

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**18-49 YAŞ YETİ KAYBI OLAN KADINLARIN AİLE PLANLAMASI  
HİZMETİNE ERİŞİM DURUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN  
SAPTANMASI**

**Dr. Duygu KAVAKLI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA**

**2022**



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**18-49 YAŞ YETİ KAYBI OLAN KADINLARIN AİLE PLANLAMASI  
HİZMETİNE ERİŞİM DURUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN  
SAPTANMASI**

**Dr. Duygu KAVAKLI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Olarak Hazırlanmıştır**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Ü. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ**

**ANKARA**

**2022**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışma sürecim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden, emeğini, desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ' a,

Tez çalışmalarımda özellikle veri toplama aşamasında destekleri ve anlayışı için Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hakan ALTINTAŞ' a, araştırma planlama ve sürdürme aşamasında tüm sorularıma içtenlikle yanıt veren ve destek olan bölüm arkadaşlarıma,

Araştırma veri toplama aşamasında verdiği destek ile benden yardımlarını esirgemeyen Şule SEPİN İÇLİ' ye,

Yıllardır en zor anlarımda yanımda olan canımın içi arkadaşım Özge' ye,

Eğitim hayatım boyunca büyük özverilerde bulunan, tez sürecimde de aynı desteğini sürdüren ve bu günlere gelmemde sonsuz emeği olan anne ve babama,

Varlığı ve hayatıma girmesiyle beni bu dünyada şanslı kılan, şu ana kadar birlikte birçok zorluk aştığımız, beni hiç yalnız bırakmayan çok kıymetli sevgili eşim Onur' a,

Neşe kaynağım, bu süreçte beni yormayıp 'anne tez yap' diye destek veren, bir gülüşüyle tüm yorgunluğumu gideren canım kızım Bilge' ye,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Dr. Duygu KAVAKLI

## ÖZET

**Kavaklı D, 18-49 Yaş Yeti Kaybı Olan Kadınların Aile Planlaması Hizmetine Erişim Durumları ve İlişkili Faktörlerin Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Alanında Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2022.** On sekiz ve kırk dokuz yaş arası yeti kaybı olan kadınların aile planlaması (AP) hizmetine erişim durumları ve bunu ilişkili faktörlerin saptanması amacıyla Temmuz 2021-Mart 2022 tarihlerinde çevrimiçi olarak gerçekleştirilen bu tanımlayıcı çalışmada 144 yeti kaybı olan kadına ulaşılmıştır. Kadınların %45,4'ünün fiziksel/ortopedik yeti kaybı, %27,7'sinin işitme kaybı, %24,1'inin ise görme kaybı bulunmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması  $36,9\pm 8,2$ , %59,8'si en az yüksek okul mezunudur. Katılımcıların %58,3'ü ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmiştir. Kadınların ortanca ideal çocuk sayıları 2'dir ve %37,5'inin en az bir gebeliği olmuştur. Gebeliği olan kadınların %24,1'inin kendiliğinden, %16,6'sının ise isteyerek düşüğü bulunmaktadır. Kadınların %36,1'i şimdiye kadar bir AP yöntemi kullanmıştır. Gebe kalan 54 kadından 17'sinin istenmeyen gebeliği olmuş, istenmeyen gebeliklerin 9'u isteyerek düşük ile, 5'i doğum ile sonuçlanmıştır. Kadınların %28,4'ü halen herhangi bir yöntem kullanmaktayken, modern yöntem kullanımı %23,6 olup kadınların %13,9'u kondom, %5,6'sı RİA ve %3,4'ü ise geleneksel yöntemler ile korunmaktadır. Halen evli/partneri olan kadınların %62,5'unun AP yöntem talebi vardır. Bu gruptaki kadınların %11,3'ünün karşılanmamış AP ihtiyacı bulunmaktadır. Kadınların %20,1'i daha önceden AP eğitimi almış, %20,1'i bunun için kuruma başvurmuş, %53,6'sı uygun danışmanlık aldığını belirtmiştir. Kadınların %35,2'sine, bir yakını, yeti kaybı olan bir kadının çocuk doğurmaması gerektiğini ifade etmiş, %19,1'ine bir sağlık personeli tarafından çocuk doğurmaması gerektiği ifade edilmiştir. AP eğitimi almış olanların ve yöntem kullanan kadınların AP bilgi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yeti kaybı olan kadınların AP konusundaki farkındalığını artırmak için eğitimler gerçekleştirilmesi önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile planlaması, Yeti kaybı, Kadın, Sağlık hizmetleri, Üreme sağlığı

