS' nin ulusal stratejilere ve programlara entegre edilmesi" nin önemini vurgulamaktadır (54).

Dünya genelinde 1990 yılında üreme çağındaki kadın sayısı 1,3 milyar iken, bu rakam 2021'e gelindiğinde %46,0 artarak 1,9 milyara ulaşmıştır. AP ihtiyacı duyan kadın sayısı aynı dönemde %62,0'lik bir artışla 0,7 milyardan 1,1 milyara yükselmiştir (55).

Dünya genelinde, 2021 itibarıyla modern kontraseptif kullanan kadın sayısı 874 milyon, geleneksel yöntem kullanan kadın sayısı ise 92 milyondur. Aynı yılda, karşılanmayan AP ihtiyacı olan kadın sayısı ise 164 milyondur. Modern doğum kontrol yöntemlerini tercih eden kadınların sayısı 1990'da 467 milyon iken, 2021'de bu sayı neredeyse iki katına çıkarak 874 milyona ulaşmıştır. Modern yöntem kullanım yüzdesi 1990'da %35,0 iken, 2021'de %45,0'e yükselmiştir (4).

Geleneksel doğum kontrol yöntemlerini tercih eden üreme çağındaki kadınların sayısı 1990 yılında 84 milyon iken, 2021'de bu sayı 92 milyona çıkmıştır. Ancak, oran %6,0'dan %5,0'e düşmüştür. Aynı dönemde AP ihtiyacı karşılanmayan

üreme çağındaki kadınların sayısı 147 milyondan 164 milyona yükselmiştir, ancak bu grup içindeki oran %11,0'den %8,0'e düşmüştür (4).

Dünya genelinde 2021 yılında yöntem kullanan kadınların %90,0'ı modern doğum kontrol yöntemlerini tercih etmiştir. Doğu ve Güneydoğu Asya (%87,0), Avustralya ve Yeni Zelanda (%85,0), Latin Amerika ve Karayipler (%83,0) ile Avrupa ve Kuzey Amerika (%80,0) bölgeleri, hamilelikten kaçınmak isteyen kadınlar arasında modern doğum kontrol yöntemlerinin en yaygın olarak tercih edildiği bölgelerdir. Bu bölgelerde gebelikten korunmak isteyen kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem kullanmayan kadınların oranı %9,0 ile %12,0 arasında, geleneksel yöntem kullanan kadınların oranı ise %3,0 ile %10,0 arasında değişmektedir. Avrupa ve Kuzey Amerika'da geleneksel yöntemlerin nispeten daha fazla kullanılması sebebiyle modern yöntem kullanım oranı diğer üç bölgeye kıyasla daha düşük kalmıştır. Hamilelikten kaçınmak isteyen kadınlar arasında modern yöntemlerin en düşük oranda kullanıldığı bölgeler Sahra altı Afrika (%56,0) ile Avustralya ve Yeni Zelanda hariç Okyanusya (%52,0) olarak öne çıkmaktadır. Bu bölgeler, diğer bölgelerle karşılaştırıldığında, hamilelikten kaçınmak isteyen kadınların daha büyük bir oranının herhangi bir yöntem kullanmamayı tercih ettiği görülmektedir (sırasıyla %37,0 ve %38,0). Kuzey Afrika ve Batı Asya ile Orta ve Güney Asya'da, hamilelikten kaçınmak isteyen kadınlar arasında diğer bölgelere kıyasla geleneksel yöntemleri tercih eden kadınların oranı daha yüksektir (sırasıyla %15,0 ve %12,0) (4).

Tüm dünyada 25-44 yaş arasındaki kadınlar arasında hamilelikten kaçınmak isteyenlerin oranı ve doğum kontrol yöntemi kullananların oranı en yüksek seviyededir. Avustralya, Yeni Zelanda, Latin Amerika ve Karayipler, Doğu ve Güneydoğu Asya ile Avrupa ve Kuzey Amerika bölgeleri, 25-44 yaş arasındaki kadınlar arasında yüksek oranda doğum kontrol yöntemi kullanımına sahip bölgelerdir. Son iki bölgede geleneksel yöntemlerin kullanımı diğer bölgelere göre daha yüksektir (4).

Dünya genelinde kadın tüplerinin bağlanması yöntemi doğum kontrol yöntemlerini kullananların %23,0'ü tarafından en yaygın tercih edilen yöntemdir. Bunu erkek kondomu %22,0 ile takip etmektedir. Ancak evli olan ve olmayanlar ayrı değerlendirildiğinde oranlar değişmektedir. Evli olanlar arasında neredeyse yarıya

yakını (%48,4) uzun etkili ya da kalıcı yöntemleri tercih etmekteyken evli olmayanlar ise kısa etkili yöntemleri büyük oranda (%69,1) tercih etmektedir. Evli kadınların %25,2'si kadın tüplerinin bağlanması en sık tercih etmiştir. Evli olmayan kadınların %36,8'i erkek kondomunu tercih etmiştir. Kadın tüplerinin bağlanması dünya genelinde 1995 yılından 2020 yılına kadar %29'dan %23'e düşmesine rağmen en sık kullanılan yöntem olmaya devam etmektedir (4).

2.3.6. Türkiye'de Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanım Durumu

Türkiye genelinde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) verilerine göre herhangi bir yöntem bilen kadınların oranı 2018 yılı itibarıyla %99,5, herhangi bir modern yöntem bilme oranı yine aynı yıl için %99,4 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada herhangi bir geleneksel yöntem bilme oranı ise %87,7 olarak bulunmuştur. Modern yöntem ve herhangi bir yöntem bilme oranları 2003 yılından 2018 yılına gelindiğinde fazla bir değişim göstermezken, geleneksel yöntem bilme oranı ise %97,7'den %87,7'ye düşmüştür. En çok bilinen üç yöntem 1993 yılında sırasıyla RİA, hap ve geri çekme olurken 2018 yılına gelindiğinde ise hap, RİA ve tüplerin bağlanması olmuştur (56).

TNSA 2018 çalışmasına göre herhangi bir yöntem kullanan kadınların oranı %69,8, modern yöntem kullananların oranı %48,9 ve geleneksel yöntem kullananların oranı ise %20,9 olarak bulunmuştur. Aynı yıldaki çalışmada hiç yöntem kullanmayanların oranı %30,2 olarak bulunmuştur. Türkiye'de 1993-2013 yılları arasında herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı %62,6'dan %73,5'e yükselmiştir. Ancak, bu oran 2018 yılına geldiğinde %69,8'e gerilemiştir. Aynı dönemde evli kadınlar arasında geleneksel yöntem kullanımı yaygınlığı %28,1'den %20,9'a düşerken, modern yöntem kullanım yaygınlığı ise %34,5'ten %48,9'a yükselmiştir (3, 57). En sık kullanılan üç yöntem 2018 yılında sırasıyla geri çekme

(%20,4), kondom (%19,1) ve RİA (%13,7) olarak bulunmuştur. Son 25 yıldaki değişime bakıldığında geri çekme ve RİA kullanım yüzdeleri düşerken, kondom kullanım oranı ise artmıştır. Geri çekme yöntemi kullanım oranı 1993'ten 2013'e kadar hemen hemen aynı seviyede kalırken, 2013'ten 2018'e gelindiğinde %5,1'lik düşüş gözlenmiştir. RİA kullanımı 2003 yılına kadar her beş yılda bir %1'lik bir artış gösterirken, 2003 yılından itibaren sürekli düşerek %6,5'lik bir düşüş gözlenmiştir. Kondom kullanımı ise 2003 yılında %6,6'dan 2018 yılına gelindiğinde %19,1'e yükselerek yaklaşık 3 katı kadar artmıştır. Diğer yöntemler arasında tüplerin bağlanması aynı yıllar arasında neredeyse 5 kat artmış ve %2,9'dan %10,4'e yükselmiştir. Yöntem kullanmayanların oranı 2013 yılına kadar sürekli azalırken 2018 yılına gelindiğinde %26,5'ten %30,2'ye yükselmiştir (56).

Türkiye'de gebeliği önleyici yöntem temin edilen yerler kabaca üç bölümde incelenebilir; kamu, özel ile diğer kurum ve kuruluşlar. Kamu kurumları devlet hastaneleri, aile sağlığı merkezleri, şehir hastaneleri, toplum sağlığı merkezleri, doğum evleri ile eğitim ve araştırma hastanelerini içermektedir. Özel sektör; özel doktor, özel hastane/poliklinik ve eczaneleri kapsamaktadır. Diğer kurum ve kuruluşların içerisinde üniversite hastaneleri, gönüllü sivil toplum kuruluşları ile market ve dükkanlar yer almaktadır. Son 25 yılda en çok gebeliği önleyici yöntem temin edilen yer kamu sektörü olmuştur. Ancak 2008 yılına kadar kamu sektöründen temin etme oranı sürekli artarken 2008 yılından itibaren önce %56,0'ya daha sonra 2018 yılında da %52,0 ye gerilemiştir. Özel sektörden temin etme oranı sürekli bir azalmayla %43,0'ten %36,0'ya düşmüştür. En dikkat çekici gelişme ise diğer kuruluşlardan yöntem temin etme oranlarında gözlenmiştir. Diğer kuruluşlardan gebeliği önleyici yöntem temin etme oranı 1993 yılında %2,0 iken 2018 yılına gelindiğinde %13,0 olmuştur (58). Tüplerin bağlanması yöntemi çoğunlukla kamu sektöründen sağlanırken özel sektörün temin etme oranı son 25 yılda sürekli artarak %16,0'dan %32,0'ye yükselmiştir. RİA yönteminin kamu kuruluşlarınca temini giderek azalsa da %60,0'ından fazlası halen bu sektörden sağlanmaktadır. Son 10 yıl içerisinde hap yönteminin kamu sektöründen temin oranı iki kat, iğne yönteminin temin oranı ise üç kattan fazla artış göstermiştir. Kondom yönteminin kamu kuruluşlarından temini yavaş bir azalma gösterirken bu oranın özel sektörde düşüşü daha hızlı olmuştur. Özellikle

diğer kuruluşlardan bu yöntemin temin edilmesi büyük bir artış göstererek %5,0'ten %30,0'a yükselmiştir (59).

UNFPA verilerine göre 1990 yılında Türkiye'de üreme çağında bulunan kadın sayısı 13,5 milyondur. Bu sayı 2022 yılına gelindiğinde yaklaşık iki katına çıkmış ve 22 milyon olarak bulunmuştur. Türkiye genelinde 2022 itibariyle 15-49 yaş arası herhangi bir yöntem kullanan kadınların oranı %71,2, modern yöntem kullananların oranı %49,2'dir. Geleneksel yöntem kullananların oranı ise %22,0 olarak bulunmuştur. Türkiye genelinde herhangi bir yöntem kullanımı 1990'dan 2022 yılına kadar %10,2, modern yöntem kullanım oranı ise %16,5 oranında artış gösterirken, geleneksel yöntem kullanım oranı %6,5'lik düşüş göstermiştir (60).

2.3.7. Aile Planlaması Danışmanlığı

AP danışmanlığı; AP hizmetleri için başvuran kişinin nitelikli sağlık çalışanlarından kendisine en uygun hizmeti kendi kararı doğrultusunda seçmesine yardımcı olmak olarak tanımlanabilir. Danışmanlıkta danışılan kişinin yeterli bilgi birikimine sahip olması, danışanların sorunlarına ilgili olması, iyi iletişim becerilerine sahip olması önemlidir. Danışman yönlendirici olmamalı, son kararı danışan kişiye bırakmalıdır. Danışılan konuda danışanın kendisinin bilinçli karar vermesine yardımcı olunmalıdır (61).

Danışmanın iyi bir danışmanlık hizmeti sunması için bazı özelliklere sahip olması gerekir (61). Kısaca bunlar;

- Önyargısız bir tutum sergilemelidir
- Saygılı ve kibar olmalıdır
- Başvuranın durumuna uygun terminolojiyi kullanabilmeli
- Anlatılanları doğru anladığını doğrulamalı

- Soru sormaları için cesaretlendirmeli
- Endişeleri anlamalı ve kapsamlı açıklamalar yapmalı
- Dinleme sürecinde etkin olmalı
- Beden dilini anlamalı ve kendi beden dilini açık iletişim için kullanmalı
- Sesinin tonunu uygun ve etkili bir şekilde kullanmalıdır.
- Etkili iletişim ortamı oluşturmalıdır.
- Gerektiğinde sevk yapabilmelidir.

Danışmanlık sürecinde dikkat edilmesi gereken hususlar “KAYNAK” kelimesinin harflerinden oluşturulan bir dizi önerme ile düzenlenmektedir (62). Bunlar ise;

- Karşılıyarak selamlama,
- Alaka göstererek soru sorma,
- Yöntemler hakkında bilgi verme
- Ne tür yöntem seçeceğine yardımcı olma
- Açıklayıcı bilgi verme
- Kontrole çağırma

AP’ye özgü üç tür danışmanlık yöntemi vardır. Bunlar genel danışmanlık, yönetime özgü danışmanlık ve izlem danışmanlığıdır. Genel danışmanlık hizmetinde hizmet alacak kişiye, üreme sistemi anatomisi ve fizyolojisi hakkında kısa bir bilgi sunulur ve ardından tüm AP yöntemleri görsel materyaller eşliğinde ayrıntılı bir şekilde açıklanır. Bu açıklamalar, hizmet alanın yöntem seçimine yönelik karar vermeden önce bilgilendirilmesini sağlar. Yönteme özel danışmanlık, bireyin belirli bir AP yöntemini tercih ettiğinde alacağı danışmanlığı ifade eder. Danışman, seçilen yöntemin çalışma prensibi, etkinliği, avantajları ve dezavantajları hakkında bilgi verirken, bireyin düşüncelerini paylaşmasına ve tercihlerini açıklamasına yardımcı olur. İzlem danışmanlığı, bireyin AP yöntemini kullanmaya devam etme motivasyonunu artıran ve sürekli kullanımını teşvik eden bir süreçtir. Bu süreçte, bireye yöntemi kullanmaya devam etme konusunda destek sağlanırken, yöntemle ilgili herhangi bir sorun varsa çözümü için gerekli bilgiler verilir (62).

Türkiye'de AP yöntemleri hem devlet hem de özel sektörde her düzeyde sunulmaktadır. AP'yle ilgili tüm yöntemlere ilişkin danışmanlık hizmetleri, bu alanda eğitim almış sağlık personeli tarafından sağlanmaktadır. Türkiye'de AP hizmeti sunan yerler arasında toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, hastanelerin AP klinikleri ve ana çocuk sağlığı ve aile poliklinikleri bulunmaktadır (62).

2.4. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı

AP ihtiyacı ile kullanımı arasındaki farkı inceleyen ilk çalışmalar 1960'larda başlamış olup, karşılanmamış AP ihtiyacı kavramı ilk kez 1970'lerin sonunda Westoff (1978) tarafından kullanılmıştır. Karşılanmamış AP ihtiyacının büyüklüğü bir dizi algoritma ile hesaplanmaktadır. Bu algoritma, 1990'lardan itibaren yapılan bazı düzeltmelerle geliştirilmiştir (63). Bugün Türkiye ve dünya genelinde yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında, "karşılanmamış AP ihtiyacı", 2012'de Bradley ve ekibi tarafından güncellenen tanım kullanılarak belirlenmektedir (64). “Gebe olmayan, doğum sonrası geçici kısırlık döneminde olmayan, doğum yapabilme yetisine sahip olan ve bir sonraki doğumu 2 veya daha fazla yıl sonraya ertelemek veya doğurganlığı sonlandırmak isteyen fakat herhangi bir gebeliği önleyici bir yöntem kullanmayan, veya yanlış zamanda veya istenmeyen mevcut gebeliği olan, veya doğum sonrası geçici kısırlık döneminde olan ve son 2 yıl içindeki son doğumlarını istememiş veya daha sonra istemiş olan kadınların oranı” karşılanmamış AP ihtiyacı olarak ifade edilmektedir (3). DSÖ'ye göre, karşılanmamış ihtiyacı olan kadınlar, doğurgan ve cinsel olarak aktif olmalarına rağmen herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmayan ve daha fazla çocuk istemediklerini veya bir sonraki çocuğu ertelemek istediklerini belirten kadınlardır. Karşılanmamış ihtiyaç kavramı, kadınların üreme niyetleri ile doğum kontrol davranışları arasındaki farka işaret etmektedir (65).

Her yıl gerçekleşen istenmeyen gebelikler, temel bir insan hakkının korunmasında küresel bir başarısızlığı göstermektedir. Dünya genelinde 2015-2019 yılları arasında her yıl yaklaşık 121 milyon istenmeyen gebelik yaşanmakta, bu da tüm

gebeliklerin %48,0'ini oluşturmaktadır. İstenmeyen gebelik oranları, kürtaja izin verilen ülkelerde daha düşük olma eğilimindedir. Yüksek anne ölüm oranları ile yüksek istenmeyen gebelik oranları arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. İstenmeyen gebeliklerin rahim tahliyesi ile sonuçlanma oranı 1990'lerden günümüze gelindiğinde %10,0 artarak %61,0'e yükselmiştir. Tahmini olarak tüm rahim tahliyelerinin %45,0'inin güvenli olmadığı düşünüldüğünde, bu durum bir halk sağlığı acil durumu olarak nitelendirilebilir (2).

2.4.1. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacının Sonuçları

Karşılanmamış AP ihtiyacının bir bölgede yüksek olmasının sonucunda istenmeyen gebeliklerin ve isteyerek düşüklerin artması kaçınılmazdır. İsteyerek düşüklerin sağlıksız koşullarda yapılması sonucunda düşük sonrası gelişen komplikasyonlar nedeniyle anne sağlığı tehlikeye girmektedir. Sonuçta anne ölümleri artmaktadır. Ayrıca istenmeyen gebelikler sonucunda doğum meydana gelse de annenin çocuğuna verebileceği şefkat ve sevgi azalmakta genel olarak sağlıksız nesillerin yetişmesine sebep olmaktadır (59).

İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması, dünyada önemli bir sorun teşkil etmektedir. Çünkü yasal kısıtlamalar ve yasaklar nedeniyle, çoğu zaman düşükler yasadışı ve güvensiz koşullarda gerçekleşmekte ve sonuçta ölüme kadar varan ciddi riskler taşımaktadır. ÜS açısından, düşük sonrası bakım ve AP hizmetlerinin sunulması son derece önemlidir. İstenmeyen gebeliklerin ve güvensiz düşüklerin önlenmesinde sağlanan düşük sonrası bakım ve AP hizmetleri, anne ölümlerini, sakatlık ve hastalıkları önemli ölçüde azaltabilir (66). Dünyadaki ana sorun "sağlıksız koşullarda gerçekleştirilen düşükler" iken, Türkiye'deki sorun ise "tekrarlayan düşükler" olarak öne çıkmaktadır. Tekrarlayan düşükler, AP ihtiyacının karşılanmamasının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (67). İsteyerek

gerçekleştirilen düşükler, karşılanmamış AP ihtiyacının varlığını göstermesi açısından önemlidir. Türkiye’de 2018 yılında yapılan nüfus ve sağlık araştırmasına göre, evli kadınların %12’si karşılanmamış AP ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde evli kadınların %15’i en az bir kez, son beş yılda gerçekleşen gebeliklerin ise %6’sı isteyerek düşükle sonuçlanmıştır. Yüz gebelik başına isteyerek düşük hızı, 1993’te 18 iken, 2018’de 6’ya düşmüştür (3). Kadınların isteyerek düşüğü bir doğum kontrol yöntemi olarak görmesi, sağlıklarını riske atmalarına neden olabilir. Bu nedenle, özellikle isteyerek düşük yapan kadınların bu kararı almalarının arkasındaki nedenlerin belirlenmesi, kadınların ihtiyaçlarını doğru anlayarak gerekli hizmetleri sunmak açısından önemlidir. Bu yaklaşım, hizmet gereksinimlerini belirlemede faydalı olabilir (67).

2.4.2. Dünya’da ve Türkiye’de Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı Durumu

UNFPA verilerine göre 2022 yılında karşılanmamış herhangi bir yöntem ihtiyacı oranı %9,3, modern yöntem ihtiyacı ise %31,3’tür. Yine aynı verilere göre 1990 ile 2022 yılları arasında karşılanmamış herhangi bir yöntem ihtiyacı olan kadınların oranı %5,8, modern yöntem ihtiyacı olan kadınların oranı ise %12,1 oranında azalma göstermiştir (60).

Türkiye genelinde 2018 yılında yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre, araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen doğumların %15,0’i istenmeyen, %11,0’i ise daha sonra meydana gelmesi tercih edilen gebeliklerdir. Türkiye’de, 15-49 yaş aralığındaki evli kadınların %70,0’i gebeliği önleyici yöntemler kullanmaktadır. Bu kadınların %49,0’u herhangi bir modern yöntem kullanmaktadır. Kadınların %4,0’ünün doğumların arasını açmak için, %8,0’inin doğumları sonlandırmak için karşılanmamış AP ihtiyacı vardır (3). Türkiye’de 2013 yılına kadar sürekli azalan karşılanmamış AP ihtiyacı 2018 yılına gelindiğinde bir önceki beş yıla

göre iki kat artmıştır (3, 40, 68, 69). Dolayısıyla, bu artışın nedenlerini anlamak için karşılanmamış AP ihtiyacını etkileyen faktörlerin incelenmesi gerekmektedir.

2.5. Aile Planlaması Hizmetlerinde Kullanımı Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetlerinin kullanım davranışını anlamak için bu davranışı etkileyen faktörlerin araştırılması, sağlık düzeyi göstergelerindeki farklılıkların nedenlerini belirlemekte önemli rol oynamaktadır. Bu araştırmalar, sağlık hizmeti kullanımını teşvik etmek için uygulanacak politikaların oluşturulmasında da yol gösterici olmaktadır (70, 71). Sağlık hizmetlerini kullanmada etkili olan faktörlerin sosyoekonomik, fiziksel, kültürel ve demografik unsurlar olduğu ifade edilmektedir (72).

Sağlık hizmetlerinin kullanımını açıklamak için Andersen tarafından 1968 yılında geliştirilen modele göre sağlık hizmetleri kullanımı temelde “hazırlayıcı ya da kişisel”, “kolaylaştırıcı” ve “gereksinim” ya da “ihtiyaç” faktörleri olmak üzere üçe ayrılmaktadır (73-77). Bu faktörler, bireylerin yaşadığı toplumun kültürü, sosyal ve ekonomik yapısı, kişilerin bilgi, tutum ve inançları gibi kişisel özellikleri, sağlık hizmetlerinin fiziksel, ekonomik ve sigorta kapsamındaki ulaşılabilirliği, aile yapısı ve kullanıcının sağlık durumu ile algılanan sağlık düzeyinden kaynaklanmaktadır.

Hazırlayıcı faktörler, kişilerin sağlık hizmeti kullanma eğilimlerini belirleyen ve kişilik özelliklerine dayanan etmenlerdir (74, 78). Hazırlayıcı faktörler, bireylerin sağlık hizmeti kullanma eğilimlerini etkileyen demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, geçmişte yaşanan hastalıklar), sosyoekonomik (eğitim, etnik köken, mesleki statü, gelir) ve sağlık hizmetlerine ilişkin tutum ve davranış özelliklerini kapsar. Bu faktörler, doğrudan etkilememekle birlikte, dolaylı olarak daha fazla sağlık hizmeti kullanımını teşvik eder (71, 78, 79).

Kolaylaştırıcı faktörler, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için gerekli olan olanakları ifade eder. Bu faktörler, hizmetlerin kolay erişilebilir olması, yeterli kaynakların bulunması, hizmete hızlı ulaşılabilmesi ve maliyetlerin düşük olması gibi unsurları içerir. Bu koşullar sağlandığında, sağlık hizmetleri toplum tarafından daha sık ve etkin bir şekilde kullanılabilir (80, 81). Bireylere tıbbi hizmet kaynaklarını daha erişilebilir kılan bu unsurlar, hane halkı ve toplumsal düzeyde olmak üzere iki başlık altında sınıflandırılmaktadır. Aile gelir düzeyi, sağlık sigortasının mevcut olup olmaması ve kapsamı, düzenli ve yeterli bir gelir kaynağına sahip olma, bu kaynağı erişim durumu ailesel düzeyde kolaylaştırıcı unsurlar arasında yer almaktadır. Bunun dışında, sağlık personelinin ve tıbbi kuruluşların nüfusa oranı, sağlık hizmetlerinin maliyeti, bir ülkenin bölgelerinin gelişmişlik seviyesi arasındaki farklılıklar ile kırsal/kentsel özellikler toplumsal düzeydeki kolaylaştırıcı unsurlar arasında değerlendirilmektedir (73, 78).

Sağlık ihtiyacı faktörleri, algılanan ve değerlendirilen olarak ikiye ayrılmaktadır. Algılanan/Hissedilen gereksinim, birey tarafından belirlenen sağlık gereksinimi olarak tanımlanmaktadır. Bu gereksinim, kişilerin duygu, düşünce ve algıları sonucunda ortaya çıkmaktadır. Algılanan sağlık gereksinimi, bireylerin kendi sağlık gereksinimleri hakkındaki görüş ve algılamalarıyla sınırlı olduğundan, bireyler farkında olmadıkları herhangi bir sağlık sorununu veya sağlık hizmetini gereksinim olarak algılamayabilirler. Bu nedenle algılanan sağlık gereksinimi bazen öznel gereksinim olarak da adlandırılmaktadır (73, 78, 82). Ayrıca, hastalık algısı kişilerin bireysel özelliklerine, topluluklara ve kültürlere göre değişiklik gösterebilir. Değerlendirilen sağlık ihtiyacı, sağlık uzmanları veya profesyonelleri tarafından kişisel bilgi ve becerilerine dayanarak belirlenen sağlık ihtiyacıdır (78, 82-84). Kişi, sağlık hizmetine ihtiyacı olduğunu fark ettiğinde, bu ihtiyacını karşılamak için sağlık hizmeti talebinde bulunur. Ancak talep edilen hizmetin gerekli olup olmadığı veya hangi tür sağlık hizmetinin gerektiği konusunda kararı, bu noktada hekim yapar. Kişinin talebi, uzman bir değerlendirmeye tabi tutulur. Bu süreçte, hekim tarafından belirlenen sağlık hizmeti ihtiyacı, değerlendirilen ihtiyaç olarak adlandırılır (72).

Algılanan sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin planlanması, kullanımı ve talebinde belirleyici bir faktördür. Ancak sosyoekonomik, sosyokültürel ve demografik faktörlerin algılanan sağlık düzeyini etkilemesi, sağlık hizmetlerine

erişimi ve kullanımını da etkileyebilir. Bu faktörler, sağlık ihtiyaçlarının sağlık hizmeti talebine dönüşmesini engelleyebilir. Bu nedenle, rahatsızlığı olan kişilerin birçoğu sağlık hizmeti aramamakta veya alternatif yardım arama kanallarına yönelmektedir (85).

2.6.Afetlerde Kadın Sağlığı

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü' ne göre afet, "Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay." biçiminde tanımlanmaktadır (86). Doğal veya teknoloji kaynaklı afetlerde toplumun çeşitli kesimlerinin- kadınların, erkeklerin, kız ve erkek çocukların, yaşlıların etkilenme şekli ve etkilenme derecesi ile verdikleri tepkiler farklılık gösterebilir (87). Afetler, kadın ve erkeğin toplumdaki statülerine ve toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak farklı etkiler doğurabilir. Bu etkiler özellikle gelişmemiş, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde daha belirgin hale gelir. Toplumsal cinsiyet temel alındığında, kadın sağlığı afet sürecinde biyolojik, fiziksel, sosyal, psikolojik ve kültürel açıdan etkilenebilir (88-90). Sosyolojik ve demografik araştırmalar, önceden var olan toplumsal cinsiyet ve sosyoekonomik eşitsizliklerin genellikle afetlerle arttığını ortaya koymaktadır (8, 88, 89). Normal zamanlarda dahi hizmetlere erişimde kadınlar için adil olmayan durumlar, afet durumlarında daha da artmaktadır (91). Bu adil olmayan durumların artışı; sosyoekonomik düzeylerinin genellikle düşük olması, fiziksel güçlerinin yetersizliği, kadına yönelik şiddetin artması ve ÜS hizmetlerine erişimin kısıtlı olması sebeplerine bağlı olabilir. Ayrıca, gebe kadınlarda erken doğum riski, lohusalarda yetersiz beslenme ve hijyen eksikliğine bağlı enfeksiyon riskinin artması da bu olumsuz etkilere katkıda bulunur (87). Ancak, ÜS hizmetlerinin, özellikle de AP hizmetlerinin, her koşulda kadınlara

ulaştırılması ve önemsenmesi gerekmektedir. Ancak, mevcut çalışmalar ve raporlar, afet durumlarında sağlık tesislerinin ve altyapısının zarar görmesi, sosyal mesafe gereklilikleri, kliniklerin kapatılması, seyahat kısıtlamaları gibi nedenlerle bakım kapasitesinin olumsuz etkilendiğini ve AP hizmetlerine erişimin sınırlı olduğunu ve kadınların etkili AP yöntemlerinin kullanımının azaldığını göstermektedir (92-94).

Afet sonrası kadınların cinsel fonksiyonlarında da aksamalar olabileceği düşünülmektedir. Afetten sonra yaşanan tekrar yaşama korkusu ve yaşam alanlarının değişmesine bağlı olarak cinsel ilişkiden kaçınma, eşler arasındaki iletişim ve doyumun azalmasına yol açabilir (95). Bu nedenle doğal kaynaklı afetlerin ardından, kadınların AP hizmetlerine etkili bir şekilde erişememesi, aile ilişkilerini olumsuz etkileyebilir ve kadın sağlığı ile toplum sağlığı açısından riskli sonuçlara neden olabilir. Afetler sırasında bu ihtiyaçların göz ardı edilmesi, istenmeyen gebeliklerin artmasına, güvenli olmayan kürtajlara, gebelik komplikasyonlarında ve anne-bebek ölümlerinde artışa, cinsel yolla bulaşan hastalıkların, özellikle de Edinilmiş Bağışıklık Yetmezlik Sendromunun (AIDS) yayılmasına ve cinsel şiddet gibi bir dizi olumsuz sonuca yol açabilir (96). AP hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar, istenmeyen gebeliklerin en sık karşılaşılan sebebidir. İstenmeyen gebelikler, kadın sağlığı açısından ciddi bir sorun teşkil eder ve bu tür gebeliklerin yol açtığı komplikasyonlar durumu daha da riskli hale getirebilir. Çünkü istenmeyen gebelikler, artan anne morbiditesi ve gebelik sırasında anne-bebek sağlığı üzerinde oluşabilecek komplikasyonlarla yakından ilişkilidir (92).

2.6.1. Afetlerde Üreme Sağlığı Hizmetleri

DSÖ'ye göre ÜS "üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmaktadır (5). CSÜS insan hakkı

olması, biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlık ihtiyacı olması ve yaşam kurtarıcı olması nedeniyle afetlerde lüks değil temel ihtiyaçtır. Afetlerde CSÜS; sosyal istikrarsızlık ortamları, kalabalık ortamlar, yetersiz beslenme ve barınma koşulları, doğum kontrol yöntemlerinin yetersizliği, acil doğum hizmetlerine erişimin yetersiz olması, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması hizmetlerine erişimin yetersiz olması nedeniyle özellikle önemlidir. Bu nedenle 1995 yılında Afet ve Acil Durumlarda Üreme Sağlığı Kurumlar Arası Çalışma Grubu BM bünyesinde kurulmuş olup, 1996 yılında MISP yayınlanmıştır (9).

MISP amaçları ve faaliyetleri kapsamında altı maddelik bir hedef listesi yayınlanmıştır. İlk olarak sağlık sektörünün MISP' in uygulanmasına liderlik edecek bir kuruluş belirlemesini sağlamak yer almaktadır. Bu kuruluşun ilk yapması gereken sağlık hizmeti sunan tüm kurumlara teknik ve operasyonel destek sağlayacak bir CSÜS Koordinatörü atamaktır. İkinci olarak cinsel şiddeti önlemek ve hayatta kalanların ihtiyaçlarına yanıt vermek yer almaktadır. Üçüncü maddede Human İmmunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Eksikliği Virüsü) (HIV) ve CYBE'leri önlemek ve bunlara bağlı hastalıkları ve ölümleri azaltmak yer almaktadır. Dördüncü maddede aşırı anne ve yenidoğan morbidite ve mortalitesini önlemek yer almaktadır. Beşinci maddede istenmeyen gebeliklerin önlenmesi yer almaktadır. Bunun sağlanması için birinci basamak sağlık kuruluşlarında çeşitli uzun etkili, geri dönüşümlü ve kısa etkili doğum kontrol yöntemlerinin (erkek ve kadın prezervatifleri ve acil doğum kontrolü dahil) bulunmasını sağlamak ilk ve en önemlisidir. Ayrıca mevcut bilgi, eğitim ve iletişim materyalleri ve bilinçli seçim ve rızayı, etkililiği, danışanın mahremiyetini ve gizliliğini, eşitliği ve ayrımcılık yapmamayı vurgulayan doğum kontrolü danışmanlığı da dahil olmak üzere bilgilerin sağlanması gerekmektedir. Tüm bunların gerçekleşmesi için toplumun kadınlar, ergenler ve erkekler için doğum kontrol yöntemlerinin mevcut olduğundan haberdar olmasını sağlamak gerekmektedir. Son maddede kapsamlı CSÜS hizmetlerini planlamak yer almaktadır. Bu madde kapsamında en kısa sürede hizmetlerin birinci basamak hizmetlerine entegre edilmesi gerekmektedir (9).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma gözlemsel, analitik, kesitsel bir anket araştırmasıdır.

3.2. Evren ve Örneklem Seçimi

Bu araştırmanın evrenini Hatay ilinin merkez ilçesi olan Antakya'daki deprem sonrası GYA'da yaşayan 15-49 yaş arası evli kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesabında karşılanmamış AP gereksinimi dikkate alınmıştır. Her 5 yılda bir yapılan TNSA verilerine göre 2018 yılında Akdeniz bölgesinde karşılanmamış AP ihtiyacı oranı yaklaşık %13,0'tür. Araştırma örneklemini OpenEpi yöntemi ile Antakya'da yaşayan 15-49 yaş arası kadın nüfus sayısı 2023 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 73 bin kişi, frekans $\%13 \pm 3$, desen etkisi 1 olarak alındığında %95 güven aralığında 481 kişi olarak belirlendi. Veriler toplanmaya başlanmadan önce Antakya İlçe Sağlık Müdürlüğü ve Hatay AFAD il müdürlüğünden edinilen bilgilere göre Antakya'da toplam 54 geçici yerleşim alanı bulunmaktaydı. Veriler toplanmaya başladığında GYA'da kaç hane olduğu ve toplam kaç kişi yaşadığı bilinmiyordu. Pilot çalışmada gidilen yerleşim alanındaki hane sayıları 300 üzerinde

olduğu için GYA'daki hane sayılarının 300-400 arası olacağı düşünüldü. Buna göre örneklem sayımız olan 481'i kapsaması için 40 haneye 1 katılımcı alındığında ulaşılan kişi sayısının 432 ile 540 kişi olacağı hesaplandı.

Eğer her GYA'da 300 hane olduğu düşünülürse;

$300/40=7,5$ (8 katılımcı) 8×54 (Toplam GYA sayısı) =432 katılımcıya ulaşılır.

Eğer her GYA'da 400 hane olduğu düşünülürse;

$400/40=10$ katılımcı 10×54 (Toplam GYA sayısı) = 540 katılımcıya ulaşılır.

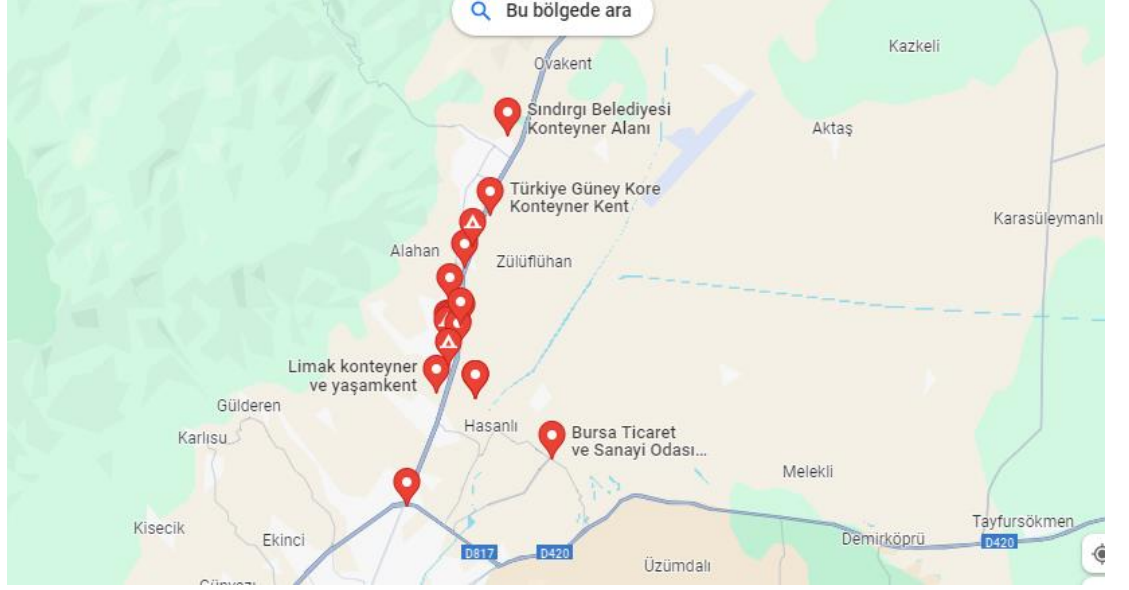
Bu nedenle hanelere verilen numaralara göre 40 haneye bir katılımcı alınması planlandı. Çalışmanın yapıldığı sırada kayıtlarda henüz yer almayan 11 geçici yerleşim alanındaki kadınlarla da görüşüldü. Toplam 65 geçici yerleşim alanından 4'ü ilgili yönetim tarafından izin verilmediği için, 4'ünde aileler kalmadığı için ve 2'sinin adresi bulunamadığı için veri alınamadı. Apaydın, Cezaevi, Tedaş ve Küçükdalyan-2 adlı GYA'da yöneticiler tarafından izin verilmedi. Bursa Çilek, Kavşit hastane, Memurkent ve Rotary adlı GYA'da aileler kalmadığı için görüşme yapılamadı. Antakya Çin ve Alahan-3 adlı GYA'nın adresi bulunamadığı için veri alınamadı. Katılımcılarla görüşülmeden önce her bir geçici yerleşim alanında <https://g.co/kgs/AepZHkh> sitesi aracılığıyla rastgele 1'den 40'a kadar bir sayı belirlenip ilk görüşme o hanedeki kişi ile yapıldı. Daha sonraki görüşmeler belirlenen sayıya 40 eklenerek bulunan sayıdaki haneye görüşme planlandı ancak her hanede 15-49 yaş evli kadın bulunmaması ve bazı hanelerin yer aldığı sokaklarda araştırma kriterlerine uygun kadınların daha az bulunması nedeniyle ilk görüşmeden sonraki görüşmeler sistematik bir şekilde yapılamadı. GYA'da özellikle hane dışında olan 15-49 yaş aralığındaki evli kadınlarla görüşüldü. Her haneden 1 kişi olacak şekilde seçildi. Öncesinde yerleşim alanındaki hane sayılarının tam olarak bilinmemesi, gidilen geçici yerleşim alanındaki hane sayısının o an öğrenilmesi, ilk öğrenilen GYA sayısına göre örneklem sayısına ulaşmanın hedeflenmesi ancak daha fazla GYA olduğunun veri toplama esnasında öğrenilmesi, veri toplanmaya başlanmadan önce pilot çalışmaya göre 300-400 arasında hane sayısının olacağı hesaplanması ama 40 ile 1296 arasında GYA olması nedeniyle belirlenen katılımcı sayısından daha fazla kişi ile görüşüldü. Her GYA'da 40 haneye 1 kişi oluncaya kadar görüşmeye devam edildi. Pilot çalışmada görüşülen kadınlar dahil edilmeyerek toplam 512 katılımcı ile görüşüldü.

Bu katılımcılardan 9'u eşin istememesi, 3'ü kayınbabasının istememesi ve 6'sı çeşitli ev işleri nedeniyle görüşmeyi reddettiği için toplam 494 kişiye ulaşıldı.

Tablo 1. Araştırmanın yapıldığı geçici yerleşim alanları ve buralarda görüşülen kişi sayıları

Geçici Yerleşim Alanının Adı	Görüşülen Kişi Sayısı	Görüşmeyi reddeden kişi sayısı	Hane sayısı
Katar-2	21	-	1296
Bursa Sanayi ve Ticaret Odası	20	-	990
İSO	20	-	1000
Bursa-Kütahya	19	-	765
Büyükdalyan	19	-	920
Emlak konut	18	-	896
Koç	17	-	1040
571 Kıyamder	13	-	571
Katar-4	13	-	500
Kızılay	11	-	540
Savunma Sanayi	11	-	450
Stadyum-2	11	-	468
Kore	10	-	495
Küçükdalyan-1	10	-	500
Ovakent	10	-	500
Serinyol Yeşilova	10	-	378
Serinyol-Kışla	10	-	192
Ciner	9	-	100
Konya-1	9	-	400
Mobsan-432	9	-	432
Alahan	8	-	160
Alahan.2	8	-	360
Antakya Manisa OSB	8	-	78
Aso Kisecik	8	-	200
Erzurum.Yakutiye	8	-	360
İGA	8	-	350
İhtiyaç Haritası	8	-	269

Katar-1	8	-	620
Katar-3	8	-	250
Kocaeli	8	-	293
Konya-2	8	-	284
Limak	8	-	178
Mobsan-350	8	-	236
Mobsan-88	8	-	81
Paşaköy	8	-	350
Polis okulu	8	-	284
Serinyol Atatürk	8	-	80
Alahan 2 Mkü	7	-	300
Antakya Belediyesi Günyazı	7	-	197
Bursa-Umuda Koşanlar	7	-	101
Güzelburç	7	-	320
Haraparası	7	-	254
Ilıca	7	-	259
Stadyum-1	7	-	258
Konya-3	6	-	183
Aksa	5	-	38
İzmir	5	2	188
Aziziye Dadaşkent	4	2	101
Palandöken	4	2	40
Üçgedik	4	2	158
Sındırgı	3	2	100
Tapu-kadastro	3	3	84
Ekinci prefabrik	2	3	109
Yapıcı	2	2	73
Silivri	1	-	75
Toplam	494	18	19704



Şekil 1. Geçici yerleşim alanlarının harita görünümü

Kişilerin çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Kadın olmak
- Evli olmak
- 15-49 yaş aralığında olmak,
- Geçici yerleşim alanında yaşıyor olmak,
- Kişinin araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Anketimizde yer alan yazılı onamdan sonra ankete katılmayı kabul etmesidir.

Katılımcılardan daha rahat anket yanıtları almak amacıyla kişisel bilgilerine anket formunda yer verilmemiş ve imzaları istenmemiştir. Çalışmada hariç tutulma kriterleri ise;

- 15 yaş altında ve 49 yaş üzerinde olması,
- Bekar olması,
- İletişime engel olacak düzeyde işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olması,
- Görüşmeyi kabul etmemesidir.

3.3. Afet Sonrası Durum

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre deprem öncesi 1.686.043 olan Hatay nüfusu deprem sonrası 1.544.640'a düşmüştür (97). Ancak il dışına göç eden nüfusun 500 binin üzerinde olduğu düşünülüyor. Ayrıca il içi yer değiştirmeler de kritik öneme sahip. Genellikle yıkımın çok fazla olduğu ilçe merkezlerinden kırsala ve sağlam kalan merkez dışındaki yerlere doğru hareketlilik olduğu gözlenmiştir (98). Hatay'da yapılan hasar tespit raporlarına göre, deprem sonrası 13,517 bina tamamen yıkıldı. Ayrıca, 8,162 bina acil olarak yıkılmaya ihtiyaç duyarken, 67,386 bina ağır hasarlı olarak belirlendi. Antakya özelinde, 6,369 yapı "yıkık" olarak kaydedildi. Antakya'da acil yıkılması gereken bina sayısı 3,734 iken, 21,830 bina ağır hasar gördü (99).

Antakya ilçesinde deprem sonrası geçici barınma merkezlerinde, düzensiz çadır toplulukları hariç olmak üzere, yaklaşık 63 bin kişi kalmaktadır. Bu süreçte konteyner kentlerin yapımı devam etmekte olup, yaklaşık 380 bin kişinin bu konteynerlere yerleşebileceği tahmin edilmektedir (98).

Çalışmanın yapıldığı tarihte Hatay'da iç ulaşım konusunda ciddi sıkıntılar mevcuttu. GYA'dan kamu hizmetlerine, günlük ihtiyaçlara ve sosyal yaşam olanaklarına erişim konusunda toplu ulaşım başlatılmış olmasına rağmen, bu hizmetler oldukça yetersizdi. Duraklara erişim, bekleme süreleri ve erişilebilen yerler açısından ciddi eksiklikler yaşanıyordu (98).

Deprem öncesi Hatay'da toplam 196 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) hizmet veriyordu. Deprem sonrası bu merkezlerden 57'si ya yıkıldı ya da ağır hasar aldı. Bu ASM'lerden sadece biri onarıldı, 35'i ise farklı yerlere taşındı. Antakya'da deprem öncesi 43 ASM bulunmaktaydı. Deprem sonrası bu merkezlerin 28'i yıkılmış veya ağır hasar almış durumda. Sağlam kalan ASM'lerin birinde İl Sağlık Müdürlüğü, diğerinde ise İlçe Sağlık Müdürlüğü hizmet vermeye başlamıştır (98).

Hatay'da deprem sonrası sağlık hizmetleri ciddi şekilde etkilenmiştir. Yıkılan sağlık birimleri arasında Antakya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Hatay İl Sağlık

Müdürlüğü, Hatay Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Altınçay Semt Polikliniği, Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ek Binası, Antakya 8 No'lu Acil Sağlık Hizmetleri Birimi, Özel Defne Hastanesi, Özel Akademi Hastanesi ve Özel Yaşam Cerrahi Tıp Merkezi bulunmaktadır. Hasar gören hastaneler ise İskenderun Devlet Hastanesi'nin yeni binası, Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi'dir. Deprem sonrası aktif çalışan devlet hastaneleri ise Dört Yol, Reyhanlı, Arsuz, İskenderun (yeni bina), Yayladağı, Altınözü, Samandağ, Erzin, Kırıkhan ve Hassa'da bulunmaktadır. Yeni yapılan hastane Defne Devlet Hastanesi'dir. Faaliyet gösteren özel hastaneler ise Mozaik, Gelişim, Palmiye ve MMT Amerikan hastaneleridir (98).

Deprem sonrası Hatay'da koruyucu sağlık hizmetleri ciddi şekilde zarar görmüştür. Özellikle bağışıklama programları, düzenli sağlık izlemleri, topuk kanı testleri, AP hizmetleri, kanserin erken tanısı, evde bakım hizmetleri, bulaşıcı hastalık kontrolü ve sağlık eğitimi gibi birçok hizmet önceliğini kaybetmiş durumdadır. Çalışmanın yapıldığı tarihte, bu hizmetlerin büyük bir kısmı ya aksamakta ya da tamamen durmuş durumda olup, yeniden yapılandırılması ve devamlılığının sağlanması büyük önem taşımaktadır (98).

Deprem sonrasında, diğer koruyucu sağlık hizmetlerinde olduğu gibi aşılama da büyük ölçüde aksadı. Bazı ASM'ler aşılama hizmeti vermeye devam etse de, soğuk zincir kurallarını uygulamakta zorluklar yaşanmaktadır. Aşıların saklanması ve taşınması için gerekli soğuk zincir sistemlerinin kesintiye uğraması nedeniyle, genellikle aşılar, aşı olmak isteyen kişilere günlük olarak temin edilmektedir. Bu durum, aşılama hizmetlerinin sürekliliğini ve etkinliğini ciddi şekilde etkilemektedir (98).

Deprem sonrası Hatay'da izlem hizmetlerinde ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Gebe ve lohusa izlemleri ile bebek ve çocuk izlemleri, düzenli programlara göre değil, başvuruya dayalı olarak gerçekleştirilmektedir. Bu durum, özellikle hassas grupların sağlık takibinde büyük aksaklıklara yol açmaktadır. Çocuklarda beslenme olanaklarının yetersizliği ve beslenme düzenlerindeki değişiklikler nedeniyle malnutrisyon riski önemli bir sağlık sorunu olarak öngörülmektedir. Bu hem besinlerin temin edilmesindeki zorluklar hem de mevcut kaynakların yetersizliği ile ilişkilidir.