## ABSTRACT

**Kavaklı D, Access to Family Planning Services for Disabled Women aged 18-49 and Determination of Related Factors, Ankara, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Public Health Speciality Thesis, Ankara, 2022.** In this descriptive study, which was conducted online between July 2021 and March 2022, in order to determine the access to family planning (FP) services of women aged 18-49 with disability and related factors, 144 women with disability were reached. 45.4% of women had physical/orthopedic disability, 27.7% had hearing loss and 24.1% had vision loss. The participants average age was  $36.9 \pm 8.2$ , 59.8% were college graduates at least. 58.3% of the participants evaluated their economic status as moderate. The median ideal number of children for women was 2, and 37.5% of them had at least one pregnancy. 24.1% of pregnant women had spontaneous abortion and 16.6% had induced abortion. 36.1% of women have used an FP method so far. Of the 54 women who became pregnant, 17 had unwanted pregnancies, and 9 of them resulted in induced abortion and 5 resulted in delivery. While 28.4% of women currently use any method, 23.6% use modern methods, 13.9% are protected by condom, 5.6% by IUD and 3.4% by traditional methods. 62.5% of women who are currently married/having a partner have a request for FP method. 11.3% of women in this group had unmet FP needs. 20.1% of the women received FP training before, 20.1% of them applied to an institution for this, and 53.6% stated that they received appropriate counselling. 35.2% of women were told by a relative that a woman with disability should not have a child, 19.1% of them were told by a health personnel that they should not have children. It has been observed that those who have received FP training and women who use methods had higher FP knowledge scores. It has been suggested to carry out trainings to increase the awareness of women with disability about FP.

**Keywords:** Family planning, Disability, Women, Health services, Reproductive health

**İÇİNDEKİLER**

	<b>SAYFA</b>
TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİLLER .....	ix
TABLolar.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. AMAÇLAR .....	4
3. GENEL BİLGİLER.....	5
3.1. Yeti Kaybı .....	5
3.1.1. Yeti Kaybı Tanımı .....	5
3.1.2. Yeti Kaybı Türleri .....	6
3.1.3. Dünya’da ve Türkiye’de Yeti Kaybı .....	7
3.1.4. Yeti Kaybına (Engelliliğe) Dair Yaklaşımlar .....	8
3.2. Aile Planlaması.....	10
3.2.1. Aile Planlaması Tanımı .....	10
3.2.2. Dünyada Aile Planlaması Uygulamaları.....	10
3.2.3. Üreme Hakkı Kapsamında Aile Planlaması.....	12
3.2.4. Aile Planlamasının Tarihi .....	14
3.2.5. Türkiye’nin Nüfus Politikaları .....	15
3.2.6. Aile Planlaması Yöntemleri.....	15
3.2.7. Türkiye’de Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı .....	31
3.2.8. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı .....	33
3.3. Yeti Kaybı Olan (Engelli) Kadınlarda Aile Planlaması .....	36
3.3.1. Yeti Kaybı olan (Engelli) Kadınların Üreme Hakları .....	36

3.3.2. Yeti Kaybı olan (Engelli) Kadınlarda Üreme sağlığı Sorunları .....	36
3.3.3. Yeti Kaybı Olan Kadınlarda Aile Planlaması.....	40
4. GEREÇ VE YÖNTEM .....	42
4.1. Araştırmanın Yeri .....	42
4.2. Araştırma Zamanı.....	42
4.3. Araştırmanın Evreni, Araştırma Grubu .....	42
4.4. Araştırmanın Tipi .....	43
4.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	43
4.6. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Aracı .....	44
4.7. Araştırmanın Ön Denemesi .....	45
4.9. Verilerin Analizi.....	48
4.10. Araştırmanın İnsan Gücü .....	48
4.11. Etik Konular.....	49
4.12. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler/Sınırlılıklar .....	49
4.13. Araştırmanın Bütçesi.....	50
4.14. Araştırmanın Zaman Çizelgesi .....	51
5. BULGULAR .....	52
5.1. Araştırmanın Temel Bulguları .....	52
5.2. Araştırmanın Analitik Bulguları .....	76
5. TARTIŞMA .....	80
6. SONUÇLAR .....	89
7. ÖNERİLER .....	91
8. KAYNAKLAR.....	92
EKLER.....	99