Deprem sonrası ortamda, çocukların yeterli ve dengeli beslenme imkanlarına ulaşması daha da zorlaşmıştır, bu da sağlık sorunlarının artmasına neden olabilir. (98).

Deprem sonrası AP hizmetleri de ciddi şekilde aksadı. Hatay'da, sınırlı sayıda ASM ve GYA'da kondom dağıtımı yapılmaktaydı. Ancak, OKS ve RİA gibi AP araçları hiçbir ASM'de bulunmuyordu (98).

Bu alandaki özgün bir çalışma, Mustafa Kemal Üniversitesi Halk Sağlığı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ve Direct Relief tarafından Mersin Çadır Kentinde yürütülen "Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri" çalışmasıdır. Bu çalışmada, AP ve enfeksiyonel kadın hastalıkları için muayene ve tedavi düzenlenmekteydi. RİA uygulamaları koşullar nedeniyle gerçekleştirilemediğinden, Mustafa Kemal Üniversitesi (sahra) hastanesine randevu oluşturulup ulaşım organize edilmeye çalışılmaktaydı. OKS ve kondom dağıtımı mevcut olup, danışmanlık hizmetleri de verilmekteydi. Ayrıca, AP hizmetlerinin tümü ücretsiz olarak karşılanmaktaydı (98).

Deprem sonrası Hatay'da doğum hizmetleri, belirli hastaneler dışında oldukça sınırlıydı. Doğumlar yalnızca Dörtüol Devlet Hastanesi, Reyhanlı Devlet Hastanesi ve özel hastaneler olan Mozaik, Gelişim, Palmiye ve Reyhanlı MMT Amerikan Hastaneleri'nde gerçekleştirilebiliyordu (98). Bu durum, doğum hizmetlerine erişimde ciddi kısıtlamalara neden olmuştur.

Ayrıca, kronik hastalığı olan bireyler için durum daha da zorlayıcıydı. Bu kişiler, sağlık taramaları ve düzenli takip hizmetlerine erişemedikleri için bu ihtiyaçlarını ertelemek zorunda kaldılar. Bu ertelemeler, kronik hastalıkların yönetimi ve tedavisinde aksamalara yol açarak sağlık durumlarını daha da kötüleştirebilir (98).

.

3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Çalışmada Eylül-Ekim 2023 tarihleri arasında GYA'da yaşayan 15-49 yaş aralığındaki kadınlarla yapılandırılmış bir anket aracılığı ile görüşme yapılmıştır.

Ulaşılan katılımcılara gönüllü onay formları hem okutturulup hem de anlatıldıktan sonra onay alınmıştır. Daha sonra katılmaya onay veren kişilere yüz yüze anket yapılmıştır.

Anket Formu araştırmacılar tarafından literatür taranarak yapılandırılmış olup, sosyodemografik özellikler, gebelik ve doğurganlık özellikleri, gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve AP hizmetlerine erişimi olmak üzere toplam 52 sorudan oluşturulmuştur (EK.A). Ankette;

- Birinci bölümde; “Sosyodemografik özellikler” ile ilgili 9 soru,
- İkinci bölümde; “Gebelik ve doğurganlık özellikleri” ile ilgili 26 soru,
- Üçüncü bölümde; “Gebeliği önleyici yöntem kullanımı” ile ilgili 10 soru,
- Dördüncü bölümde; “AP hizmetlerine erişimi” ile ilgili 7 soru bulunmaktadır.

Anketin ön denemesi “Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi kampüsü” içerisinde yer alan Alahan ve yine kampüse yakın konumda bulunan Erzurum-Yakutiye GYA’da toplamda 15 kişiye uygulanmıştır. Yapılan ön denemelerde 12, 14, 16 ve 18. Sorularda bir sonraki soruyu atlayarak cevap verilmesi gerektiğine dair uyarı yazısı eklenmiştir.

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri karşılanmamış AP ihtiyacı, AP hizmetlerine erişim ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı iken; bağımsız değişkenleri ise yaş, eşinin yaşı, öğrenim durumu, eşinin öğrenim durumu, gelir düzeyi, gelir getiren işte çalışma, eşinin gelir getiren işte çalışması, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, gebelik durumu, son 2 yıl ile şu anki gebelikleri isteme durumu, yaşayan çocuk sayısı ve isteyerek düşük yapma olarak belirlendi.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler anketlerden direkt olarak SPSS 22.0 paket programına girilmiş ve gerekli analizler yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, ortanca, en düşük-en yüksek değerleri; sayımla elde edilen veriler ise sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenlerle yüzdelerinin karşılaştırılmasında Ki-kare testi uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde $p < 0,05$ önemli kabul edilmiştir. Yöntem kullanımı ve karşılanmamış AP ihtiyacının güven aralıkları aşağıdaki formülle bulunmuştur.

$$E = (z_c) \left(\sqrt{\frac{pq}{n}} \right)$$

E=Hata payı

Zc=Verilen güven seviyesine karşılık gelen kritik değeri

p ve q= Nokta tahmini

n=Örneklem sayısı

İlgilenilen sonuçlardan herhangi biriyle ilişkili risk faktörleri ve hem risk faktörleri hem de sonuçlarla $p < 0.05$ düzeyinde ilişkili ortak değişkenler, düzeltilmiş olasılık oranları (aOR'ler) ve %95 güven aralıkları (CI'ler) kullanılarak bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Modelin uyumu Hosmer ve Lemeshow uyum iyiliği testi kullanılarak test edilmiştir. Modelin bağımsız değişkenlerle ne kadarının açıklandığı Cox&Sneel ve Nagaelrke testleriyle değerlendirilmiştir.

Demografik ve üreme ile ilgili değişkenlerin kontrasepsiyon kullanımı üzerindeki etkilerini incelemek için lojistik regresyon modelleri oluşturulmuş ve sonuncusu bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. İki değişkenli analizde p-değeri 0.1 veya daha düşük olan ve doğum kontrolü kullanımı ile ilişkili bulunan değişkenler

modele dahil edilmiştir. Sonuçların yorumlanması ve raporlanması için %95 güven aralığı ile düzeltilmiş odds oranları kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın İzinleri

Araştırma için;

- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (EK_B),
- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Akademik Kurulundan (EK_C)
- Hatay Valiliği İl AFAD Müdürlüğü'nden gerekli yazılı izinler alınmıştır (EK_D).

3.8. Araştırmanın Takvimi

Araştırma takvimi tarihsel süreç içerisinde **Tablo 2**'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 2. Araştırmanın Takvimi

Haziran 2023-Eylül 2023	Araştırmanın planlanması
	Literatür taraması
	Anket formlarının oluşturulması
	Gerekli izinlerin alınması
Eylül 2023- Kasım 2023	Verilerin toplanması
	Verilerin bilgisayara aktarılması
	Literatür taraması
Kasım 2023-Ocak 2024	Verilerin analizi
	Literatür taraması
Ocak 2024- Mayıs 2024	Rapor Yazımı

3.9. Araştırmanın Finansmanı

Araştırmanın herhangi bir finansman kaynağından bulunmamaktadır; ulaşım giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Örneklem seçiminde tüm yerleşim alanlarına ulaşarak küme örneklem ile örneklem hedeflenmiş daha sonra yerleşim alanındaki hane sayısına göre tabakalandırılmış ve ilk seçim sistematik bir şekilde rastgele yapılmıştır. Ancak daha sonra sistematik rastgele seçim yapılamayarak gelişigüzel olarak kişiler seçilmiştir. Bu çalışmamızın temsil yeteneğini azaltmaktadır.
- Bu çalışma afet sonrası 6 aydaki durumu gösterir. İlerleyen afet dönemlerinde koşullar farklılaşabilir. Dolayısıyla yorumlarken buna dikkat etmekte fayda vardır.

3. BULGULAR

Çalışmamızda toplamda 494 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcıların yaşları 18 ile 49 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $33,5 \pm 7,1$ olarak hesaplanmıştır. Eşlerin ortalama yaşı $38,4 \pm 7,8$ bulunurken, yaşları 21 ile 65 arasında değişmektedir. Tablo 3'te katılımcıların ve eşlerinin öğrenim seviyeleri ile gelir durumları incelenmiştir. Katılımcıların %3,4'ü okuryazar değilken, %30,2'si en yüksek oranda ilkokul düzeyinde öğrenime sahiptir. Eşlerin öğrenim seviyesine bakıldığında, %1,0'i okuryazar değil ve %29,8'i ilkokul düzeyinde öğrenime sahiptir. Katılımcıların %88,5'i, eşlerinin de %12,3'ü gelir getiren herhangi bir işte çalışmamaktadır. Katılımcıların %68,4 gibi yüksek bir oranı gelirinin giderinden az olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=494)

		Sayı	Yüzde
Öğrenim seviyesi	Okuryazar değil	17	3,4
	Okuryazar	7	1,4
	İlkokul	149	30,2
	Orta okul	121	24,5
	Lise	117	23,7
	Üniversite	83	16,8
Eşinin öğrenim seviyesi	Okuryazar değil	5	1,0
	Okuryazar	6	1,2
	İlkokul	147	29,8
	Orta okul	115	23,3
	Lise	125	25,3
	Üniversite	96	19,4
Gelir getiren işe sahip olma	Evet	57	11,5
	Hayır	437	88,5
Eşinin gelir getiren işe sahip olma	Evet	433	87,7
	Hayır	61	12,3
Gelir gider durumu	Gelir giderden az	338	68,4
	Gelir gidere denk	149	30,2
	Gelir giderden fazla	7	1,4

Katılımcıların gebelik ve evlenme ile ilişkili verileri Tablo 4’te gösterilmiştir. İlk evlenme yaşları 12 ile 41 arasında değişmekte olup, ortalaması $20,3 \pm 3,8$ olarak bulunmuştur. İlk gebelik yaşları 14 ile 36 arasında değişmekte olup ortalaması $21,3 \pm 3,9$ olarak bulunmuştur. Yaşayan çocuk sayılarının ortalaması $2,7 \pm 1,2$ iken, en fazla çocuğa sahip katılımcı sekiz çocuğa sahiptir. Yaşam boyu yapılan isteyerek düşük sayılarının ortalaması $1,3 \pm 0,5$ ve en fazla düşük yapan katılımcı üç düşük yapmıştır. Yaşam boyu yapılan kendiliğinden düşük sayılarının ortalaması $1,6 \pm 1,3$ ve en fazla düşük yapan katılımcı on dört düşük yapmıştır. Yaşam boyu ölü doğum sayısı ortalaması $1,13 \pm 0,52$ olup, en fazla ölü doğum yapan katılımcı üç ölü doğum

yapmıştır. Katılımcıların yaşam boyu doğumdan sonra ölen çocuk sayılarının ortalaması $1,2 \pm 0,4$ olup en fazla doğum sonrası ölüm sayısı ikidir.

Tablo 4. Katılımcıların gebelik ve evlenme ile ilişkili verileri (n=494)

	Ortalama±Standart Sapma	Minimum	Maksimum
İlk evlenme yaşı	20,3±3,8	12	41
İlk gebelik yaşı	21,3±3,9	14	36
Yaşayan çocuk sayısı	2,7±1,2	1	8
İsteyerek düşük sayısı	1,3±0,5	1	3
Kendiliğinden düşük sayısı	1,6±1,3	1	14
Ölü doğum sayısı	1,1±0,5	1	3
Doğum sonrası ölüm sayısı	1,2±0,4	1	2

Tablo 5'te katılımcıların gebelik ve gebelik ile ilişkili özelliklerine dair veriler incelenmiştir. Son iki yıl içinde gebelik deneyimi yaşayan katılımcıların oranı %28,3 olup katılımcıların %33,1'i gebeliklerini istemediğini %4,8'i ise daha sonrasında gebe kalmak istediklerini ifade etmiştir. Gebe olan katılımcıların sayısı 38(%7,7) olup katılımcıların %42,1'i gebeliklerini istemediğini %15,8'i ise daha sonrası için gebelik istediğini belirtmiştir. Gebe katılımcıların %26,3'ünün düzenli gebelik takibi yaptıramadığı, %10,5'inin gebelikte gerekli ilaçlara ulaşamadığı, %26,3'ünün gebelikte olması gereken aşıları yaptıramadığı, %7,9'unun gebelikte alması gereken destek vitaminleri alamadığı ve %42,1'i beslenmesine dikkat edemediği bulunmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların gebelik ve gebelikle ilişkili durumları

		Sayı	Yüzde
Son iki yıl içinde gebelik	Evet	145	29,4
	Hayır	349	70,6
	Toplam	494	100
Son iki yılda gebelik isteği	İstiyor	90	62,1
	İstemiyor	48	33,1
	Daha sonra istiyor	7	4,8
	Toplam	145	100
Gebelik durumu	Evet	38	7,7
	Hayır	456	92,3
	Toplam	494	100
Gebelik isteği	İstiyor	16	42,1
	İstemiyor	16	42,1
	Daha sonra istiyor	6	15,8
	Toplam	38	100
Gebeliğin düzenli izlemi	Evet	28	73,7
	Hayır	10	26,3
	Toplam	38	100
Gebelikte aşı yapılması	Evet	28	73,7
	Hayır	10	26,3
	Toplam	38	100
Gebelik ilaçlarını alabilme	Evet	34	89,5
	Hayır	4	10,5
	Toplam	38	100
Gebelikte vitamin alabilme	Evet	35	92,1
	Hayır	3	7,9
	Toplam	38	100
Gebelikte beslenmeye özen gösterebilme	Evet	22	57,9
	Hayır	16	42,1

Toplam	38	100
---------------	-----------	------------

Çalışmamızda katılımcıların %94,7'si canlı doğum yaptığını belirtmiştir. Yaşamları boyunca katılımcıların %33,4'ü kendiliğinden, %10,7'si ise isteyerek düşük yaptığını ifade etmiştir. Yaşamları boyunca ölü doğum ve doğum sonrası çocuğunu kaybeden katılımcıların oranı aynı olup %3,0'tür (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların doğum, ölüm ve düşük yapma durumları (n=494)

		Sayı	Yüzde
Canlı doğum	Evet	468	94,7
	Hayır	26	5,3
Kendiliğinden düşük	Evet	165	33,4
	Hayır	329	66,6
İstemli düşük	Evet	53	10,7
	Hayır	441	89,3
Ölü doğum	Evet	15	3,0
	Hayır	479	97,0
Doğum sonrası ölüm	Evet	15	3,0
	Hayır	479	97,0

Tablo 7'de katılımcıların AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma durumu gösterilmiştir. En fazla bilinen yöntem %96,5 ile hap olurken en az bilinen yöntem ise %1,0 ile deri implantı olmuştur.

Tablo 7.Katılımcıların aile planlaması yöntemi hakkında bilgi sahibi olma durumu (n=494)

Aile planlaması yöntemi bilgisi*		Sayı	Yüzde
	Hap	475	96,5
	Ria	471	95,7
	Kadın tüplerinin bağlanması	464	94,3
	İğne	459	93,3
	Erkek kondomu	449	91,3
	Geri çekme	444	90,2
	Takvim	344	69,9
	Deri altı implant	5	1,0

Kısaltmalar; AP: Aile planlaması, Ria: Rahim içi araç. *Çoklu yanıtlar

Tablo 8’de katılımcıların çalışmanın yapıldığı zamanda AP yöntemi kullanım dağılımı incelenmiştir. Herhangi bir AP yöntemi kullananların oranı %69,6 iken modern yöntem kullanım oranı ise %51,8’dir. En fazla kullanılan yöntem %25,3 ile geri çekme olurken en az kullanılan yöntem ise %1,0 ile takvim yöntemi olmuştur. Katılımcıların %89,0’u yöntem kullanma kararı alırken eşleri ile ortak karar almışlardır. Geri çekme yöntemini kullananların %32,0’si, takvim yöntemi kullananların %40,0’ı bu yöntemlerle birlikte modern bir yöntem de kullanmaktadır.

Tablo 8. Katılımcıların çalışmanın yapıldığı zamanda aile planlaması yöntemi kullanma durumu

Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma		Sayı	Yüzde
	Evet	344	69,6
	Hayır	150	30,4
	Toplam	494	100
Modern aile planlaması yöntemi kullanımı	Evet	256	51,8
	Hayır	238	48,2
	Toplam	494	100
Aile planlaması yöntem türü*	Geri çekme	125(85**)	25,3(17,2**)
	Ria	93	18,8
	Erkek kondomu	80	16,1
	Kadın tüplerinin bağlanması	59	11,9
	Hap	20	4,0
	İğne	6	1,2
	Takvim	5(3**)	1,0(0,6**)
Aile planlaması yöntemi kullanma kararı	Birlikte	306	89,0
	Kendisi	22	6,4
	Eşi	16	4,6
	Toplam	344	100

* Çoklu yanıt içeren soru olup tüm katılımcılar (494) arasındaki yüzdeler hesaplanmıştır

**Yalnızca belirtilen yöntemi kullananlar

AP: aile planlaması, Ria: Rahim içi araç

Tablo 9’da katılımcıların kullandıkları yöntem dışında farklı bir yönteme ilişkin düşünceleri yer almaktadır. Herhangi bir yöntem kullanan katılımcıların %28,5’i çeşitli sebeplerle başka bir yönteme geçmek istemektedir. Kullanılan yöntem dışında en çok tercih edilen yöntem %48,5 ile Ria olurken en az tercih edilen yöntem %3,1 ile deri altı implant olmuştur. Kullanılan yöntem dışında istenilen yöntemi kullanmama nedenleri arasında en sık görülen sebep %42,3 ile sağlık kaygısı, ikinci sırada ise %41,2 ile yan etki gelmektedir.

Tablo 9. Katılımcıların kullandıkları korunma yöntemi dışındaki yöntemlere yaklaşımı

Kullanılan yöntem dışında yöntem isteği		Sayı	Yüzde
	Evet	98	28,5
	Hayır	246	71,5
	Toplam	344	100

Kullanılan yöntem dışında istenilen yöntem türü*	Ria	48	48,5
	Hap	25	25,8
	İğne	25	25,8
	Kadın tüplerinin bağlanması	20	20,6
	Erkek kondomu	7	7,2
	Deri altı implant	4	4,1

Kullanılan yöntem dışında yöntem kullanmama nedeni*	Sağlık kaygısı	41	42,3
	Yan etki	40	41,2
	Bulunmuyor/Ulaşma güçlüğü	21	21,6
	Nasıl temin edeceğini bilmiyor	14	14,4
	Eşi istemiyor	12	12,4
	Doktor önermemesi	11	11,3
	Pahalı	7	7,2
	Nasıl kullanacağını bilmiyor	3	3,1
	Diğer	13	13,4

*Çoklu yanıt. Kısaltmalar; Ria: Rahim içi araç,

Tablo 10’da katılımcıların AP yöntemi kullanmama nedenleri gösterilmiştir. Katılımcılar yöntem kullanmama sebebi olarak en sık %22,6 ile gebe olmalarını, ikinci sırada %18,2 ile gebe kalmak istemelerini ve üçüncü sırada %12,6 ile yan etki gelişmesini öne sürmüşlerdir. Yöntem kullanmayan katılımcıların %5,6’sı eşlerinin karşı çıkması sonucu, %4,4 de ulaşma güçlüğü yaşadıkları için yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 10. Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri (n=494)

*Aile planlaması yöntem kullanmama nedenleri		Sayı	Yüzde
	Gebe	36	22,6
	Gebe kalmak istiyor	29	18,2
	Yan etki	20	12,6
	Yeni doğum yapmış/Emziriyor	18	11,3
	Sağlık kaygısı	17	10,7
	Gebe kalması zor/Kısır	17	10,7
	Sık olmayan ilişki	16	10,1
	Cinsel ilişkisi yok	11	6,9
	Menopozda/Histerektomi	10	6,3
	Eşi karşı	9	5,6
	Ulaşma güçlüğü	7	4,4
	Utaniyor	5	3,1
	Pahalı	4	2,5
	Kadercilik	3	1,9
	Kaynak bilmiyor	3	1,9
	Yöntem bilmiyor	3	1,9
	Dini nedenler	1	0,6
	Eşi kısır	1	0,6
	Diğer	11	6,9

*Çoklu yanıt, AP: aile planlaması

Tablo 11’de katılımcıların AP yöntemi kullanma düşüncesine bakışı incelenmiştir. Önümüzdeki bir yıl içinde AP yöntemi kullanma düşüncesine sahip olan katılımcılar %75,9, gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanma düşüncesinde olan katılımcılar %82,6 olarak bulunmuştur.

Tablo 11. Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanma düşüncesine bakışı

		Sayı	Yüzde
Önümüzdeki bir yıl içinde yöntem kullanma düşüncesi	Evet	375	75,9
	Hayır	105	21,3
	Kararsız	14	2,8
	Toplam	494	100
Gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanma düşüncesi	Evet	408	82,6
	Hayır	75	15,2
	Kararsız	11	2,2
	Toplam	494	100

Tablo 12’de katılımcıların AP hizmetlerine ulaşım özelliklerine yer verilmiştir. Katılımcıların %16,6’sı AP hizmetlerine ulaşımın çok zor olduğunu, %56,5’i ise zor olduğunu düşünmektedir. AP hizmetlerinin en sık alındığı yer %25,0 ile devlet hastanesi, ikinci sırada %23,0 ile eczane ve üçüncü sırada ise %22,3 ile aile sağlığı birimi gelmektedir. Katılımcıların en çok temin ettiği yöntem %36,8 ile Ria ve ikinci sırada %29,8 ile erkek kondomu gelmektedir. Katılımcıların %50,8’i AP yöntemini ücretli bir şekilde temin ederken %2,0’si yöntemi eşleri temin ettiği için ücret durumunu bilmediklerini belirtmişlerdir. İsteyerek düşük yapan katılımcıların %43,4’üne düşük sonrası AP hizmetleri hakkında bilgilendirme yapılmıştır.

Tablo 12. Katılımcıların aile planlaması hizmetlerine ulaşım özellikleri

		Sayı	Yüzde
Aile planlaması hizmetlerine ulaşım düşüncesi	Çok kolay	9	1,8
	Kolay	124	25,1
	Zor	279	56,5
	Çok zor	82	16,6
	Toplam	494	100
Aile planlaması hizmetinin alındığı yer*	Devlet hastanesi	64	25,0
	Eczane	59	23,0
	Aile sağlığı birimi	57	22,3
	Özel hastane	39	15,2
	Hasuder gezici ekip	33	12,9
	Bilmiyorum	22	8,6
	Sivil toplum kuruluşu	6	2,3
Aile planlaması hizmeti sonrası temin edilen yöntem*	Ria	95	36,8
	Erkek kondomu	77	29,8
	Kadının tüplerinin bağlanması	61	23,6
	Hap	20	7,7
	İğne	5	1,9
	Toplam	258	100
Aile planlaması yönteminin ücret durumu	Ücretli	130	50,8
	Ücretsiz	121	47,3
	Bilmiyor	5	2,0
	Toplam	256	100
İstemli düşük sonrası aile planlaması bilgilendirme	Evet	23	43,4
	Hayır	30	56,6
	Toplam	53	100

*Çoklu yanıt

Tablo 13'te katılımcıların geçici yerleşim alanındaki doğum yapma bilgileri değerlendirilmiştir. Katılımcıların %6,7'si geçici yerleşim alanına geldikten sonra doğum yapmıştır. Bu doğumlar en sık il dışı ve ilçe devlet hastanelerinde aynı oranda olmak üzere %30,3 olarak gerçekleşmiştir. Doğumların en sık ikinci yapıldığı yer ise %27,3 ile özel hastaneler olmuştur.

Tablo 13. Katılımcıların geçici yerleşim alanındaki doğum bilgileri (n=494)

		Sayı	Yüzde
Geçici yerleşim alanına geldikten sonra doğum	Evet	33	6,7
	Hayır	461	93,3
Geçici yerleşim alanında doğum yapılan yer	İlçe devlet hastanesi	10	30,3
	İl dışı devlet hastanesi	10	30,3
	Özel hastane	9	27,3
	Sahra hastanesi	2	6,1
	Üniversite hastanesi	2	6,1

Son iki yılda gebelik yaşayan katılımcıların %33,1'i gebe kalmak istemediği halde, %4,8'i ise daha sonra istediği halde gebe kalmıştır (Tablo 14). Çalışmanın yapıldığı tarihte gebe olan katılımcıların %42,1'i istememesine, %15,8'i ise daha sonra istemesine rağmen gebe kalmıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihten sonra gebe kalmak istemeyen katılımcıların oranı %66,8 iken ara vermek isteyen katılımcıların oranı ise %2,6'dır. Ayrıca gebe kalma konusunda kararsız olan katılımcılar %6,5 oranındadır.

Tablo 14. Katılımcıların gebeliklerini isteme durumları

		Sayı	Yüzde
Son iki yıldaki gebeliği isteme durumu	İstiyor	90	62,1
	İstemiyor	48	33,1
	Daha sonra istiyor	7	4,8
	Toplam	145	100
Şu anki gebeliği isteme durumu	İstiyor	16	42,1
	İstemiyor	16	42,1
	Daha sonra istiyor	6	15,8
	Toplam	38	100
Gelecekte çocuk isteme Durumu	Başka çocuk istemiyor	330	66,8
	Başka çocuk istiyor	110	22,3
	Karasız bilmiyor	32	6,5
	Ara vermek istiyor	13	2,6
	Gebe kalması mümkün değil	9	1,8
	Toplam	494	100

Katılımcıların ve eşlerinin yaş gruplarına göre çalışmanın yapıldığı zamanda herhangi bir yöntem kullanımı Tablo 15’te gösterilmiştir. Katılımcılardan 15-24 yaş arasında olanların %51,0’i herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Buna karşın diğer yaş gruplarında bu oranlar daha düşüktür (**p=0,003**). Eşleri 45 yaş ve üzeri olan katılımcıların %36,8’i ve buna yakın oranda eşleri 25-34 yaş arasında olanların %36,2’si herhangi bir yöntem kullanmamaktadır (**p=0,016**). İlk evlenme yaşı 12-21 arasında bulunan katılımcıların %27,5’i herhangi bir yöntem kullanmazken 32 yaş ve üzerinde bu oran %62,5 bulunmuştur (**p=0,025**). İlk gebelik yaşı 14-21 arasında bulunan katılımcıların %23,9’u herhangi bir yöntem kullanmazken 30 yaş ve üzerinde bu oran %63,2 bulunmuştur (**p<0,001**).

Tablo 15. Yaş gruplarına göre katılımcıların çalışmanın yapıldığı zamanda herhangi bir yöntem kullanımı (n=494)

		Herhangi bir yöntem kullanımı				Ki kare p
		Evet		Hayır		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Katılımcıların yaş aralıkları	15-24 yaş	24	49,0	25	51,0	11,880 0,003
	25-34 yaş	170	73,9	60	26,1	
	35 yaş ve üzeri	150	69,8	65	30,2	
Eşlerin yaş aralıkları	15-24 yaş	7	70,0	3	30,0	3,541 0,170
	25-34 yaş	97	63,8	55	36,2	
	35 yaş ve üzeri	240	77,1	92	22,9	
İlk evlenme yaş aralıkları	12-21 yaş	256	72,5	97	27,5	7,360 0,025
	22-31 yaş	85	63,9	48	36,1	
	32 yaş ve üzeri	3	37,5	5	62,5	
İlk gebelik yaş aralıkları	14-21 yaş	229	76,1	72	23,9	17,114 <0,001
	22-29 yaş	105	65,2	56	34,8	
	30 yaş ve üzeri	7	36,8	12	63,2	

Katılımcılar ile eşlerinin öğrenim durumlarına göre çalışmanın yapıldığı zamanda herhangi bir yöntem kullanımı Tablo 16’da gösterilmiştir. Okuryazar olmayan katılımcıların %41,2’si herhangi bir yöntem kullanmazken üniversite ve üzeri öğrenime sahip katılımcıların %28,9’u yöntem kullanmamaktadır (p=0,527). Benzer şekilde eşleri okuryazar olmayanların %40,0’ı herhangi bir yöntem kullanmazken üniversite ve üzeri öğrenime sahip katılımcıların %29,2’si yöntem kullanmamaktadır (p=0,907).

Tablo 16. Katılımcıların ve eşlerinin öğrenim durumuna göre çalışmanın yapıldığı zamanda herhangi bir yöntem kullanımı (n=494)

		Herhangi bir yöntem kullanımı				Ki kare p
		Evet		Hayır		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Katılımcıların öğrenim durumu	Okuryazar değil	10	58,8	7	41,2	2,224 0,527
	İlkokul ve öncesi	104	66,7	52	33,3	
	Ortaokul ve lise	171	71,8	67	28,2	
	Üniversite ve üzeri	59	71,1	24	28,9	
Eşlerin öğrenim durumu	Okuryazar değil	3	60,0	2	40,0	0,554 0,907
	İlkokul ve öncesi	104	68,0	49	32,0	
	Ortaokul ve lise	169	70,4	71	29,6	
	Üniversite ve üzeri	68	70,8	28	29,2	

Katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumları ile gelir durumlarına göre çalışmanın yapıldığı zamanda herhangi bir yöntem kullanımı Tablo 17’de gösterilmiştir. Çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında herhangi bir yöntem kullanmayanların oranı birbirine yakın olup sırasıyla %31,6 ile %30,2 bulunmuştur ($p=0,832$). Eşleri çalışan katılımcılar arasında yöntem kullanmayanların oranı eşleri çalışmayan katılımcılara göre daha düşük olup %28,6 olarak bulunmuştur (**$p=0,026$**). Gelirleri az olan katılımcıların %33,1’i yöntem kullanmazken gelirleri yeterli düzeyde olan katılımcılarda bu oran daha düşük olarak %24,6 bulunmuştur ($p=0,139$).

Tablo 17. Katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumu ve gelirlerine göre çalışmanın yapıldığı zamanda herhangi bir yöntem kullanımı (n=494)

		Herhangi bir yöntem kullanımı				Ki kare P
		Evet		Hayır		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Katılımcıların çalışma durumu	Evet	39	68,4	18	31,6	0,045
	Hayır	305	69,8	132	30,2	0,832
Eşlerinin çalışma durumu	Evet	309	71,4	124	28,6	4,946
	Hayır	35	57,4	26	42,6	0,026
Gelir gider durumu	Geliri az	226	66,9	112	33,1	3,889
	Geliri yeterli	118	75,6	38	24,4	0,049

Katılımcıların çocuk sayılarına göre çalışmanın yapıldığı zamanda herhangi bir yöntem kullanım durumları Tablo 18’de gösterilmiştir. Çocuğu olmayan katılımcıların %76,9’u herhangi bir yöntem kullanmazken dört ve üzeri çocuğu olanlarda bu oran %18,5 olarak bulunmuştur (**p<0,001**). Son iki yılda gebe kalan katılımcıların %45,5’i herhangi bir yöntem kullanmazken gebe kalmayan katılımcılarda bu oran %24,1 bulunmuştur (**p<0,001**).

Tablo 18. Katılımcıların son iki yılda gebelik durumlarına ve çocuk sayılarına göre çalışmanın yapıldığı zamanda herhangi bir yöntem kullanımı (n=494)

		Herhangi bir yöntem kullanımı				Ki kare p
		Evet		Hayır		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Çocuk sayısı	Çocuğu yok	6	23,1	20	76,9	50,628 <0,001
	Bir	37	51,4	35	48,6	
	İki	102	69,4	45	30,6	
	Üç	124	79,0	33	21,0	
	Dört ve üzeri	75	81,5	17	18,5	
Son iki yılda gebe kalma	Evet	79	54,5	66	45,5	22,288
	Hayır	265	75,9	84	24,1	<0,001

Katılımcıların AP hizmetlerine ulaşım düşüncesine göre çalışmanın yapıldığı zamanda herhangi bir yöntem kullanımı Tablo 19'da gösterilmiştir. AP hizmetlerine ulaşımın kolay olduğunu düşünen katılımcıların %27,8'i herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. AP hizmetlerine ulaşımın çok zor olduğunu düşünen katılımcıların %50,0'si ve zor olduğunu düşünenlerin %25,8'i herhangi bir yöntem kullanmamaktadır ($p<0,001$).

Tablo 19. Katılımcıların aile planlaması hizmetlerine ulaşım düşüncesine göre çalışmanın yapıldığı zamanda herhangi bir yöntem kullanımı (n=494)

		Herhangi bir yöntem kullanımı				Ki kare p
		Evet		Hayır		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Aile planlaması hizmetlerine ulaşım	Kolay	96	72,2	37	27,8	18,101 <0,001
	Zor	207	74,2	72	25,8	
	Çok zor	41	50,0	41	50,0	

Katılımcıların ve eşlerinin yaş gruplarına göre çalışmanın yapıldığı zamanda yöntem kullanan katılımcıların kullandıkları yöntem türü Tablo 20’de gösterilmiştir. Katılımcılar arasında 15-24 yaş arasında yöntem kullananların %33,3’ü geleneksel yöntem kullanırken 35-49 yaş arasında yöntem kullananların %22,0’si geleneksel yöntem kullanmaktadır (p=0,341). Eşleri 15-24 yaş arasında yöntem kullananların %28,6’sı geleneksel yöntem kullanırken 45 ve üzeri yaş grubunda yöntem kullananlarda bu oran %26,4 bulunmuştur (p=0,452). İlk evlenme yaşı 12-21 arasında olup yöntem kullanan katılımcıların %25,8’i, ilk evlenme yaşı 32 yaş ve üzeri olup yöntem kullanan katılımcıların %33,3’ü geleneksel yöntem kullanmaktadır (p=0,935). İlk gebelik yaşı 14-21 arasında olup yöntem kullananların %25,8’i geleneksel yöntem kullanırken ilk gebelik yaşı 30 yaş ve üzerinde olup yöntem kullananlarda bu oran %14,3 bulunmuştur (p=0,789).

Tablo 20. Yaş gruplarına göre çalışmanın yapıldığı zamanda yöntem kullanan katılımcıların kullandıkları yöntem türü (n=344)

		Kullanılan yöntem türü				Ki kare p
		Geleneksel		Modern		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Katılımcıların yaş aralıkları	15-24 yaş	8	33,3	16	66,7	2,149 0,341
	25-34 yaş	47	27,6	123	72,4	
	35 yaş ve üzeri	33	22,0	117	78,0	
Eşlerin yaş aralıkları	15-24 yaş	2	28,6	5	71,4	2,126 0,345
	25-34 yaş	30	30,9	67	69,1	
	35 yaş ve üzeri	56	23,3	184	76,7	
İlk evlenme yaş aralıkları	12-21 yaş	66	25,8	190	74,2	0,134 0,935
	22-31 yaş	21	24,7	64	75,3	
	32 yaş ve üzeri	1	33,3	2	66,7	
İlk gebelik yaş aralıkları	14-21 yaş	59	25,8	170	74,2	0,474 0,789
	22-29 yaş	27	25,7	78	74,3	
	30 yaş ve üzeri	1	14,3	6	85,7	

Çalışmanın yapıldığı zamanda yöntem kullanan katılımcıların ve eşlerinin öğrenim durumuna göre kullandıkları yöntem türü Tablo 21’de gösterilmiştir. Okuryazar olmayan yöntem kullanan katılımcıların %20,0’si geleneksel yöntem kullanırken üniversite ve üzeri öğrenime sahip yöntem kullanan katılımcılarda bu oran %22,0 bulunmuştur ($p=0,082$). Eşleri okuryazar olmayan yöntem kullanan katılımcıların %33,3’ü geleneksel yöntem kullanırken üniversite üzeri öğrenime sahip yöntem kullanan katılımcılarda bu oran %26,5 bulunmuştur ($p=0,986$).

Tablo 21. Çalışmanın yapıldığı zamanda yöntem kullanan katılımcıların ve eşlerinin öğrenim durumuna göre kullandıkları yöntem türü (n=344)

		Kullanılan yöntem türü				Ki kare P
		Geleneksel		Modern		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Katılımcıların öğrenim durumu	Okuryazar değil	2	20,0	8	80,0	6,706 0,082
	İlkokul ve öncesi	19	18,3	85	81,7	
	Ortaokul ve lise	54	31,6	117	68,4	
	Üniversite ve üzeri	13	22,0	46	78,0	
Eşlerin öğrenim durumu	Okuryazar değil	1	33,3	2	66,7	0,143 0,986
	İlkokul ve öncesi	26	25,0	78	75,0	
	Ortaokul ve lise	43	25,4	126	74,6	
	Üniversite ve üzeri	18	26,5	50	73,5	

Çalışmanın yapıldığı zamanda yöntem kullanan katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumu ve gelirlerine göre kullandıkları yöntem türü Tablo 22’de gösterilmiştir. Çalışmayan yöntem kullanan katılımcıların %26,6’sı geleneksel yöntem kullanırken buna benzer oranda eşleri çalışmayan yöntem kullanan katılımcıların %28,6’sı bu yöntemi kullanmaktadır ($p=0,246$, $p=0,669$). Gelirleri az olan yöntem kullanan katılımcıların %25,7’si geleneksel yöntem kullanırken buna yakın oranda gelirleri yeterli düzeyde olan yöntem kullanan katılımcıların %25,4’ü bu yöntemi kullanmaktadır ($p=0,961$).

Tablo 22. Çalışmanın yapıldığı zamanda yöntem kullanan katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumu ve gelirlerine göre kullandıkları yöntem türü (n=344)

		Kullanılan yöntem türü				Ki kare p
		Geleneksel		Modern		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Katılımcıların çalışma durumu	Evet	7	17,9	32	82,1	1,346
	Hayır	81	26,6	224	73,4	0,246
Eşlerinin çalışma durumu	Evet	78	25,2	231	74,8	0,183
	Hayır	10	28,6	25	71,4	0,669
Gelir gider durumu	Geliri az	58	25,7	168	74,3	0,002
	Geliri yeterli	30	25,4	88	74,6	0,961

Çalışmanın yapıldığı zamanda yöntem kullanan katılımcıların son iki yılda gebe kalmalarına ve çocuk sayılarına göre kullandıkları yöntem türü Tablo 23'te gösterilmiştir. Çocuğu olmayan yöntem kullanan katılımcıların %50,0'si geleneksel yöntem kullanırken üç ile dört ve üzeri çocuğu olan yöntem kullanan katılımcılar benzer oranlarda olmak üzere sırasıyla %22,6 ve %22,7 oranında bu yöntemi kullanılmaktadır (p=0,459). Son iki yılda gebe kalan yöntem kullanan katılımcıların %30,4'ü geleneksel yöntem kullanırken gebe kalmayan yöntem kullanan katılımcılarda bu oran %24,2 bulunmuştur (p=0,265).

Tablo 23. Çalışmanın yapıldığı zamanda yöntem kullanan katılımcıların son iki yılda gebe kalmalarına ve çocuk sayılarına göre kullandıkları yöntem türü (n=344)

		Kullanılan yöntem türü				Ki kare p
		Geleneksel		Modern		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Çocuk sayısı	Çocuğu yok	3	50,0	3	50,0	3,627 0,459
	Bir	10	27,0	27	73,0	
	İki	30	29,4	72	70,6	
	Üç	28	22,6	96	77,4	
	Dört ve üzeri	17	22,7	58	77,3	
Son iki yılda gebe kalma	Evet	24	30,4	55	69,6	1,240
	Hayır	64	24,2	201	75,8	0,265

Çalışmanın yapıldığı zamanda yöntem kullanan katılımcıların aile planlaması hizmetlerine ulaşım düşüncesine göre kullandıkları yöntem türü Tablo 24'te gösterilmiştir. AP hizmetlerine ulaşımın çok zor olduğunu düşünen yöntem kullanan katılımcıların %48,8'i geleneksel yöntem kullanırken kolay olduğunu düşünen yöntem kullanan katılımcıların %23,0'ü bu yöntemi kullanmaktadır (**p=0,001**).

Tablo 24. Çalışmanın yapıldığı zamanda yöntem kullanan katılımcıların aile planlaması hizmetlerine ulaşım düşüncesine göre kullandıkları yöntem türü (n=344)

		Kullanılan yöntem türü				Ki kare p
		Geleneksel		Modern		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Aile planlaması hizmetlerine ulaşım	Kolay	20	20,8	76	79,2	13,350 0,001
	Zor	48	23,2	159	76,8	
	Çok zor	20	48,8	21	51,2	

Tablo 25’te katılımcıların yaş gruplarına göre çalışmanın yapıldığı zamanda kullandıkları AP yöntemleri incelenmiştir. Katılımcıların 15-24 ve 25-34 yaş grubunda en sık kullandığı yöntem sırasıyla %39,3 ve %36,8 ile geri çekme yöntemi olmuştur. İkinci en sık kullanılan yöntem 15-24 yaş grubunda %21,4 ile hap iken 25-34 yaş grubunda %24,4 ile erkek kondomudur. Katılımcılar arasında 35-49 yaş aralığında bulunanların en sık kullandığı yöntem %27,7 ile kadın tüplerinin bağlanması iken ikinci sırada %27,0 ile Ria gelmektedir.

Tablo 25. Katılımcıların yaş gruplarına göre çalışmanın yapıldığı zamanda kullandıkları aile planlaması yöntemleri*

	15-24 Yaş		25-34 Yaş		35 Yaş ve üzeri	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Geri çekme	11	39,3	74	36,8	40	25,2
Erkek kondomu	5	17,9	49	24,4	26	16,4
Ria	5	17,9	45	22,4	43	27,0
Kadın tüplerinin bağlanması	0	0	15	7,5	44	27,7
Hap	6	21,4	11	5,5	3	1,9
İğne	1	3,6	4	2,0	1	0,6
Takvim	0	0	3	1,5	2	1,3
Toplam	28	100	201	100	159	100

Ria: Rahim içi araç *Çoklu yanıtlar

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre çalışmanın yapıldığı zamanda kullandıkları AP yöntem türleri Tablo 26’da gösterilmiştir. Okuryazar olmayan ve ilkokul öncesi öğrenim düzeyine sahip katılımcıların en sık kullandıkları AP yöntemi aynı olup sırasıyla %60,0 ve %30,9 oranında Ria’dır. Ortaokul ve lise düzeyinde en sık kullanılan yöntem %38,2 ile geri çekme iken üniversite ve üzeri öğrenim düzeyinde %31,9 ile erkek kondomudur. Takvim yöntemini kullanan katılımcılar sadece ortaokul ve lise düzeyinde öğrenime sahip grupta yer almıştır. İğne yöntemi kullanan katılımcılar ilkokul ve öncesi öğrenim düzeyindekilerin %3,0’ünü, ortaokul ve lise öğrenim düzeyindekilerin %1,5’ini oluştururken okuryazar olmayan ve üniversite ve üzeri öğrenime sahip olanlar arasında bu yöntemi kullanan bulunmamaktadır. Hap

kullanan katılımcılar okuryazar olmayan grupta bulunmamakta, ilkökul ve öncesi grupta kullanılan yöntemler arasında %4,4 ile en az ikinci kullanılan yöntem olarak bulunmaktadır. Okuryazar olmayan grupta kullanılan yöntemler arasında en az kullanılan iki yöntem aynı oranda olmak üzere %10,0 ile erkek kondomu ve kadın tüplerinin bağlanmasıdır. İlkokul ve öncesi ile ortaokul ve lise öğrenim düzeyinde olan katılımcılar arasında en az kullanılan yöntem aynı şekilde iğne olmakla beraber sırasıyla %3,0 ve %1,5'tir. Üniversite ve üzerinde öğrenim düzeyindekilerin en az kullandıkları yöntem %9,0 ile hap bulunmuştur.

Tablo 26. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre çalışmanın yapıldığı zamanda kullandıkları aile planlaması yöntemleri*

	Okuryazar değil		İlkokul ve öncesi		Ortaokul ve Lise		Üniversite ve üzeri	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Geri çekme	2	20,0	27	23,8	76	38,2	20	30,4
Erkek kondomu	1	10,0	12	10,6	46	23,2	21	31,9
Ria	6	60,0	35	30,9	40	20,1	12	18,1
Kadın tüplerinin bağlanması	1	10,0	31	27,4	20	10,0	7	10,6
Hap	0	0	5	4,4	9	4,5	6	9,0
İğne	0	0	3	3,0	3	1,5	0	0
Takvim	0	0	0	0	5	2,5	0	0
Toplam	10	100	113	100	199	100	66	100

*Çoklu yanıtlar

Tablo 27'de katılımcıların gebeliklerinin sonlanması ve çocuk kaybetme durumları yaş gruplarına göre karşılaştırılmıştır. Katılımcılar arasında 35-49 yaş arasında bulunanların %5,1'i, 25-34 yaş grubunda bulunanların %1,7'si yaşamları boyunca en az bir kez doğum sonrası çocuklarını kaybetmişlerdir (p=0,05). Yine aynı yaş gruplarında ve aynı oranlarda katılımcılar yaşamları boyunca en az bir kez ölü doğum yapmışlardır (p=0,05). Katılımcılar arasında 25-34 yaş arasında bulunanların %35,2'si ve yaklaşık aynı oranda 35-49 yaş arasında bulunan katılımcıların %34,4'ü yaşamları boyunca en az bir kez kendiliğinden düşük yapmıştır (p=0,125). Katılımcılar

arasında 35-49 yaş arasında bulunanların %14,0'ü ve 25-34 yaş arasında bulunanların %9,6'sı yaşamları boyunca en az bir kez isteyerek düşük yapmışlardır (**p=0,03**).

Tablo 27. Yaş gruplarına göre gebelik sonlanması ve çocuk kaybı (n=494)

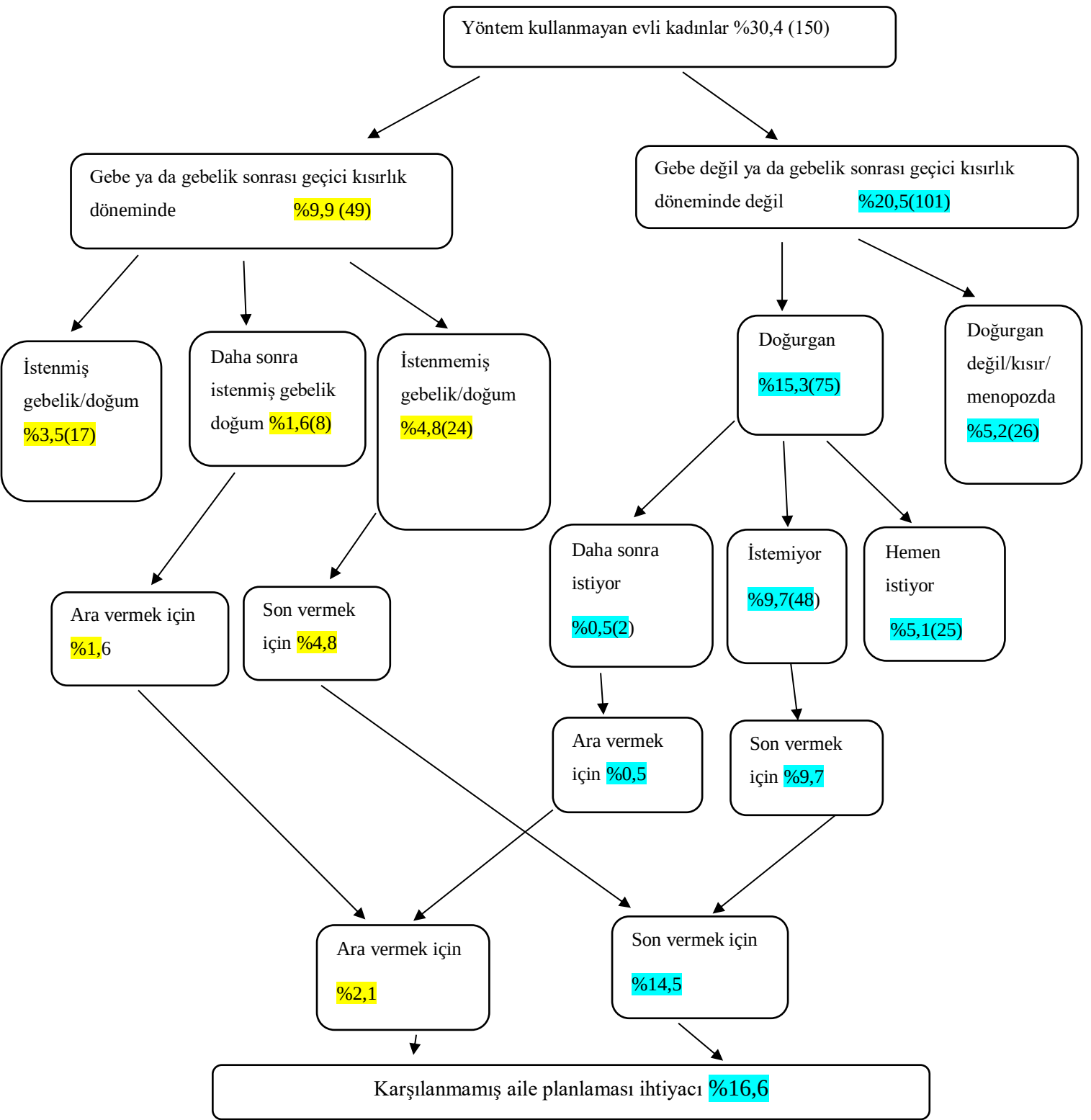
		15-24 yaş		25-34 yaş		35 yaş ve üzeri		Ki kare p
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Doğumdan sonra ölen*	Evet	0	0	4	1,7	11	5,1	6,00
	Hayır	49	100	226	98,3	204	94,9	0,05
Ölü doğum*	Evet	0	0	4	1,7	11	5,1	6,00
	Hayır	49	100	226	98,3	204	94,9	0,05
Kendiliğinden düşük*	Evet	10	20,4	81	35,2	74	34,4	4,16
	Hayır	39	79,6	149	64,8	141	65,6	0,125
İsteyerek düşük*	Evet	1	2,0	22	9,6	30	14,0	6,52
	Hayır	48	98,0	208	90,4	185	86,0	0,03

Tablo 28'de katılımcıların gebeliklerinin sonlanması ve çocuk kaybetme durumları öğrenim durumuna göre karşılaştırılmıştır. Okuryazar olmayan katılımcıların %11,8'i ve ortaokul ve lise düzeyinde öğrenime sahip olanların %3,8'i yaşamları boyunca doğduktan sonra çocuklarını kaybetmişlerdir (p=0,056). Üniversite üzeri öğrenime sahip olanlarda yaşamları boyunca doğduktan sonra çocuğunu kaybeden katılımcı bulunmamaktadır. İlkokul ve öncesi öğrenime sahip olan katılımcıların %4,5'i ve ortaokul ve lise düzeyinde öğrenime sahip olanların %2,9'u yaşamları boyunca en az bir kez ölü doğum yapmıştır (p=0,45). Okuryazar olmayan katılımcılar arasında yaşamları boyunca ölü doğum yapan bulunmamaktadır. İlkokul ve öncesi öğrenime sahip olan katılımcıların %41,0'i, ortaokul ve lise düzeyinde öğrenime sahip olanların %33,6'sı yaşamları boyunca en az bir kez kendiliğinden düşük yapmıştır (**p=0,009**). İlkokul ve öncesi öğrenime sahip olan katılımcıların %17,3'ü, ortaokul ve lise düzeyinde öğrenime sahip olanların %9,7'si yaşamları boyunca en az bir kez isteyerek düşük yapmıştır (**p=0,003**). Okuryazar olmayan katılımcılar arasında yaşamları boyunca isteyerek düşük yapan bulunmamaktadır.

Tablo 28. Öğrenim durumuna göre gebelik sonlanması ve çocuk kaybı (n=494)

		Okuryazar değil		İlkokul ve öncesi		Ortaokul ve lise		Üniversite ve üzeri		Ki kare p
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Doğumdan sonra ölen	Evet	2	11,8	4	2,6	9	3,8	0	0	7,56
	Hayır	15	88,2	152	97,4	229	96,2	83	100	0,05
Ölü doğum	Evet	0	0	7	4,5	7	2,9	1	1,2	2,60
	Hayır	17	100	149	95,5	231	97,1	82	98,8	0,45
Kendiliğinden düşük	Evet	5	29,4	64	41,0	80	33,6	16	19,3	11,64
	Hayır	12	70,6	92	59,0	158	66,4	67	80,7	<0,01
İsteyerek düşük	Evet	0	0	27	17,3	23	9,7	3	3,6	13,76
	Hayır	17	100	129	82,7	215	90,3	80	96,4	<0,01

Katılımcıların karşılanmamış AP ihtiyacı durumu Şekil 1’de gösterilmiştir. Yöntem kullanmayan evli kadınlar %30,4 oranındadır. Katılımcıların %9,9’u gebe ya da gebelik sonrası geçici kısırlık döneminde bulunurken, %20,5’i gebe değil ya da gebelik sonrası geçici kısırlık döneminde değildir. Gebe ya da gebelik sonrası geçici kısırlık döneminde bulunanların toplam katılımcılara göre %3,5’i istenmiş gebelik/doğum, %1,6’sı daha sonra istenmiş gebelik/doğum, %4,8’i istenmemiş gebelik/doğum durumundadır. Gebe değil ya da gebelik sonrası geçici kısırlık döneminde olmayan kadınların toplam katılımcılara göre %15,3’ü doğurgan, %5,2’si doğurgan değil (kısır/menopozda) durumundadır. Doğurgan kadınların toplam katılımcılara göre %0,5’i daha sonra gebe kalma, %9,7’si gebe kalmama, %5,1’i ise gebe kalma düşüncesindedir. Ara vermek için karşılanmamış AP ihtiyacı olan kadınların oranı %2,1, son vermek için ise %14,5 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda yer alan katılımcıların %16,6’sında karşılanmamış AP ihtiyacı, %31,1’inde ise karşılanmamış modern AP ihtiyacı vardır.



Şekil 2. Katılımcıların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı durumu

Katılımcıların ve eşlerin öğrenim durumlarına göre karşılanmamış AP ihtiyaçları Tablo 29’da gösterilmiştir. Okuryazar olmayan katılımcıların karşılanmamış AP ihtiyacı %35,3 iken üniversite ve üzeri öğrenime sahip olanların oranı %13,3 bulunmuştur ($p=0,165$). Eşleri okuryazar olmayan katılımcıların %40,0’ında eşleri üniversite ve üzeri öğrenime sahip olanların %12,5’inde karşılanmamış AP ihtiyacı vardır ($p=0,287$).

Tablo 29. Katılımcıların ve eşlerinin öğrenim durumuna göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı (n=494)

		Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı				Ki kare p
		İhtiyacı yok		İhtiyacı var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Katılımcıların öğrenim durumu	Okuryazar değil	11	64,7	6	35,3	5,08 0,16
	İlkokul ve öncesi	129	82,7	27	17,3	
	Ortaokul ve lise	200	84,0	38	16,0	
	Üniversite ve üzeri	72	86,7	11	13,3	
Eşlerin öğrenim durumu	Okuryazar değil	3	60,0	2	40,0	3,77 0,28
	İlkokul ve öncesi	124	81,0	29	19,0	
	Ortaokul ve lise	201	83,8	39	16,2	
	Üniversite ve üzeri	84	87,5	12	12,5	

Katılımcıların ve eşlerinin yaş gruplarına göre karşılanmamış AP ihtiyacı Tablo 30’da gösterilmiştir. Katılımcılar arasında 15-24 yaş aralığında bulunanların karşılanmamış AP ihtiyacı en yüksek olup %36,7 iken en düşük 25-34 yaş aralığında %28,7 bulunmuştur ($p=0,459$). Katılımcıların eşlerinin yaş grupları arasında karşılanmamış AP ihtiyacı 15-24, 25-34 ve 45 yaş üzeri grupta benzer oranlara sahip iken (sırasıyla %20,0, %20,4 ve %22,8) en düşük oran 35-44 yaş grubunda %10,6 bulunmuştur (**$p=0,014$**). İlk evlenme yaşı 12-21 yaş aralığında bulunan katılımcıların %17,6’sında, 22-31 yaş arasında bulunanların %15,0’inde karşılanmamış AP ihtiyacı vardır. Katılımcılar arasında ilk evlenme yaşı 32 ve üzeri olanlarda karşılanmamış AP ihtiyacı bulunmamıştır ($p=0,356$). İlk gebelik yaşı 14-21 yaş arasında bulunan

katılımcıların %16,6'sında, 22-29 arasında olan katılımcıların %18,0'inde ve 30 yaş ve üzeri olanların %15,8'inde karşılanmamış AP ihtiyacı vardır (p=0,920).

Tablo 30. Katılımcıların ve eşlerinin yaş grupları ile katılımcıların ilk gebelik ve ilk evlenme yaşlarına göre karşılanmamış AP ihtiyacı (n=494)

		Karşılanmamış AP ihtiyacı				
		İhtiyacı yok		İhtiyacı var		Ki kare
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p
Katılımcıların yaş aralıkları	15-24 yaş	31	63,3	18	36,7	1,557 0,459
	25-34 yaş	164	71,3	66	28,7	
	35 yaş ve üzeri	145	67,4	70	32,6	
Eşlerin yaş aralıkları	15-24 yaş	8	80,0	2	20,0	2,477 0,290
	25-34 yaş	121	79,6	31	20,4	
	35 yaş ve üzeri	283	85,2	49	14,8	
İlk evlenme yaş aralıkları	12-21 yaş	291	82,4	62	17,6	2,064
	22-31 yaş	113	85,0	20	15,0	0,356
	32 yaş ve üzeri	8	100	0	0	
İlk gebelik yaş aralıkları	14-21 yaş	251	83,4	50	16,6	0,168
	22-29 yaş	132	82,0	29	18,0	0,920
	30 yaş ve üzeri	16	84,2	3	15,8	

Tablo 31'de katılımcıların ve eşlerin çalışma durumları ile gelirlerine göre karşılanmamış AP ihtiyaçları karşılaştırılmıştır. Çalışan katılımcıların karşılanmamış AP ihtiyacı %17,5 bulunurken çalışmayan katılımcıların karşılanmamış AP ihtiyacı %16,5 bulunmuştur (p=0,839). Eşleri çalışan katılımcıların karşılanmamış AP ihtiyacı %14,8 bulunurken eşleri çalışmayan katılımcıların karşılanmamış AP ihtiyacı %29,5 bulunmuştur (p=0,004). Gelirleri az olan katılımcıların %19,2'sinde karşılanmamış

AP ihtiyacı bulunurken gelirleri yeterli düzeyde olan katılımcıların %10,9'unda karşılanmamış AP ihtiyacı vardır (**p=0,02**).

Tablo 31. Katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumu ve gelirlerine göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı (n=494)

		Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı				Ki kare p
		İhtiyacı yok		İhtiyacı var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Katılımcıların çalışma durumu	Evet	47	82,5	10	17,5	0,042
	Hayır	365	83,5	72	16,5	0,839
Eşlerinin çalışma durumu	Evet	369	85,2	64	14,8	8,377
	Hayır	43	70,5	18	29,5	0,004
Gelir gider durumu	Geliri az	273	80,8	65	19,2	5,354
	Geliri yeterli	139	89,1	17	10,9	0,02

Katılımcıların çocuk sayılarına göre karşılanmamış AP ihtiyaçları Tablo 32’de gösterilmiştir. İki çocuğu olan katılımcıların karşılanmamış AP ihtiyacı %19,7 iken henüz çocuğu olmayan katılımcıların ise karşılanmamış AP ihtiyacı %7,7 olarak bulunmuştur (p=0,604). Son iki yılda gebe kalan katılımcıların %33,1’inde gebe kalmayan katılımcıların %9,7’sinde karşılanmamış AP ihtiyacı vardır (**p<0,001**).

Tablo 32. Katılımcıların çocuk sayılarına ve son iki yılda gebe kalma durumlarına göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı(n=494)

		Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı				Ki kare p
		İhtiyacı yok		İhtiyacı var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Çocuk sayısı	Çocuğu yok	24	92,3	2	7,7	2,731 0,604
	Bir	60	83,3	12	16,7	
	İki	118	80,3	29	19,7	
	Üç	113	84,7	24	15,3	
	Dört ve üzeri	77	83,7	15	16,3	
Son iki yılda gebe kalma	Evet	97	66,9	48	33,1	40,384
	Hayır	315	90,3	34	9,7	<0,001

Katılımcıların AP hizmetlerine ulaşım düşüncesine göre karşılanmamış AP ihtiyaçları Tablo 33'te gösterilmiştir. Hizmetlere ulaşımın kolay olduğunu düşünen katılımcıların %16,5 oranında karşılanmamış AP ihtiyacı varken zor ve çok zor olduğunu düşünen katılımcıların karşılanmamış AP ihtiyacı oranları birbirine yakın olmakla birlikte sırasıyla %16,1 ve %16,6'dır (p=0,898).

Tablo 33. Katılımcıların aile planlaması hizmetleri ulaşım düşüncesine göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı (n=494)

		Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı				Ki kare p
		İhtiyacı yok		İhtiyacı var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Aile planlaması hizmetlerine ulaşım	Kolay	111	83,5	22	16,5	0,215
	Zor	234	83,9	45	16,1	
	Çok zor	67	83,4	15	16,6	

Tablo 34’te katılımcıların ve eşlerinin yaş gruplarına göre karşılanmamış modern AP ihtiyacı karşılaştırılmıştır. Katılımcılardan 15-24 yaş aralığında bulunanların %36,7’sinde, 35-49 yaş aralığındakilerin %32,6’sında karşılanmamış modern AP ihtiyacı vardır (p=0,459). Katılımcıların eşleri 45 yaş ve üzeri olanların %38,6’sında, 25-34 yaş aralığındakilerin %34,2’sinde karşılanmamış modern AP ihtiyacı vardır (p=0,066). İlk evlenme yaş aralığı 12-21 olan katılımcıların %33,4’ünde karşılanmamış modern AP ihtiyacı varken 32 yaş ve üzeri olanlarda karşılanmamış modern AP yoktur (p=0,064). İlk gebelik yaşı 14-21 arası olan katılımcıların %33,2’sinde karşılanmamış modern AP ihtiyacı varken 30 yaş ve üzeri katılımcılarda bu oran %15,8 bulunmuştur (p=0,285).

Tablo 34. Katılımcıların ve eşlerinin yaş grupları ile katılımcıların ilk gebelik ve ilk evlenme yaşlarına göre karşılanmamış modern aile planlaması ihtiyacı(n=494)

		Karşılanmamış modern aile planlaması ihtiyacı				Ki kare
		İhtiyacı yok		İhtiyacı var		p
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Katılımcıların yaş aralıkları	15-24 yaş	31	63,3	18	36,7	1,557 0,459
	25-34 yaş	164	71,3	66	28,7	
	35 yaş ve üzeri	145	67,4	70	32,6	
Eşlerin yaş aralıkları	15-24 yaş	7	70,0	3	30,0	0,944 0,624
	25-34 yaş	100	65,8	52	34,2	
	35 yaş ve üzeri	233	70,2	99	29,8	
İlk evlenme yaş aralıkları	12-21 yaş	235	66,6	118	33,4	5,504
	22-31 yaş	97	72,9	36	27,1	0,064
	32 yaş ve üzeri	8	100	0	0	
İlk gebelik yaş aralıkları	14-21 yaş	201	66,8	100	33,2	2,508
	22-29 yaş	110	68,3	51	31,7	0,285
	30 yaş ve üzeri	16	84,2	3	15,8	

Katılımcıların ve eşlerin öğrenim durumlarına göre karşılanmamış modern AP ihtiyaçları Tablo 35’te gösterilmiştir. Okuryazar olmayan katılımcıların karşılanmamış modern AP ihtiyacı %47,1 ile en yüksek oranda iken öğrenim durumu üniversite ve üzeri olan katılımcıların karşılanmamış modern AP ihtiyacı %21,7 ile en düşüktür (**p=0,046**). Eşleri okuryazar olmayan katılımcıların %60,0’ında, eşleri üniversite mezunu olan katılımcıların %26,0’sında karşılanmamış modern AP ihtiyacı vardır (**p=0,214**).

Tablo 35. Katılımcıların ve eşlerinin öğrenim durumuna göre karşılanmamış modern aile planlaması ihtiyacı (n=494)

		Karşılanmamış modern aile planlaması ihtiyacı				Ki kare p
		İhtiyacı yok		İhtiyacı var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Katılımcıların öğrenim durumu	Okuryazar değil	9	52,9	8	47,1	8,00 0,04
	İlkokul ve öncesi	112	71,8	44	28,2	
	Ortaokul ve lise	154	64,7	84	35,3	
	Üniversite ve üzeri	65	78,3	18	21,7	
Eşlerin öğrenim durumu	Okuryazar değil	2	40,0	3	60,0	4,48 0,21
	İlkokul ve öncesi	99	64,7	54	35,3	
	Ortaokul ve lise	168	70,0	72	30,0	
	Üniversite ve üzeri	71	74,0	25	26,0	

Tablo 36’da katılımcıların ve eşlerin çalışma durumları ile gelirlerine göre karşılanmamış modern AP ihtiyaçları karşılaştırılmıştır. Çalışan katılımcıların %26,3’ünde çalışmayan katılımcıların %31,8’inde karşılanmamış modern AP ihtiyacı bulunmuştur (**p=0,400**). Eşleri çalışan katılımcıların karşılanmamış modern AP ihtiyacı %29,3 bulunurken eşleri çalışmayan katılımcılarda bu oran %44,3 bulunmuştur (**p=0,018**). Gelirleri az olan katılımcıların %34,0’ünde gelirleri yeterli düzeyde olan katılımcıların %25,0’inde karşılanmamış modern AP ihtiyacı vardır (**p=0,04**).

Tablo 36. Katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumu ve gelirlerine göre karşılanmamış modern aile planlaması ihtiyacı (n=494)

		Karşılanmamış modern aile planlaması ihtiyacı				Ki kare p
		İhtiyacı yok		İhtiyacı var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Katılımcıların çalışma durumu	Evet	42	73,7	15	26,3	0,70
	Hayır	298	68,2	139	31,8	0,40
Eşlerinin çalışma durumu	Evet	306	70,7	127	29,3	5,55
	Hayır	34	55,7	27	44,3	0,01
Gelir gider durumu	Geliri az	223	66,0	115	34,0	4,051
	Geliri yeterli	117	75,0	39	25,0	0,04

Katılımcıların çocuk sayılarına göre karşılanmamış modern AP ihtiyaçları Tablo 37’de gösterilmiştir. İki çocuğu olan katılımcıların karşılanmamış modern AP ihtiyacı %35,4 ile en yüksek oranda iken henüz çocuğu olmayan katılımcıların ise karşılanmamış modern AP ihtiyacı %11,5 ile en düşük orandadır ($p=0,055$). Son iki yılda gebe kalan katılımcıların %45,5’inin karşılanmamış modern AP ihtiyacı varken gebe kalmayanlarda bu oran %25,2 bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 37. Katılımcıların çocuk sayıları ve son iki yılda gebe kalma durumlarına göre karşılanmamış modern aile planlaması ihtiyacı (n=494)

		Karşılanmamış modern aile planlaması ihtiyacı				Ki kare p
		İhtiyacı yok		İhtiyacı var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Çocuk sayısı	Çocuğu yok	23	88,5	3	11,5	9,254 0,055
	Bir	56	77,8	16	22,2	
	İki	95	64,6	52	35,4	
	Üç	106	67,5	51	32,5	
	Dört ve üzeri	60	65,2	32	34,8	
Son iki yılda gebe kalma	Evet	79	54,5	66	45,5	19,679
	Hayır	261	74,8	88	25,2	<0,001

Katılımcıların AP hizmetlerine ulaşım düşüncesine göre karşılanmamış modern AP ihtiyaçları Tablo 38’de gösterilmiştir. Hizmetlere ulaşımın kolay olduğunu düşünen katılımcıların %30,1’inin karşılanmamış modern AP ihtiyacı vardır. Çok zor olduğunu düşünen katılımcıların %39,0’unda, zor olduğunu düşünen katılımcıların %29,4’ünde karşılanmamış modern AP ihtiyacı vardır (p=0,241).

Tablo 38. Katılımcıların aile planlaması hizmetlerine ulaşım düşüncesine göre karşılanmamış modern aile planlaması ihtiyacı (n=494)

		Karşılanmamış modern aile planlaması ihtiyacı				Ki kare p
		İhtiyacı yok		İhtiyacı var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Aile planlaması hizmetlerine ulaşım	Kolay	93	69,9	40	30,1	2,844 0,241
	Zor	197	70,6	82	29,4	
	Çok zor	50	61,0	32	39,0	

Çalışmamızda çeşitli değişkenlerin güven aralıkları Tablo 39’da gösterilmiştir. Herhangi bir yöntem kullanımı %69,6±4,0, modern yöntem kullanımı %51,8±4,4, karşılanmamış AP ihtiyacı %16,6±3,2 ve modern karşılanmamış AP ihtiyacı %31,1±4,0 aralığında bulunmuştur.

Tablo 39. Yöntem kullanımları, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ve karşılanmamış modern aile planlaması değişkenlerinin güven aralıkları

Değişkenler	Güven Aralıkları(%)
Herhangi bir yöntem kullanımı	69,6±4,0
Modern yöntem kullanımı	51,8±4,4
Geleneksel yöntem kullanımı	17,8±3,3
Geri çekme yöntem kullanımı	25,3±3,8
RİA kullanımı	18,8±3,4
Erkek kondomu kullanımı	16,1±3,2
Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı	16,6±3,2
Modern karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı	31,1±4,0

Herhangi bir yöntem kullanımıyla ilişkili faktörler lojistik regresyon analizinde incelenmiştir (Tablo 40). Modelde katılımcıların yaşı, eşin yaşı, ilk gebelik yaşı, ilk evlenme yaşı, eşin çalışma durumu, gelir gider durumu, yaşayan çocuk sayısı ve son iki yıl içinde gebe kalma değişkenleri yer almaktadır. İlk gebelik yaşı, ilk evlenme yaşı, yaşayan çocuk sayısı, eşin çalışma durumu ve son iki yıl içinde gebe kalma durumu ile herhangi bir yöntem kullanımı arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki tespit edilmiştir. İlk gebelik yaşı arttıkça herhangi bir yöntem kullanımı 0,8 kat düşmektedir. İlk evlenme yaşı arttıkça herhangi bir yöntem kullanımı 1,1 kat artmaktadır. Eşi çalışmayan katılımcıların herhangi bir yöntem kullanımı eşi çalışan katılımcılara göre 0,4 kat daha azdır. Yaşayan çocuk sayısı arttıkça herhangi bir yöntem kullanımı 1,5 kat artmaktadır. Son iki yıl içinde gebe kalmayan katılımcıların herhangi bir yöntem kullanımı gebe kalan katılımcılara göre 0,2 kat daha azdır.

Kurulan bu model ile herhangi bir yöntem kullanımı %74,4 oranında doğru tahmin edilmiştir. Nagelkerke R²=0,17 olarak saptanmış olup bu değer herhangi bir

yöntem kullanımını etkileyen faktörlerin %17'sinin bu modeldeki bağımsız değişkenler tarafından belirlendiğini ifade etmektedir.

Tablo 40. Lojistik regresyon analizine göre herhangi bir yöntem kullanımıyla ilişkili faktörler

	B	S.E.	p	O.R.	%95 G.A.
Constant	3,44	1,34	0,01	31,18	
Yaş	-0,02	0,03	0,43	0,97	0,91-1,04
Eşin yaşı	-0,04	0,02	0,13	0,95	0,90-1,01
İlk gebelik yaşı	-0,15	0,07	0,02	0,85	0,73-0,98
İlk evlenme yaşı	0,15	0,07	0,03	1,16	1,00-1,35
Eşin çalışma durumu	-0,75	0,31	0,01	0,47	0,25-0,86
Gelir gider durumu	-0,27	0,87	0,75	0,75	0,13-4,24
Yaşayan çocuk sayısı	0,44	0,13	0,001	1,56	1,21-2,02
Son iki yıl içinde gebe kalma	-1,39	0,27	<0,001	0,24	0,14-0,42

Cox&Sneel R2=0,11

Nagelkerke R2=0,17

Model: x2=59,32 SD=8 p<0,001

P(herhangi bir yöntem kullanımı)=

$1/1+e^{-(3,44-0,15.\text{ilkgebelikyaşı}+0,15.\text{ilkevlenmeyası}-0,75.\text{eşinçalışmadurumu}+0,44.\text{yaşayançocuksayısı}-1,4.\text{sonikiyılgebekalma})}$

Kısaltmalar; **O.R:** Odds Ratio, **G.A:** Güven aralığı, **B:** Beta katsayısı, **S.E:** Standart hata, **SD:** Serbestlik derecesi

Karşılanmamış AP ihtiyacı durumuyla ilişkili faktörler lojistik regresyon analizinde incelenmiştir (Tablo 41). Modelde eşin yaşı, eşin çalışma durumu, gelir gider durumu, son iki yıl içinde gebe kalma değişkenleri yer almaktadır. Eşin yaşı, eşin çalışma durumu ve son iki yıl içinde gebe kalma durumu ile karşılanmayan gereksinim arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki tespit edilmiştir. Eşin yaşı arttıkça karşılanmayan gereksinim 1,05 kat artmaktadır. Eşi çalışmayan katılımcılarda eşi çalışan katılımcılara göre 2,5 kat daha fazla karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır. Son iki yıl içinde gebe kalan katılımcılarda gebe kalmayan katılımcılara göre 6,8 kat daha fazla karşılanmayan gereksinim bulunmaktadır.

Kurulan bu model ile karşılanmamış AP ihtiyacı %84,4 oranında doğru tahmin edilmiştir. Nagelkerke R²=0,17 olarak saptanmış olup bu değer karşılanmamış AP ihtiyacını etkileyen faktörlerin %17'sinin bu modeldeki bağımsız değişkenler tarafından belirlendiğini ifade etmektedir.

Tablo 41. Lojistik regresyon analizine göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı durumuyla ilişkili faktörler

	B	S.E.	p	O.R.	%95 G.A.
Constant	-4,40	1,36	0,001	0,01	
Eşin yaşı	0,04	0,01	0,007	1,05	1,01-1,08
Eşin çalışma durumu	0,93	0,33	0,006	2,54	1,31-4,93
Gelir gider durumu	0,005	1,15	0,99	1,00	0,10-9,59
Son iki yıl içinde gebe kalma	1,91	0,29	<0,001	6,81	3,81-12,17

Cox&Sneel R²=0,10

Nagelkerke R²=0,17

Model: x²=53,07 SD=4 p<0,001

P(Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı)=

1/1+e^{-(-4,40+0,04. eşin yaşı+0,9. eşin çalışmadurumu+1,9.son iki yıl içinde gebe kalma)}

Kısaltmalar; **O.R:** Odds Ratio, **G.A:** Güven aralığı, **B:** Beta katsayısı, **S.E:** Standart hata, **SD:** Serbestlik derecesi

Modern karşılanmamış AP ihtiyacı durumuyla ilişkili faktörler lojistik regresyon analizinde incelenmiştir (Tablo 42). Modelde eşin yaşı, ilk evlenme yaşı, katılımcıların öğrenim durumları, eşin çalışma durumu, gelir gider durumu, yaşayan çocuk sayısı ve son iki yıl içinde gebe kalma değişkenleri yer almaktadır. Eşin yaşı, eşin çalışma durumu ve son iki yıl içinde gebe kalma durumu ile modern karşılanmamış AP ihtiyacı arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki tespit edilmiştir. Eşin yaşının her bir birim artışında modern karşılanmamış AP ihtiyacı 1,03 kat artmaktadır. Eşi çalışmayan katılımcılarda eşi çalışan katılımcılara göre 1,7 kat daha fazla modern karşılanmamış AP ihtiyacı bulunmaktadır. Son iki yıl içinde gebe kalan katılımcılarda gebe kalmayan katılımcılara göre 3,4 kat daha fazla modern karşılanmamış AP ihtiyacı bulunmaktadır.

Kurulan bu model ile karşılanmamış modern AP ihtiyacı %69,2 oranında doğru tahmin edilmiştir. Nagelkerke R2=0,11 olarak saptanmış olup bu değer karşılanmamış modern AP ihtiyacını etkileyen faktörlerin %11'nin bu modeldeki bağımsız değişkenler tarafından belirlendiğini ifade etmektedir.

Tablo 42. Lojistik regresyon analizine göre karşılanmamış modern aile planlaması ihtiyacı durumuyla ilişkili faktörler

	B	S.E.	p	O.R.	%95 G.A.
Constant	-2,87	1,52	0,06	0,05	
Eşin Yaşı	0,03	0,01	0,02	1,03	1,00-1,07
İlk evlenme yaşı	-0,03	0,03	0,34	0,96	0,90-1,03
Öğrenim durumu 1	0,50	0,35	0,16	1,65	0,81-3,33
Öğrenim durumu 2	-0,02	0,39	0,94	0,97	0,45-2,09
Öğrenim durumu 3	0,51	0,63	0,42	1,66	0,47-5,83
Eşin çalışma durumu	0,58	0,29	0,05	1,79	1,00-3,23
Gelir gider durumu	0,49	1,14	0,66	1,64	0,17-15,5
Yaşayan çocuk sayısı	0,04	0,10	0,67	1,04	0,85-1,28
Son iki yıl içinde gebe kalma	1,23	0,24	<0,001	3,45	2,14-5,57

Cox&Sneel R2=0,08

Nagelkerke R2=0,11

Model: x2=40,65 SD=9 p<0,001

P(Modern karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı)=

$1/1+e^{-(2,87+0,03.eşinyası+0,58.eşçalışmadurumu+1,23.sonikiyıldagebekalma)}$

Kısaltmalar; **O.R:** Odds Ratio, **G.A:** Güven aralığı, **B:** Beta katsayısı, **S.E:** Standart hata, **SD:** Serbestlik derecesi

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda katılımcıların %69,6'sı herhangi bir yöntem, %51,8'i modern yöntem kullanmaktadır. En sık kullanılan yöntem %25,3 ile geri çekme olmuştur. Bunu %18,8 ile Ria ve %16,1 ile erkek kondomu izlemektedir. Çalışmamızda karşılanmamış AP ihtiyacı tüm katılımcıların %16,6'sına denk gelmektedir. Modern karşılanmamış AP ihtiyacı ise %31,1 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %7,7'si gebe olup bunların %42,1'i istemedikleri halde gebe kalmış ve %15,8'i ise daha sonra istedikleri halde gebe kalmıştır. Çalışmamızda 100 kadından 34'ü kendiliğinden, 11'i ise isteyerek düşük yapmıştır.

5.1. Aile Planlaması Yöntem Kullanımı

5.1.1. Herhangi Bir Yöntem Kullanımı

Çalışmamızda herhangi bir yöntem kullanımı %69,6 oranında bulunmuştur. İlimize yakın bölgede yer alan diğer illerdeki çalışmalara göre herhangi bir yöntem kullanımı %45,0 ile %80,0 arasında değişmektedir (100-104). Genellikle ilimizin doğusunda yer alan illerdeki çalışmalarda herhangi bir yöntem kullanımı daha düşük oranda saptanmıştır (100-102). Hatay'da deprem öncesi 2021 yılında yapılan bir çalışmada herhangi bir yöntem kullanımı %78,0 olup çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (105). Hatay'da bir üniversite hastanesine düşük yapma amacıyla

başvuran kadınların yer aldığı ve istenmeyen gebeliklerin araştırıldığı bir çalışmada ise herhangi bir yöntem kullanımı %60,0 olarak bulunmuş olup çalışmamızdan düşük orandadır (106). Türkiye genelinde yapılan TNSA çalışmalarında ülke genelinde herhangi bir yöntem kullanımı 2018 yılında %69,8, güney bölgesinde ise %64,7 olup çalışmamızla yakın oranlara sahiptir (3). Dünya genelinde farklı bölgelerde afetlerden sonra yapılan çalışmalarda herhangi bir yöntem kullanımı %30,0 ile %80,0 arasında değişmektedir (91, 92, 107-110). Çalışmamızda herhangi bir yöntem kullanımı yaş, eşin yaşı, ilk gebelik ve ilk evlenme yaşı, eşin çalışma durumu, yaşayan çocuk sayısı ile son iki yılda gebe kalma durumu ile ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde TNSA çalışmalarında da bu durumların yöntem kullanımını etkileyebileceği öngörülmüştür. Çalışmamızda her 10 kadından 7'sinin herhangi bir yöntem kullandığı tespit edildi. Bu durum yöntem kullanımı açısından deprem öncesi Hatay genelinde yer alan ASM'lerde yapılan çalışmaya göre düşüktür. Hatay'da yapılan diğer çalışmaya göre herhangi bir yöntem kullanımının yüksek oranda çıkmasının nedeni, düşük yapma amacıyla yöntem kullanımı düşük olabilecek veya yöntemi etkili kullanmayan katılımcıların yer alması olarak düşünülmektedir. Dünya genelinde gerçekleştirilen bazı çalışmalarda bizim çalışmamıza göre daha düşük oranlarda herhangi bir yöntem kullanıldığı belirlenmiş olup ekonomik faktörler, sosyokültürel özellikler, eğitim durumu, afet sonrasında üreme sağlığının desteklenme durumu gibi faktörlerin sebep olabileceği düşünülmektedir.

5.1.2. Modern Yöntem Kullanımı

Çalışmamızda katılımcıların %51,8'i modern yöntem kullanmaktadır. Türkiye genelinde yapılan çeşitli çalışmalarda modern yöntem kullanım oranları %40,0 ile %60,0 arasında değişmektedir (104-106). Hatay'da yapılan deprem öncesi çalışmada modern yöntem kullanımı %61,0 olup çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (105). Son TNSA çalışmasında modern yöntem kullanımı Türkiye genelinde %69,8, güney

bölgesinde %64,7 olup çalışmamızla benzer oranlardadır (3). Afetler sonrası dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalarda modern yöntem kullanımı %20,0 ile %55,0 arasında değişmektedir (92, 96, 111). Afetler sonrasında yapılan çalışmalarda düşük modern yöntem kullanımı ülkelerin gelişmişlik derecesi ile ilgili olabilir. Aynı zamanda bu bölgelerde afet öncesinde de modern yöntem kullanımının düşük olması bir diğer sebep olarak düşünülebilir. Nitekim Haiti, Endonezya ve Pakistan gibi ülkelerde modern yöntem kullanımı oldukça düşüktür. Ek olarak modern yöntem kullanımı ekonomik güç ve nitelikli sağlık merkezleri ile sağlık çalışanları gerektirmesinden dolayı bunların yetersizliği modern yöntem kullanımındaki düşük oranları açıklayabilir. Ayrıca modern yöntem kullanımını etkileyen bir diğer faktörde ulaşım hizmetleridir. Arz ve talep dengesinin sağlanması yöntem kullanımını etkileyebilir. Afetler sonrasında modern yöntemlerin sunumunda da kişilerin bu yöntemlere ulaşımında da sorunlar yaşanabilmektedir. Bu yüzden modern yöntem kullanım oranlarının düşüklüğü anlaşılabılır.

5.1.3. Geleneksel Yöntem Kullanımı

Çalışmamızda geleneksel yöntem kullanımı %17,8 bulunmuştur. Geleneksel yöntemlerin sık oranda kullanılması modern AP hizmetlerine ulaşımın zor, pahalı ve bazı yöntemler için sağlık merkezlerinin ve nitelikli sağlık çalışanlarının yetersizliğini gösteren durumdur. Son TNSA çalışmasına göre geleneksel yöntem kullanımı Türkiye geneli %20,9, güney bölgesinde %17,7 olup çalışmamızla benzer oranlardadır (3). Deprem öncesi Hatay'da yapılan çalışmada geleneksel yöntem kullanımı %17,0 olup çalışmamızla benzerdir (105). Endonezya'daki Sumatra depremi sonrasındaki çalışmada geleneksel yöntem kullanımı %33,0 olup çalışmamızdaki orandan daha yüksektir (111).

5.1.4. Yöntem Kullanımı ile İlgili Açıklamalar

AP yöntemlerinin kullanımını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin gelir durumu, inançlar, aile baskısı ve yöntemlerle ilgili endişeler öne çıkmaktadır. Ayrıca, kişilerin yaşadığı yaşam koşulları da yöntem kullanımını etkileyebilmektedir. Kişilerin AP yöntemlerini talep etmesi ile özel ya da kamusal sağlık kuruluşlarının hizmet sunumu arasındaki dengeye göre yöntem kullanım oranları değişmektedir.

Afetler sonrasında da benzer faktörler etkili olmaya devam eder. Ancak, afetler sonrasında hem talepte azalma hem de hizmet sunumunda aksamalar olabilir ve afet öncesindeki diğer faktörlerin etkisi artabilir. Buna karşın, afetler sonrasında ÜS hizmetlerinin sivil toplum kuruluşları tarafından iyi bir şekilde desteklenmesi, önceki duruma göre daha yüksek oranlarda yöntem kullanımına yol açabilir. Özellikle afetin akut dönemine ve yardımların yoğun olduğu bir döneme denk gelen çalışmamızda, deprem öncesi çalışmalara benzer yöntem kullanım oranları bulunması bu nedenle anlaşılabilir.

5.1.5. Modern-Geleneksel Yöntemlerin Yıllara Göre Kullanım Sıklığının Değişimi

Çalışmamızda modern yöntem kullanımı %51,8, geleneksel yöntem kullanımı ise %17,8 olarak bulunmuştur. TNSA çalışmalarında Türkiye geneli son 20 yıldaki çalışmalara bakıldığında modern yöntem kullanımı %43,0'ten %49,0'a sürekli artış gösterirken geleneksel yöntem kullanımı ise bunun tersine %29,0'dan %21,0'e sürekli düşüş göstermiştir. Hatay'ın yer aldığı güney bölgesinde ise modern yöntem kullanımı 2013 yılına kadar %45,0'ten %48,0'e yükselmişken 2018 yılında tekrar düşüşe geçmiştir.

ve %47,0 olmuştur. Aynı bölgede geleneksel yöntem kullanımına bakıldığında sürekli düşüş gözlenmiş olup %26,0'dan %18,0'e düşmüştür (3, 40, 68, 69). Tüm çalışmalarda geleneksel yöntemin kullanımındaki düşüş modern yöntem kullanımına yansımamaktadır. Bu durum sonucunda yöntem kullanmayanların oranında artış olduğu gözlenmektedir.

5.1.6. Geri Çekme Yöntem Kullanımı

Çalışmamızda en sık kullanılan yöntem %25,3 ile geri çekme olarak bulunmuştur. Hatay'da deprem öncesi yapılan çalışmada geri çekme yöntem kullanım oranı %21,0 ile ikinci en sık kullanılan yöntem olup çalışmamızdan düşük bulunmuştur (105). TNSA 2018 çalışmasına göre geri çekme yöntemi kullananların oranı bölgemizde %17,7 ve ülke genelinde %20,4 ile en sık kullanılan yöntem olup çalışmamızdan düşük orandadır (3). Hatay'da düşük yapan kadınlarda istenmeyen gebeliklerin araştırıldığı çalışmada ve Osmaniye'de bir ASM'ye kayıtlı kadınların yöntem kullanımını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada %26,0 oranında geri çekme yöntemi kullanıldığı saptanmış olup çalışmamızla benzer orandadır (103, 106). Şanlıurfa'da Turan ve arkadaşlarının erken postpartum dönemde kadınların aile planlamasına yönelik tutumu ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmada geri çekme yöntemi kullananların oranı %33,0 ile ilk sırada olup çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (100). Afetlerden sonra yapılan bazı çalışmalarda ise çalışmamızdan farklı olarak geri çekme yöntemi son sıralarda yer almış olup hap ve enjeksiyon kullanımı ilk sıralarda yer almaktadır (92, 96, 107, 108, 111). Türkiye genelinde TNSA çalışmalarına göre geri çekme yöntemi 2013 yılına kadar aynı seviyede kalıp 2018 yılında %5,0'lık düşüş gözlenmiştir (3, 40, 68, 69). Yurtdışı çalışmalarda geri çekme yöntemini kullanma sıklığının düşük olmasının nedenleri arasında afet öncesi dönemdeki kullanım oranları, AP yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri, sağlık hizmet sunumlarının yeterliliği veya kişisel tercihler yer almış olabilir. Bölgemizde yapılan

Çalışmalarda farklı oranlarda geri çekme yöntemi kullanılmasında çalışmalarda yer alan katılımcıların yalnızca belli bir ASM'den seçilmesi veya düşük yapmış kişiler gibi belli bir özellikteki katılımcıların seçilmesinden kaynaklı olabileceği düşünölmektedir.

5.1.7. Ria Yöntem Kullanımı

Çalışmamızda ikinci en sık kullanılan yöntem %18,8 ile Ria saptanmıştır. Deprem öncesi Hatay genelinde yapılan bir çalışmada çalışmamızla benzer oranda %18,0 oranında ancak üçüncü sırada RİA kullanımı olduğu bulunmuştur (105). Gaziantep'te el işi kursuna giden kadınların aile planlaması yöntem kullanımı ile ilişkili faktörlerin araştırıldığı çalışmada ise %27,0 oranında en sık RİA yönteminin kullanıldığı bulunmuştur (101). Osmaniye'de ve Şanlıurfa'da bir ASM'de kayıtlı kadınların aile planlaması yöntem kullanımının araştırıldığı çalışmalarda RİA kullanımı sırasıyla %10,0 ve %16,0 bulunmuş olup çalışmamızdan düşüktür (103, 104). Endonezya'da meydana gelen depremler sonrası yapılan çalışmalarda RİA kullanımı %16,0 ile %19,0 arasında bulunmuş olup en sık kullanılan üçüncü yöntem olarak saptanmıştır (92, 111). Pakistan'daki sel afeti sonrası yapılan çalışmada ise RİA kullanımı tüm yöntemler arasında %2,0 oranında son sıralarda kullanılan yöntem olarak bulunmuştur (108). TNSA 2018 alışmasında RİA kullanımı Türkiye genelinde %13,7 ile üçüncü en sık, güney bölgesinde ise %12,9 ile dördüncü en sık kullanılan yöntem olarak çalışmamızdan düşük oranda bulunmuştur (3). Çalışmamızda her beş kadından birinin RİA yöntemi kullandığı bulunmuştur. Bu durum deprem öncesi durumla benzerdir. RİA kullanımı hem nitelikli sağlık tesisleri ve ekipmanlara hem de nitelikli sağlık çalışanlarının bulunmasına göre değişebilir. Çalışmamızda RİA kullanımının afet öncesi dönemle benzer olması afet sonrası yardımların büyük oranda devam ettiği ve üreme sağlığı alanında yurtdışı ve yurtiçi desteklerin olduğu döneme denk gelmesi nedeniyle olduğu düşünölmektedir. Osmaniye ve Şanlıurfa'da RİA

kullanımının çalışmamızdan düşük Gaziantep'te ise çalışmamızdan yüksek bulunması ise katılımcıların özellikleri ile açıklanabilir. Pakistan'da herhangi bir yöntem kullanımının düşük olması bu düşüklüğün RİA kullanımına da yansımış olabileceğini düşündürmektedir.

5.1.8. Kondom Yöntem Kullanımı

Çalışmamızda üçüncü en sık kullanılan yöntem %16,1 ile erkek kondomu saptanmıştır. Hatay'da deprem öncesi ASM'lerde yapılan çalışmada kondom kullanımı %28,0 ile en sık kullanılan yöntem olarak bulunmuştur (105). Gaziantep ilinde Gür ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kondom kullanımı %14,0 ve Şanlıurfa'da yapılan çalışmada %20,0 ile çalışmamıza yakın oranlarda bulunmuştur (101, 104). Avcı ve arkadaşlarının Osmaniye'de yaptığı çalışmada kondom kullanımı %35,0 ile ilk sırada yer almaktadır (103). Haiti ve Endonezya'daki depremler sonrası ile Ike kasırgası sonrası Amerika'da yapılan çalışmada sırasıyla %6,0, %5,0 ve %6,0 oranlarında çalışmamızdan düşük oranda kondom kullanımı olduğu saptanmıştır (96, 111, 112). TNSA 2018 çalışmasına göre kondom kullanımı Türkiye genelinde %19,1, güney bölgesinde ise %14,6 ile ikinci en sık kullanılan yöntem olup çalışmamızla benzer oranlara sahiptir (3). Çalışmamızda kondom kullanım oranı deprem öncesinde Hatay'da yapılan çalışma ile Osmaniye'de yapılan çalışmadan daha düşük oranda bulunmuştur. Osmaniye ve Hatay'da yapılan çalışmalar ASM'ye kayıtlı aile planlaması konusunda bilinçli olabilecek kişilere yapılmış olması nedeniyle kondom kullanımı bizim çalışmamızdan yüksek çıkmış olabilir. Bizim çalışmamızdaki kondom kullanım oranının yurtdışında afetler sonrasında yapılan bazı çalışmalardan yüksek olması afet nedeniyle buradaki kişilerin daha uzun süreli yöntemleri tercih etmeleri nedeniyle olabilir.

Enjeksiyon kullanımı özellikle Endonezya'da 2006 yılında meydana gelen deprem sonrası ve 2016 Haiti depremi sonrası yapılan çalışmada en sık kullanılan yöntem olarak bulunmuştur (92, 96). Endonezya Sumatra ve Pakistan depremleri

sonrası ile Pakistan’da meydana gelen sel afeti sonrası ise en sık kullanılan yöntem hap olmuştur (107, 108, 111). Çalışmamızda yaklaşık dört kişiden birinin geri çekme yöntemi kullandığı tespit edildi. Etkisiz ya da etkisi düşük olan geri çekme yönteminin kullanılması hem anne sağlığını hem de çocuk sağlığını önemli derecede etkilemektedir. Kondom kullanımının yaygın olması temin edilmesinin diğer modern yöntemlere göre daha kolay olmasıyla açıklanabilir. Enjeksiyon ve RİA kullanımı sağlık kurumlarına başvuru ve yeterli bilgiye sahip sağlık çalışanının olmasına bağlıdır.

5.1.9. Yöntem Türlerinin Yıllara Göre Kullanım Sıklığının Değişimi

Türkiye’de kullanılan yöntem çeşitlerine bakıldığında en sık kullanılan üç yöntem 2018 yılında sırasıyla geri çekme (%20,4), kondom (%19,1) ve Ria (%13,7) olarak bulunmuştur. Son 25 yıldaki değişime bakıldığında geri çekme ve Ria kullanım yüzdeleri düşerken, kondom kullanım oranı ise artmıştır. Geri çekme yöntemi kullanım oranı 1993’ten 2013’e kadar hemen hemen aynı seviyede kalırken, 2013’ten 2018’e gelindiğinde %5,1’lik düşüş gözlenmiştir. Ria kullanımı 2003 yılına kadar her beş yılda bir %1’lik bir artış gösterirken, 2003 yılından itibaren sürekli düşerek %6,5’lik bir düşüş gözlenmiştir. Bunun başta gelen sebepleri ise gerekli ekipmanların sağlanamaması ve yeterli bilgiye sahip sağlık çalışanlarının az olmasından kaynaklanmış olabilir. Kondom kullanımı ise 2003 yılında %6,6’dan 2018 yılına gelindiğinde %19,1’e yükselerek yaklaşık 3 katı kadar artmıştır. Diğer yöntemler arasında tüplerin bağlanması aynı yıllar arasında neredeyse 5 kat artmış ve %2,9’dan %10,4’e yükselmiştir. Yöntem kullanmayanların oranı 2013 yılına kadar sürekli azalırken 2018 yılına gelindiğinde %26,5’ten %30,2’ye yükselmiştir.

5.2 Hizmete Erişimdeki Zorluklar

Çalışmamızda yer alan dört katılımcıdan üçü AP hizmetlerine ulaşımın zor olduğunu düşünmektedir. Afetler sonrası yapılan çeşitli çalışmalarda AP hizmetlerine erişimin zor olduğunu düşünenlerin oranı %10,0 ile %80,0 arasında değişmektedir (92, 109, 111, 112). Hizmetlere ulaşımın zor olmasının sebepleri iki grupta incelenebilir. Hizmet sunumunu yapan kişi ve kurumlardan kaynaklı sebepler ile hizmeti alan kişinin kendisinden kaynaklı sebepler.

Endonezya’da farklı zamanlarda meydana gelen depremler sonrası yapılan çalışmalarda erişimin zor olduğunu düşünenlerin oranı %11,0 ve %85,0 olup birbirinden çok farklıdır. Ülkemizdeki durumla karşılaştırdınca Endonezya’daki 2016 depremi sonrasında %85,0 olan oran bizim çalışmamıza yakın olmakla birlikte 2009 depremi sonrası erişimin zor olduğunu düşünenlerin oranı daha düşüktür (92, 111). Hizmetlerin erişilebilirliğinin artırılması için sağlık merkezlerinin yaygınlaştırılması ve hizmetlerin ücretsiz veya karşılanabilir maliyetlerle sunulması gereklidir. Ancak afetin etkisi, afet sonrası yapılan yardımlar, yardımların gerekli yerlere yönlendirilmesi ve yardımların ulaştırılması için gerekli yol ve araç gereçlerin yeterli olmasına bağlı, kamu hizmetleri kaynaklı toplu taşıma olmaması ve sağlık tesislerinin uzaklığı nedeniyle erişim zorlukları yaşanabilmektedir. Ayrıca kişiden kaynaklı sebepler olarak AP hizmetlerinin kullanımına ilişkin katılımcıların bilgi, tutum ve davranışlarının farklı olması da buna sebep olabilir. Çalışmamızın yapıldığı Antakya’da çevre illerden kara yolu ile gelen yardımların geçebileceği tek nokta belen geçidi yoludur. Deprem sonrasında bu yolun yetersiz kalması araç giriş çıkışını zorlaştırmış ve yardımların geç ulaşmasına sebep olmuş olabilir.

Amerika’daki Katrina ve İke kasırgaları sonrası AP hizmetlerine ulaşımın zor olduğunu düşünenlerin oranı %62,0 ve %57,0 olup çalışmamızdan daha düşüktür (109, 112). Buralardaki düşüklüğün sebepleri afete daha hazır bir toplum olmaları ve ekonomik gücün ülkemizden daha fazla olmasıyla açıklanabilir.

5.3. Yöntem Kullanmama Sebepleri

Çalışmamızda en yaygın yöntem kullanmama sebebi gebe olan veya gebelik isteyenler ile yeni doğum yapmış katılımcılar dışında %12,6 ile yan etki endişesi ve %10,7 ile sağlık kaygısıdır. Kahramanmaraş'ta yapılan çalışmada gebelik isteyenler dışında en sık yöntem kullanmama sebepleri %14,8 ile eşin yanında olmaması ve %9,2 ile aynı oranda eşin istememesi ile sağlık kaygısı yer almaktadır (102). Osmaniye'de yapılan çalışmada tüm katılımcılar arasında gebelik isteyenler ile gebe olanlar dışında en sık yöntem kullanmama sebebi %3,8 ile eşin istememesi bulunmuştur (103). Şanlıurfa'da yapılan çalışmada da gebe veya menopozda olan kadınlar dışında en sık yöntem kullanmama sebebi %5,7 ile eşin istememesi ve %5,4 ile yanlış inanç ve tabular olarak bulunmuştur (113). Şanlıurfa'da yapılan başka bir çalışmada ise en sık yöntem kullanmama sebebi %27,4 ile eşin istememesi bulunmuştur (104). Pakistan'da yaşanan sel afeti sonrası yapılan çalışmada en sık yöntem kullanmama sebebi %35,0 ile %35,0 ile dini inanışlar, %17,0 ile ailenin istememesi ve yine %17,0 oranında yan etki korkusu olarak bulunmuştur (108). Bireyler, aile planlaması konusunda özgürce karar verebilme hakkına sahip olmalıdır. Bu kararlar, baskı veya zorlama olmaksızın, tamamen kişisel tercihlere dayanmalıdır. Bireyler, doğum kontrol yöntemleri ve çocuk sahibi olma zamanı gibi konularda kendi kararlarını alabilmelidir. İlimiz dışındaki çalışmalarda yöntem kullanmama sebepleri arasında ön plana çıkan durum eşin istememesi olmuştur. Bu durum katılımcıların eğitim durumları, eşlerin eğitim durumları ve sosyokültürel farklılıklarla açıklanabilir. Pakistan'da sosyokültürel olarak bizim toplumumuzdan farklı olmaları, yöntemler konusunda bilgilerinin ve kullanma davranışlarının farklı olması sebebi ile bu durum açıklanabilir.

5.4. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı ve İstenmeyen Gebelikler

Çalışmamızda karşılanmamış AP ihtiyacı tüm katılımcıların %16,6'sına denk gelmektedir. Hatay'da deprem öncesi yapılan çalışmada da benzer şekilde %16,2 oranında karşılanmamış AP ihtiyacı bulunmuştur (105). TNSA 2018 çalışmasında Türkiye geneli ve güney bölgesinde karşılanmamış AP ihtiyacı sırasıyla %11,6 ile %13,0 oranında çalışmamızdan daha düşük oranda saptanmıştır (3). Haiti'de 2010 yılında meydana gelen deprem sonrası yapılan bir çalışmada karşılanmamış AP ihtiyacı %24,0 oranında çalışmamızdan daha yüksek oranda bulunmuştur (96). Son yirmi yılda Türkiye geneli ve güney bölgesinde 2013 yılına kadar yaklaşık %6,0 oranında sabit bir şekilde kalan karşılanmamış AP ihtiyacı 2018 yılında iki katına çıkmıştır (3, 40, 68, 69). Çalışmamızdaki karşılanmamış AP ihtiyacı oranının son dönemdeki Türkiye geneli çalışmalara bakıldığında artmış olduğu gözlenmektedir. Bu durum halk sağlığı açısından çözülmesi gereken önemli bir sorundur. Ancak bu sorunun çözümü AP yöntem teminin kolaylaştırılması ve nitelikli sağlık çalışanlarının artırılması yanı sıra sağlık politikalarının düzenlenmesiyle mümkün olabilir.

Çalışmamızın yapıldığı sıradaki gebeliklerin yaklaşık %70,0'i, son iki yıl içindeki gebeliklerin de yaklaşık %40'ı istenmeyen gebeliklerdir. Son iki yıl içinde gebe kalanlar ile çalışmanın yapıldığı sırada gebe olanlar birlikte değerlendirildiğinde istenmeyen gebelik yaşayanların oranı %42,0 olarak bulunmuştur. Ayrıca deprem sonrasında gebe kalmak istemeyenlerin oranı kararsızlar da dahil edildiğinde %75,0'e ulaşmaktadır. Hatay'da yapılan deprem öncesi çalışmalarda çalışmamızdan oldukça düşük oranda %15,0 ile %16,0 oranlarında istenmeyen gebelik gözlenirken gebe kalmak istemeyenlerin oranı %80,0 ile benzerdir (105, 106). Bölgemizde yer alan diğer bazı illerdeki çalışmalarda istenmeyen gebelik oranı %17,0 ile %24,0 arasında değişmekte olup çalışmamızdan düşük oranda bulunmuştur (100-102, 113). TNSA 2018 çalışmasında istenmeyen gebelik yaşayanların oranı %25,0 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada katılımcıların yaklaşık %70,0'i gebe kalmak istememektedir (3). Son yirmi yıldaki TNSA çalışmalarına bakıldığında istenmeyen gebelik oranlarında Türkiye geneli 2013 yılına kadar %34,0'ten %24,0'e sürekli bir düşüş gözlenirken

2018 yılına gelindiğinde tekrardan artış trendine girildiği ve %26,0 oranında istenmeyen gebelik olduğu gözlenmiştir (3, 40, 68, 69). Çalışmamızın yapıldığı sırada gebe olanların dördünden üçünün gebeliği istemediği, son iki yılda gebelik yaşayanların yaklaşık yarısının gebeliği istemediği saptanmıştır. Ayrıca çalışmada yer alan katılımcıların dördünden üçü gelecekte gebe kalmak istememektedir. İstenmeyen gebelikler sağlıklı koşullarda düşük yapılmasına yol açabilmekte bu da anne sağlığını ciddi ölçüde tehlikeye düşürmektedir. Gebelik gerçekleşmesi durumunda ise hem annenin hem de çocuğun sağlığı risk altında olabilmektedir. Çalışmamızın yapıldığı sırada gebe olanların %26,3'ü afet öncesi gebe olup afeti gebe iken yaşamış kişilerdir. Bu kişiler afet öncesinde planlı bir gebelik istemiş ancak afet sonrasında şartların zorlaşması nedeniyle fikirlerini değiştirmiş olabilirler. Aile planlaması hizmetleri, tüm bireyler için coğrafi, ekonomik ve sosyal engeller olmaksızın erişilebilir olmalıdır. Çalışmamızda istenmeyen gebeliklerin daha yüksek olması afet sonrası erken aşamada çalışmanın yapılmış olması ve gebelik öncesi, gebelik ve doğum ile gebelik sonrası bakım için yeterli imkanların olmaması ve aile planlaması yöntemlerine erişimin zor olması ile açıklanabilir. Hizmetlerin erişilebilirliğinin artırılması için sağlık merkezlerinin yaygınlaştırılması ve hizmetlerin ücretsiz veya karşılanabilir maliyetlerle sunulması gereklidir. Afet sonrası olumsuz barınma koşulları, sağlık hizmetlerine ulaşımın zor olması, bakım hizmetlerinin zor olması ayrıca bu durumu açıklayabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda katılımcıların tamamına yakını en az bir yöntem bilmektedir. Katılımcıların en çok bildikleri yöntemler sırasıyla hap, Ria ve kadın tüplerinin bağlanmasıdır. Katılımcıların %69,6'sı herhangi bir yöntem ve %51,8'i modern yöntem kullanmaktadır. Ancak en çok kullanılan yöntem etkisi sınırlı olan geri çekme yöntemi olduğu bulunmuştur. Dört kişiden birisi bu yöntemi kullanmaktadır. Son iki yılda gebelik yaşayanların yarıya yakını ve çalışmanın yapıldığı sırada gebe olan on katılımcıdan altısı gebeliklerini istemediklerini bildirmiştir. Katılımcıların onundan birisi yaşamları boyunca en az bir kez isteyerek düşük gerçekleştirmiştir. Katılımcıların %31,1 olarak yüksek oranda modern karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı %16,6'sının da Türkiye ortalamasının üzerinde karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı bulunmuştur. Çalışmada yer alan katılımcıların büyük çoğunluğu AP hizmetlerine ulaşımın zor olduğunu düşünmektedir.

Herhangi bir yöntem kullanımını özellikle ilk gebelik yaşı, ilk evlenme yaşı, eşin çalışma durumu, yaşayan çocuk sayısı ve son iki yılda gebelik yaşama durumunun etkilediği bulundu. İlk gebelik yaşı büyük olanların, eşi çalışmayan katılımcıların, yaşayan çocuk sayısı az olanların, son iki yıl içinde gebelik yaşamayanların, ilk evlenme yaşı küçük olanların herhangi bir yöntem kullanımının düşük olduğu gözlemlendi. Karşılanmamış AP ihtiyacını eşin yaşı, eşin çalışma durumu ve son iki yıl içinde gebe kalma durumunun etkilediği bulundu. Eşin yaşı arttıkça karşılanmayan gereksinimin arttığı bulundu. Ayrıca eşi çalışmayan katılımcılar ile son iki yılda gebelik yaşayan katılımcıların karşılanmamış AP ihtiyacı daha fazlaydı.

Afet sonrası kadınların cinsel fonksiyonlarında da aksamalar olabileceği düşünülmektedir. Afetten sonra yaşanan tekrar yaşama korkusu ve yaşam alanlarının

değişmesine bağlı olarak cinsel ilişkiden kaçınma, eşler arasındaki iletişim ve doyumun azalmasına yol açabilir. Bu durum, aile ilişkilerini olumsuz etkileyebilir ve sadece kadının sağlığını değil, aynı zamanda çocuk sağlığı, aile sağlığı ve nihayetinde toplum sağlığını da etkileyebilir. Bu nedenle, depremder gibi geniş kapsamlı etkilere sahip olan afetlerde, kadın sağlığına yönelik bireysel ve toplumsal farkındalık oluşturulmalı, kadınlara pozitif ayrımcılık sağlanmalı ve kadınların zarar görebilirlikleri azaltılmalıdır. Bu kapsamda şunlar önerilebilir;

1. ÜS Hizmetlerine Erişim

- ÜS hizmetlerine erişim afet sonrası kesintiye uğramamalı.
- Gebe ve lohusa kadınlar için özel sağlık hizmetleri sağlanmalı.

2.Eksik olan hizmetin karşılanması

- Sosyal güvenlik kurumunun aile planlaması hizmetlerini karşılamasına yönelik çalışmalar yapılmalı
- Sürdürülebilir kalkınma hedeflerinden üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili olan 3.7 ve 5.6 maddelerindeki hedeflere ulaşmak için gerekli çalışmalar yapılmalı, bu hedeflerde yer alan üreme sağlığı haklarına evrensel erişimin sağlanması için gerek ulusal gerekse de uluslararası programlar geliştirilmeye çalışılmalı
- Afet öncesinde aile planlaması hizmetleri ne kadar iyi olursa afet sonrasında hizmetlerin aksama olasılığı o derece az olacağından afete yönelik yapılan hizmetlerin afet sonrasında da geliştirilerek devam etmesi sağlanmalı

3. Afete dayanıklı sağlık sistemleri

- Afet öncesinde sağlık sistemleri güçlendirilmeli afetin zarar verme etkisi en aza indirilmeli
- Depremden etkilenen kadınlara psikososyal destek sağlanmalı.

4.Riskli gruplara öncelik verilmeli

- Çalışmayan sosyal güvencesi olmayanlara öncelik verilmeli

- İleri yaşlarda aile planlaması ihtiyacı olan ve hizmete erişimleri sınırlı olanlara öncelik verilmeli
- Gebe olanlara ya da özellikle 2 yaş altında çocuğu olanlara öncelik verilmeli

5.Aile planlaması konusunda eğitim verilmeli

- Çalışmamıza göre ve Türkiye genelinde geleneksel yöntem kullanımı yaygın olup bu konuda ihtiyaç sahibi olan herkese ayırım gözetmeksizin bu konuda ücretsiz eğitimler verilmeli
- Aile planlaması yöntemlerinin etki düzeyleri, yan etkileri ve kullanım endikasyonları hakkında yanlış bilginlerin önüne geçerek doğru eğitimlerin verilmesi sağlanmalı

6.Aile planlaması hizmetleri insan hakları temelinde ele alınmalı

- Hak temelli yaklaşım, aile planlaması hizmetlerinin bireylerin temel insan hakları çerçevesinde sunulmasını sağlar. Bu yaklaşım, herkesin cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum, ırk veya diğer herhangi bir nedenle ayrımcılığa maruz kalmadan aile planlaması hizmetlerine erişebilmesini amaçlar.
- Aile planlaması hizmetleri, tüm bireyler için coğrafi, ekonomik ve sosyal engeller olmaksızın erişilebilir olmalıdır. Bireyler aile planlaması hakkında doğru ve güncel bilgilere erişebilmelidir.
- Aile planlaması hizmetlerinin kaliteli ve güvenli olması esastır. Hizmet sunumu sırasında bireylerin mahremiyetine saygı gösterilmeli ve kişisel bilgileri korunmalıdır.
- Bireyler, aile planlaması konusunda özgürce karar verebilme hakkına sahip olmalıdır. Aile planlaması hizmetleri sunulurken, bireylerin bilgilendirilmiş rızası alınmalıdır.
- Aile planlaması hizmetlerinin sunumunda cinsiyet eşitliğine dikkat edilmelidir. Kadınların üreme hakları konusunda bilinçlendirilmesi ve güçlendirilmesi önemlidir.
- Aile planlaması hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için bireylerin eğitim ve istihdam olanaklarına erişimi artırılmalıdır. Ekonomik olarak

dezavantajlı bireyler ve topluluklar, aile planlaması hizmetlerine erişim konusunda desteklenmelidir.

Bu önlemler, kadınların afet sonrası yaşamlarını yeniden inşa etmelerine yardımcı olabilir ve toplum sağlığının korunmasına katkıda bulunabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Güler Ç, Akın L, Akın A, T Akşit B, Akgün S, Altıntaş KH, et al. Halk sağlığı temel bilgiler 3: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2015.
2. United Nations Population Fund (UNFPA) (2022). Seeing the unseen: The case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy. State of the World Population 2022. New York. Available at [https:// unfpa.org/swp2022](https://unfpa.org/swp2022).
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2018
4. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4 [Available from: (https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesd_pd_2022_world-family-planning.pdf)].
5. Şahin NH, BULDUK SB. Kontraseptif yöntemler için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün uygunluk ölçütleri. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;1:37-41.
6. UNFPA. Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage [Internet].Erişim adresi: <https://www.unfpa.org/featured-publication/sexual-and-reproductive-health-and-rightsessential-element-universal-health>. 2019 [a.yer 21 Aralık 2023].
7. Nairobi Summit ICPD+25 | United Nations [Internet]. [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.un.org/en/conferences/population/nairobi2019>.
8. Gündüz F. Afetlerde kadın ve toplumsal cinsiyet perspektifi ile çıkarılması gereken dersler (Haiti ve Japonya depremi örneği). IBAD Sosyal Bilimler Dergisi. 2022(12):440-60.
9. Onyango MA, Hixson BL, McNally S. Minimum Initial Service Package (MISP) for reproductive health during emergencies: time for a new paradigm. Global public health. 2013;8(3):342-56.

10. Sağlık SBAC, Müdürlüğü APG. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul. 1997:1-15.
11. Foster DG, Raifman SE, Gipson JD, Rocca CH, Biggs MA. Effects of Carrying an Unwanted Pregnancy to Term on Women's Existing Children. J Pediatr. 2019;205:183-9.e1.
12. Potts M, Campbell M. History of contraception. Gynecology and Obstetrics. 2002;6(8):1-23.
13. A. DY. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Üreme Sağlığı/ Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi (tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi 2014.
14. Özçelik E. Doğal aile planlaması yöntemleri. The Journal of Turkish Family Physician. 2016;7(3):45-53.
15. Aksu H. Aile Planlaması Danışmanlığı. 2022.
16. United Nations Population Fund. Programme of Action of the International Conference on Population Development. 20th Anniversary Edition. 2014:3-9.
17. Özvarış Ş, Ertan A. Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. HÜKSAM Hacettepe Yayınları. 2003:113-125.
18. Akın A, Koçoğlu GO. Üreme Sağlığı Uluslararası Kararlar ve Türkiye Uygulamaları. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. 2002:23-24.
19. Sağlık Bakanlığı. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015.
20. Ataç CA. Gerçeğin Peşindeki Kadınlar: Wonder Woman, Margaret Sanger ve Planned Parenthood'un Geleceği. Kadın/Woman 2000. 2015;16(2).
21. Organization WH. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. 2017.
22. Goldzieher JW, Stanczyk FZ. Oral contraceptives and individual variability of circulating levels of ethinyl estradiol and progestins. Contraception. 2008;78(1):4-9.

23. Mesut D. Türkiye’de Uygulanan Nüfus Politikalarına Genel Bir Bakış’. Marmara Coğrafya Dergisi. 2011;23.
24. Oktay EY. Türkiye’de Cumhuriyet’in İlanından Günümüze Uygulanan Nüfus Politikaları. Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2014;4(7).
25. H. B. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Merkezine 2009 yılında başvuran hastaların yaş, eğitim düzeyi ve sahip oldukları çocuk sayısına göre tercih ettikleri doğum kontrol yöntemi dağılımı (tez). 2010.
26. Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2013;27(1):3-12.
27. Akın A EK. 2050'ye doğru nüfus bilim ve yönetim: sağlık sistemine bakış. Ankara. Sis Matbaacılık 2012. 27-32 p.
28. Giriş ÜS, Rehberi K. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara; 2009. p. 27-66.
29. Aydın S. Reproductive Health for Men. Van Med J. 2000;7(3):117-9.
30. Kara ŞA ÖŞ. Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) ve Türkiye’de Cinsiyete Göre Ölüm ve Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi İlişkisi. 2022;32:95–105.
31. N. B. Uluslararası kararlarda kadın konusu. Sağlık ve Toplum. 1998;8:16–22.
32. TAŞKIN L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği: Akademisyen Kitabevi; 2019.
33. Clayton EW, Butler AS. A review of the HHS family planning program: mission, management, and measurement of results. 2009.
34. APAY SE, PASİNLİOĞLU T. NİŞANLI ÇİFTLERİN EVLENDİKTEN SONRA KULLANMAYI DÜŞÜNDÜKLERİ AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;11(4):30-7.
35. Brown H, Small M. Approaches to reduction of maternal mortality in resource-limited settings. UpToDate Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approaches-to-reduction-of-maternal-mortality-in-resource-limited-settings>. 2022.

36. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2020). World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating action to ensure universal access to family planning (ST/ESA/SER.A/450). 2020.
37. Dakhly DM, Bassiouny YA, Bayoumi YA, Gouda HM, Hassan AA, Hassan MA, et al. RETRACTED ARTICLE: Current contraceptive trends among married Egyptian women: a cross-sectional survey. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2018;23(5):351-6.
38. Teşkilatı DP. Kalkınma planı (Birinci beş yıl). 1963
39. Eryurt MA, Canpolat ŞB, Koç İ. Türkiye’de nüfus ve nüfus politikaları: Öngörüler ve öneriler. Amme İdaresi Dergisi. 2013;46(4):129-56.
40. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2008.
41. Enstitüsü HÜNE. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Elma Teknik Basım ve matbaacılık2014.
42. Robinson WC, Ross JA. The global family planning revolution: three decades of population policies and programs: World Bank Publications; 2007.
43. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun [İnternet]. [Erişim Tarihi:25.12.2023]. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf>. [
44. Turğut F. TÜRK SİYASETİNDE SON DÖNEM AİLE POLİTİKALARI/RECENT FAMILY POLICIES IN TURKISH POLITICS. Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 2016(35):411-26.
45. TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013. Ankara: TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı; 2007. 106. Yayın No: DPT 2723.
46. TC Kalkınma Bakanlığı. Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. Ankara: TC Kalkınma Bakanlığı; . 2013. 212. Karar No: 1041.
47. Aksu H, Karaöz B. ACİL KONTRASEPSİYON YÖNTEMLERİNİN TANITIM GEREKSİNİMİ. Sağlık bilimleri dergisi. 2008;17(1):63-8.

48. Enstitüsü HÜNE. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Müdürlüğü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2013.
49. Research. WHODoRHa. A Global Handbook for Providers: Evidence-based Guidance Developed Through Worldwide Collaboration. Johns Hopkins Ccp-Info. 2007 45-50.
50. Nations U. Contraceptive use by method. 2019. New York, USA. 2019.
51. Organization WH. Annual technical report 2015: department of reproductive health and research, including UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research Training in Human Reproduction (HRP). World Health Organization; 2016.
52. Organization WH. Implementation guide for the medical eligibility criteria and selected practice recommendations for contraceptive use guidelines: a guide for integration of the World Health Organization (WHO) Medical eligibility criteria for contraceptive use (MEC) and Selected practice recommendations for contraceptive use (SPR) into national family planning guidelines. 2018.
53. Sedgh G, Hussain R. Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in family planning*. 2014;45(2):151-69.
54. Koç İ. EB, Türkyılmaz A. S., Kaptanoğlu İ. Y., Bircan A. Ç., Özgören A. A., Saraç M. , Çağatay P., Enfiyeci Z. Y., Barkçin E. M., Koyuncu Y. ,Güneş K. . Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1993-2018 Üreme Sağlığı Konularında Tematik Analizler: Emsal Matbaası; 2022. : Emsal Matbaası; 2022. Available from: file:///C:/Users/dr%20ahmet/Desktop/aile%20planlamas%C4%B1%2024%20temmuz%2023/Literat%C3%BCr/ureme_sagligi_konusunda_tematik_analizler_1993-2018.pdf.
55. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022a). *World Population Prospects 2022*.
56. Koç İ. EB, Türkyılmaz A. S., Kaptanoğlu İ. Y., Bircan A. Ç., Özgören A. A., Saraç M. , Çağatay P., Enfiyeci Z. Y., Barkçin E. M., Koyuncu Y. ,Güneş K. . Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1993-2018 Üreme Sağlığı Konularında Tematik Analizler: Türkiye’de Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımında Öncü ve Geride Kalmış Sosyal Grupların Belirlenmesi İçin Eğilim Analizi: 1993-2018: Emsal Matbaası; 2022. Available from: file:///C:/Users/dr%20ahmet/Desktop/aile%20planlamas%C4%B1%2024%20temmuz%2023/Literat%C3%BCr/ureme_sagligi_konusunda_tematik_analizler_1993-2018.pdf.
57. Hacettepe University Institute of Population Studies (HUIPS). (1980). *Turkish Fertility Survey, 1978., Vol. 1: Methodology and Findings*, Ankara. 1980.

58. Koç İ. EB, Türkyılmaz A. S., Kaptanoğlu İ. Y., Bircan A. Ç., Özgören A. A., Saraç M. , Çağatay P., Enfiyeci Z. Y., Barkçin E. M., Koyuncu Y. ,Güneş K. . Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1993-2018 Üreme Sağlığı Konularında Tematik Analizler: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Açısından Hangi Kadınlar Geride Kalıyor? : Emsal Matbaası; 2022. Available from: :/Users/dr%20ahmet/Desktop/aile%20planlaması%2024%20temmuz202023/Literatür/ureme_sagligi_konusunda_tematik_analizler_1993-2018.pdf.
59. Koç İ. EB, Türkyılmaz A. S., Kaptanoğlu İ. Y., Bircan A. Ç., Özgören A. A., Saraç M. , Çağatay P., Enfiyeci Z. Y., Barkçin E. M., Koyuncu Y. ,Güneş K. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1993-2018 Üreme Sağlığı Konularında Tematik Analizler Gebeliği Önleyici Yöntemlere İlişkin Farklı İhtiyaçların Karşıllanması: Türkiye’de Karşılınmayan Gebeliği Önleyici Yöntem İhtiyacının Toplam Pazar Yaklaşımı ile Analizi: Emsal Matbaası; 2022. Available from: :/Users/dr%20ahmet/Desktop/aile%20planlaması%2024%20temmuz202023/Literatür/ureme_sagligi_konusunda_tematik_analizler_1993-2018.pdf.
60. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022 [Available from: <https://population.un.org/dataportal/data/indicators>].
61. OCAKTAN ME, ÖZDEMİR O, ÇALIŞKAN D, ÖZYURDA F, ÇÖL M, TÜMAY E. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan aile planlaması danışmanlığı ve rahim içi araç uygulama kursunun değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2003;56(3):141-6.
62. Hizmetleri TMEBS. Aile Planlaması. Ankara; 2017.
63. Westoff, C.F. and Bankole, A. (1995), Unmet Need: 1990-1994, Demographic and Health Surveys Comparative Studies. No.6. Macro International, Calverton, Maryland.
64. Bradley SE, Croft TN, Fishel JD, Westoff CF. Revising unmet need for family planning. 2012.
65. World Health Organization. Unmet need for family planning (%) [Internet]. [a.yer 19 Şubat 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imrdetails/3414>.
66. VURAL EZT, GÖNENÇ I. İstenmeyen Gebelikler, Güvensiz Düşükler ve Düşük Sonu Bakım. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2020;11(3):98-102.
67. KOÇAK HS, SOHBET R. KADINLARIN İSTEYEREK DÜŞÜK YAPMA NEDENİ VE DÜŞÜK SONRASI AİLE PLANLAMASI KULLANMA DURUMLARI. SSD Journal. 2022;7(33):476-87.

68. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye. 2003.
69. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2013.
70. Kılıç D, Çalışkan Z. Sağlık hizmetleri kullanımı ve davranışsal model. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi. 2013;2(2).
71. Aday LA, Andersen RM. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. Medical care. 1981;19(12):4-27.
72. GÖKKAYA D, ERDEM R. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN HASTALIK ŞİDDETİ ALGISIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017(26):149-84.
73. Andersen R. A behavioral model of families' use of health services. A behavioral model of families' use of health services. 1968(25).
74. Andersen R, Aday LA. Access to medical care in the US: realized and potential. Medical care. 1978;16(7):533-46.
75. PR D. Health Care Utilization: Understanding and applying theories and models of health care seeking behaviour. <http://www.cwru.edu/med/epidbio/mph439/healthcareutil.pdf>.
76. Thompson HS, Littles M, Jacob S, Coker C. Posttreatment breast cancer surveillance and follow-up care experiences of breast cancer survivors of African descent: an exploratory qualitative study. Cancer nursing. 2006;29(6):478-87.
77. Hoerster KD, Mayer JA, Gabbard S, Kronick RG, Roesch SC, Malcarne VL, Zuniga ML. Impact of individual-, environmental-, and policy-level factors on health care utilization among US farmworkers. American journal of public health. 2011;101(4):685-92.
78. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society. 1973:95-124.
79. Hodgins MJ, Wuest J. Uncovering factors affecting use of the emergency department for less urgent health problems in urban and rural areas. Canadian Journal of Nursing Research Archive. 2007:78-103.

80. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi (2. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi. 2010.
81. Kısa A. Sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler. Sağlık Kurumları Yönetimi,(1-20). 2002;1.
82. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of health and social behavior. 1995;1-10.
83. Top M. Gebe Kadınların Algıladıkları Sağlık İhtiyaçları Üzerine Bir Araştırma. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 1998.
84. Babitsch B, Gohl D, Von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. GMS Psycho-Social-Medicine. 2012;9.
85. Şenol V. Kayseri il merkezinde sağlık hizmetlerinin kullanımı ve algılanan sağlık ile ilişkisi. 2006.
86. AFAD AAYTS. TC Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Deprem Dairesi Başkanlığı. Ankara; 2014.
87. ÇELEBİ F, ŞENGÜN H. AFET VE KALKINMA İLİŞKİSİNDE KADIN. The Journal of Academic Social Science Studies. 2019;6(59):359-74.
88. DURSUN G. Yaşam Beklentisinde Afetlerin Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Üzerine Etkisi: Doğrusal Olmayan ARDL Modeli. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;2(40):65-87.
89. ÜNÜR E. AFET YÖNETİMİNDE TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ: DOĞAL AFETLERDE CİNSİYETE DAYALI ZARAR GÖREBİLİRLİK FARKI. Istanbul Aydın University Journal of Social Sciences/Istanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2021;13(2).
90. Düger Y, Yaman M. Doğal afetler bağlamında kadına yönelik cinsiyet temelli insan hakları ihlalleri. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 2022;24(43):931-52.
91. Bahmanjanbeh F, Kohan S, Yarmohammadian MH, Haghshenas A. Evaluation of reproductive health indicators in women affected by East Azarbaijan earthquake on August 2012. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2016;21(5):504-9.

92. Hapsari ED, Nisman WA, Lusmilasari L, Siswishanto R, Matsuo H. Change in contraceptive methods following the Yogyakarta earthquake and its association with the prevalence of unplanned pregnancy. *Contraception*. 2009;79(4):316-22.
93. Adkoli A, Kumar S, Futterman ID, Clare CA, Futterman I, Clare C. Access to family planning services following natural disasters and pandemics: A review of the english literature. *Cureus*. 2022;14(7).
94. Loewen S, Pinchoff J, Ngo TD, Hindin MJ. The impact of natural disasters and epidemics on sexual and reproductive health in low-and middle-income countries: a narrative synthesis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2022;157(1):11-8.
95. EMİNOĞLU A, KUŞLU S, Bilim Gİ. DEPREMDEN ETKİLENEN YAŞLILARIN RUHSAL DURUMU VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI MENTAL STATUS OF ELDERLY AFFECTED BY EARTHQUAKE AND NURSING APPROACH. KONGRE KÜNYESİ. 2023.
96. Behrman JA, Weitzman A. Effects of the 2010 Haiti earthquake on women's reproductive health. *Studies in family planning*. 2016;47(1):3-17.
97. TÜİK, ADNKS, <https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/?locale=tr> erişim tarihi:14.06.2024.
98. HİZMETLERİNE S, SAĞLIK EV. III. AY DEPREM RAPORU.
99. (<https://artigercek.com/guncel/hatayin-deprem-raporuaciklandi-89-bin-25-bina-gitti-245608h#image3>, 8 Nisan 2023, erişim tarihi: 04.06.2023.
100. Turan Z, Koruk F. Erken Postpartum dönemde kadınların aile planlamasına yönelik tutumu ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;16(1):103-13.
101. GÜR F, SOHBET R. GAZİANTEP İLİNDE EL BECERİ KURSLARINA GELEN KADINLARIN AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK, BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI. *Medical Sciences*. 2017;12(1):10-21.
102. Nazik F, Mumcu Ş, Sönmez M, Yılmaz AN, Yükseköl ÖD. 15-49 Yaş evli kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2021;4(3):326-36.
103. Avcı S, Mutlu S, Yigit F. Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihlerine Etki Eden Faktörler. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;4(2):128-38.

104. HAMİDANOĞLU M. Şanlıurfa'da aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi/Assessment of services of family planning in Sanliurfa 2011.
105. ÖZER C. 18-55 Yaş Arası Kadınların Kontrasepsiyon Kullanımı, Beklentileri Ve Karşılama Durumu(Tez): Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2021.
106. Savaş N, İnandı T, Arslan E, Peker E, Durmaz E, Erdem M, et al. Unintended pregnancies, induced abortions and risk factors in women admitted to hospitals due to birth or abortion in Hatay. Turkish Journal of Public Health. 2017;15(2):85-95.
107. Anwar J, Mpofu E, Matthews LR, Shadoul AF, Brock KE. Reproductive health and access to healthcare facilities: risk factors for depression and anxiety in women with an earthquake experience. BMC public health. 2011;11:1-13.
108. Ashraf M, Shahzad S, Sequeria P, Bashir A, Azmat SK. Understanding challenges women face in flood-affected areas to access sexual and reproductive health services: a rapid assessment from a disaster-torn Pakistan. BioMed research international. 2024;2024.
109. Kissinger P, Schmidt N, Sanders C, Liddon N. The effect of the hurricane Katrina disaster on sexual behavior and access to reproductive care for young women in New Orleans. Sexually transmitted diseases. 2007;34(11):883-6.
110. Hirose N, Chen S, Shiba K, Patil CL, Rahman MM, Shimpuku Y. Universal health coverage of five essential health services in mothers before and after the Haiti 2010 earthquake: a retrospective cohort study using difference-in-difference. BMC Health Services Research. 2022;22(1):1505.
111. Djafri D, Chongsuvivatwong V, Geater A. Effect of the September 2009 Sumatra earthquake on reproductive health services and MDG 5 in the city of Padang, Indonesia. Asia Pacific Journal of Public Health. 2015;27(2):NP1444-NP56.
112. Leyser-Whalen O, Rahman M, Berenson AB. Natural and social disasters: racial inequality in access to contraceptives after Hurricane Ike. Journal of Women's Health. 2011;20(12):1861-6.
113. Şakar RR, Koruk F. Şanlıurfa'da Karşılammamış Aile Planlaması İhtiyacı ve Nedenlerinin Belirlenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2024;21(1):82-7.

8.EKLER

EK_A. Anket Formu

Deprem sonrası Antakya geçici yerleşim alanlarında 15-49 yaş kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimi

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından deprem sonrası Antakya geçici yerleşim alanlarında 15-49 yaş kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimini değerlendirmek amacıyla yürütülmektedir. Bu formda kaldığınız yer ve kişisel bilgilerinizi içeren 9, gebelik ve doğurganlık özelliklerini sorgulayan 26, gebeliği önleyici yöntem kullanımını sorgulayan 10 ve aile planlaması hizmetlerine erişimini sorgulayan 7 olmak üzere toplam 52 soru bulunmaktadır. Yaklaşık 10 dakika sürecek olan ankete katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anketteki veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve doğru cevaplar çalışma sonuçlarının güvenilirliğini artıracaktır. Çalışmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

BÖLÜM 1 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Geçici yerleşim alanının adı?

2.Hane numarası?

3.Yaşınız?

4.Eşinizin yaşı?

5.Öğrenim durumunuz?

- a)Okur-yazar değil
- b)Okur-yazar
- c)İlkokul
- d)Ortaokul
- e)Lise
- f)Üniversite

6.Eşinizin öğrenim durumu?

- a)Okur-yazar değil
- b)Okur-yazar
- c)İlkokul
- d)Ortaokul
- e)Lise
- f)Üniversite

7.Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- a)Evet
- b)Hayır

8.Eşiniz gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor mu?

- a)Evet
- b)Hayır

9.Gelir gider durumunuz nasıl?

- 1.Gelir Giderden Az
- 2.Gelir Gidere Denk
- 3.Gelir giderden Fazla

BÖLÜM 2 GEBELİK VE DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ

10.İlk evlenme yaşıınız?

11.İlk gebe kaldığınızda kaç yaşıındaydınız?

12.Son iki yıl içinde gebe kaldınız mı?

a)Evet

b)Hayır(14. Soruya geçiniz)

13.Bu gebeliğinizi istiyor muydunuz, bu gebeliğin daha sonra olmasını mı tercih ederdiniz, yoksa bu gebeliği hiç istememiş miydiniz?

a)İstiyordum

b)Daha sonra istiyordum

c)Hiç istemiyordum

14.Hiç canlı doğum yaptınız mı?

a)Evet

b)Hayır(16. Soruya geçiniz)

15.Şu an yaşayan kaç çocuğunuz var?

16.Doğumdan sonra ölen çocuğunuz var mı?

a)Evet

b)Hayır(28. Soruya geçiniz)

17. Doğumdan sonra ölen kaç çocuğunuz var?

18.Şu an gebe misiniz?

a)Evet

b)Hayır(26. Soruya geçiniz)

19.Kaç aylık gebesiniz?

20. Düzenli izlem yapılıyor mu?

a)Evet

b)Hayır

21.Gebelik döneminde olmanız gereken aşıları olabiliyor musunuz?

a)Evet

b)Hayır

22. Gebelik döneminde almanız gereken ilaçları temin edebiliyor musunuz?

- a)Evet b)Hayır

23. Gebelik döneminde almanız gereken vitaminleri temin edebiliyor musunuz?

- a)Evet b)Hayır

24. Gebelik döneminde beslenmenize dikkat edebiliyor musunuz?

- a)Evet b)Hayır

25. Gebe kalmadan önce gebe kalmak istiyor muydunuz, bu gebeliğin daha sonra olmasını mı tercih ederdiniz, yoksa bu gebeliği hiç istememiş miydiniz?

- a)İstiyordum
b)Daha sonra istiyordum
c)Hiç istemiyordum

26. Gelecekte başka çocuğunuzun olmasını istiyor musunuz yoksa başka çocuğunuzun olmasını istemiyor musunuz?

1. Başka çocuk istiyorum
2. Başka çocuk istemiyorum
3. Ara vermek istiyorum
4. Gebe kalmam mümkün değil
5. Kararsızım/bilmiyorum

27. Hiç (kendiliğinden) düşük yaptınız mı?

- a)Evet b)Hayır(29. Soruya geçiniz)

28. Toplam kaç kez (kendiliğinden) düşük yaptınız?

29. Hiç kürtaj oldunuz mu, çocuk aldıldınız mı ya da isteyerek düşük yaptınız mı?

- a)Evet b)Hayır(31. Soruya geçiniz)

30. Toplam kaç kez kürtaj oldunuz/çocuk aldıldınız/isteyerek düşük yaptınız?

31.Son (kürtaj) isteyerek düşük yapıldığında gebeliği önleyici hizmetlerle ilgili bilgi verildi mi?

- a)Evet b)Hayır

32.Hiç ölü doğum yaptınız mı?

- a)Evet b)Hayır(34. Soruya geçiniz)

33.Toplam kaç kez ölü doğum yaptınız?

34.Bu yerleşim alanına geldikten sonra doğum yaptınız mı?

- a)Evet b)Hayır(36. Soruya geçiniz!)

35.Doğumu nerde yaptınız?

- a)Çadır/Konteyner
b)Yerleşim alanındaki birim
c)Sahra hastanesi
d)İlçe devlet hastanesi
e)İl dışı devlet hastanesi
f)Özel hastane
g)Diğer

BÖLÜM 3 GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM KULLANIMI

36.Gebelikten korunma için hangi yöntemleri biliyorsunuz?(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a) Geri çekme
b) Erkek kondomu
c) Ria(Spiral)
d) Kadının tüplerinin bağlanması
e) Hap
f) İğne
g) Takvim

37.Şu an gebelikten korunmak için bir yöntem kullanıyor musunuz?

- a)Evet b)Hayır(43. Soruya geçiniz)

38.Gebelikten korunma için hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

- a) Geri çekme
- b) Erkek kondomu
- c) Ria(Spiral)
- d) Kadının tüplerinin bağlanması
- e) Hap
- f) İğne
- g) Takvim

39.Gebeliği önleyici yöntem kullanma kararınız siz mi verdiniz, eşiniz mi verdi yoksa birlikte mi karar aldınız?

- a)Kendisi
- b)Eşi
- c)Birlikte

40.Halen kullandığınız gebeliği önleme yöntemi dışında başka bir yöntem kullanmak ister miydiniz?

- a)Evet
- b)Hayır(44. Soruya geçiniz)

41.Hangi yöntemi kullanmak isterdiniz?

- a) Geri çekme
- b) Erkek kondomu
- c) Ria(Spiral)
- d) Kadının tüplerinin bağlanması
- e) Hap
- f) İğne
- g) Takvim
- h) Diğer ...

42.Kullanmak istediğiniz yöntemi şu an kullanmamanızın sebebi nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a)Doktor önermiyor
- b)Pahalı
- c)Bulunmuyor/Ulaşma güçlüğü
- d)Nasıl temin edeceğini bilmiyor
- e)Nasıl kullanacağını bilmiyor
- f)Eşi istemiyor
- g)Dini nedenler
- h)Sağlık kaygısı
- i)Yan etki
- j)Diğer.....

43. Gebeliği önleyici yöntem kullanmamanızın sebebi nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a) Cinsel ilişkisi yok
- b) Sık olmayan ilişki
- c) Menopozda/Histerektomi
- d) Gebe kalması zor/Kısır
- e) Eşi kısır
- f) Yeni doğum yapmış/Emziriyor
- g) Gebe kalmak istiyor
- h) Yöntem bilmiyor
- ı) Kaynak bilmiyor
- j) Sağlık kaygısı
- k) Yan etki
- l) Ulaşma güçlüğü
- m) Pahalı
- n) Eşi karşı
- o) Dini nedenler
- p) Kadercilik
- r) Utanıyor
- s) Diğer.....

44. Önümüzdeki 12 ay içinde gebeliği önleyici yöntem kullanmayı düşünüyor musunuz?

- 1. Evet
- 2. Hayır
- 3. Bilmiyorum

45. Gelecekte herhangi bir zamanda gebeliği ertelemek veya önlemek için bir yöntem kullanmayı düşünüyor musunuz?

- 1. Evet
- 2. Hayır
- 3. Bilmiyorum

BÖLÜM 4 AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNE ERİŞİM

(Aile planlaması, bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olma, sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmalarıdır.)

46.Aile planlaması hizmetlerine erişim hakkında ne düşünüyorsunuz?

- 1.Çok kolay
- 2.Kolay
- 3.Zor
- 4.Çok zor

47.Aile planlaması hizmeti aldığınız yer?

- 1.Devlet
- 2.Aile sağlığı birimi
- 3.Hastane
- 4.Sivil toplum kuruluşları
- 5.Mobil hizmet
- 6.Eczane
- 7.Bilmiyorum
- 8.Diğer

48.Aile planlaması hizmetini depremden sonraki dönemde kaç kere aldınız?

49.Hangi yöntemi temin ettiniz?

50.Kullanmakta olduğunuz yöntemi ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

51.Ne kadar sürede ulaştınız?

52.Aldığınız aile planlaması hizmetinin ücret durumu?

a)Ücretli

b)Ücretsiz

EK_B Etik Kurul Onay Formu

HMKÜ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
KARAR FORMU

	Karar No: 27	Tarih: 24/08/2023				
KARAR BİLGİLERİ	KARAR 27- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Tacettin İNANDI'nın (Arş.Gör.Dr.Ahmet UZUNTAŞ'ın uzmanlık tezi) "Deprem sonrası Antakya geçici yerleşim alanlarında 15-49 yaş kadınların aile planlaması izmetlerine erişimi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki	Katılım	İmza
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Emre DİRİCAN Başkan Yrd.	Biyoistatistik	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Doğan ÜSTÜN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Fatma ÖZ Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Fundagül B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Yener AKYUVA Üye	Beyin ve Sinir Cerrahisi	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Katılmadı
Dr.Öğr.Üyesi Semih AŞIKOVALI Üye	Tıbbi Genetik	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ERDEM Üye	Halk Sağlığı	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
29/08/2023	06	27

KARAR 27- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Tacettin İNANDI'nın (Arş.Gör.Dr.Ahmet UZUNTAŞ'ın uzmanlık tezi) "Deprem sonrası Antakya geçici yerleşim alanlarında 15-49 yaş kadınların aile planlaması izmetlerine erişimi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile kadar verilmiştir.

(İmza)
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ
(Başkan)

(İmza)
Prof.Dr.Hülya YALÇIN
(Başkan Yardımcısı)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Emre DIRİCAN
(Başkan Yardımcısı)

(İmza)
Doç.Dr.Ümit Doğan ÜSTÜN
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Fatma ÖZ
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Fundagül BİLGİÇ ZORTUK
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ
(Üye)

(Katılmadı)
Doç.Dr. Yener AKYUVA
(Üye)

(Katılmadı)
Doç.Dr. Sibel SEVİNÇ
(Üye)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Semih AŞIKOVALI
(Üye)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ERDEM
(Üye)

(İmza)
Enver Sedat BORAZAN
(Raportör)



EK-C. Anabilim Dalı İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/08/2023-298763



T.C.
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı

Sayı : E-83312562-020-298763
Konu : Araştırma Anabilimdalı izin yazısı

28/08/2023

DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Prof. Dr. Tacettin İNANDI'nın "Deprem sonrası Antakya geçici yerleşim alanlarında 15-49 yaş kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimi" isimli çalışmasını Halk Sağlığı Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür. Bilgilerini ve gereğini arz/rica ederim.

Prof.Dr. Tacettin İNANDI
Anabilim Dalı Başkanı

Mevcut Elektronik İmzalar

TACETTİN İNANDI - Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı (Anabilim Dalı Başkanı) - 28/08/2023

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSAACYV27R Pın Kodu: 35772

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/mku-ebys>

Telefon: 03262455113-14 Faks: 03262455305

e-Posta: tip@mku.edu.tr Web: <http://www.mku.edu.tr/mam.php?location=tip>

Kep Adresi: mku@hs01.kep.tr

Bilgi için: AHMET UZUNTAŞ

Unvanı: Araştırma Görevlisi



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK_D. Hatay Valiliği AFAD İl Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
HATAY VALİLİĞİ
İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü

Sayı : E-72174601-806.01.03-714988

12.10.2023

Konu : Tez çalışması AFAD izni

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgi : 11.10.2023 tarihli ve 73103388-730.08.03.06.01-E.315055 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Tacettin İNANDI danışmanlığında Arş. Gör. Dr. Ahmet UZUNTAŞ'ın Eylül-Ekim-Kasım 2023 tarihlerinde Antakya'da bulunan konteyner kentlerde 15-49 yaş kadınlara yapılması planlanan deprem onrası Antakya geçici yerleşim alanlarında 15-49 yaş kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimi adlı tez anket yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesi ilgi yazı ile bildirilmiştir.

Antakya'da bulunan konteyner kentlerde Eylül-Ekim-Kasım 2023 tarihlerinde 15-49 yaş kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimi adlı tez anket çalışması Valiliğimizce uygun değerlendirilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doğukan MIZRAK
Vali a.
Vali Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: 1C49E537-0AF7-4F9D-B656-7CD2E142A75B Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/afad-ebys>
İSKENDERUN YOLU ÜZERİ 23.KM PAŞAKÖY KÖPRÜSÜ YANI TA'LA
CADDESİ NO:1 ANTAKYA Telefon No: (326) 233 54 15 Belge geçer No : (326) 233
54 19 Bilgi için: Ayhan ÖZDEMİR V.H.K.İ.
e-Posta: hataymdr@afad.gov.tr İnternet Adresi: <https://hatay.afad.gov.tr>
Kep Adresi: hatayafad@hs01.kep.tr
KEP Adresi : hatayafad@hs01.kep.tr



9.ÖZGEÇMİŞ

1988 Hatay/Yayladağı doğumluyum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Hatay/Antakya da tamamladım. 2017 yılı mart ayında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2017 Temmuz' ayından 2018 Ocak ayına kadar Gaziantep/İslâhiye devlet hastanesi acil serviste çalıştım. 2019 Şubat sınavıyla Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı bölümünü kazandım. Temmuz 2019'dan bu yana Halk sağlığı bölümünde çalışmaya devam etmekteyim.