**SİMGELER ve KISALTMALAR**

<b>Kısaltma</b>	<b>Açıklama</b>
<b>AP</b>	Aile Planlaması
<b>BM</b>	Birleşmiş Milletler
<b>CDC</b>	ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
<b>CYBE</b>	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EHS</b>	Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme
<b>ESCAP</b>	Birleşmiş Milletler Asya ve Pasifik Ekonomik ve Sosyal Komisyonu
<b>ICF</b>	Uluslararası İşlevsellik, Yeti Kaybı ve Sağlık Sınıflaması
<b>ICPD</b>	Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
<b>HIV</b>	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
<b>KOK</b>	Kombine Oral Kontraseptif
<b>LNG-RİA</b>	Levonorgestrel İçeren Rahim İçi Araç
<b>RİA</b>	Rahim İçi Araç
<b>SPSS</b>	Statistics Package for the Social Sciences
<b>SS</b>	Standart Sapma
<b>STK</b>	Sivil Toplum Kuruluşu
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UNFPA</b>	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
<b>VTE</b>	Venöz Tromboemboli

**ŞEKİLLER**

<b>Şekil</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>3.1.</b> 15-49 yaş grubundaki halen evli kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem kullananların yüzdesi.....	31
<b>3.2.</b> Gebeliği önleyici yöntem kullanımının zaman içindeki değişimi.....	32
<b>3.3.</b> Gebeliği önleyici yöntem kullanımının zaman içindeki değişimi.....	35
<b>5.1.</b> Kadınların yeti kaybı türlerine göre yüzde dağılımı.....	59
<b>5.2.</b> Gebelik geçiren kadınların (54 kişi) kendiliğinden düşük durumlarının yüzde dağılımı .....	62
<b>5.3.</b> Gebelik geçiren kadınların isteyerek düşük durumlarının yüzde dağılımı.....	62
<b>5.4.</b> Katılımcıların gebeliği önleyici yöntem kullanımının yüzde dağılımı.....	67
<b>5.5.</b> Halen evli/partneri olan kadınların halen yöntem kullanmalarına göre yüzde dağılımı.....	69

## TABLOLAR

Tablo	Sayfa No
3.1. Gebeliği önleyici yöntemlerin mekanizmaları ve etkililikleri.....	29
4.1. Araştırmanın tahmini bütçesi.....	51
4.2. Araştırmanın zaman çizelgesi.....	51
5.1. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	52
5.2. Katılımcıların eşlerinin/partnerlerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	56
5.3. Katılımcıların yeti kaybı durumlarına göre dağılımı.....	58
5.4. Katılımcıların doğurganlık özelliklerine göre dağılımları.....	60
5.5. Daha önce gebelik yaşayan katılımcıların kendiliğinden ya da isteyerek düşük olma durumlarına göre dağılımı.....	61
5.6. Daha önce gebelik geçiren katılımcıların çocuk sahibi olmayı isteme durumları.....	63
5.7. Katılımcıların şimdiye kadar korunma yöntemi kullanma durumlarına göre dağılımı.....	64
5.8. Katılımcıların istenmeyen gebelik olma durumuna göre dağılımı.....	65
5.9. Katılımcıların halen aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına göre dağılımı.....	66
5.10. Araştırmaya katılan eşi/partneri olan kadınların aile planlaması talebine göre dağılımları.....	68
5.11. Halen yöntem kullanan kadınların yöntem seçme nedenlerine göre dağılımı.....	69
5.12. Katılımcıların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi edinme kaynaklarının ve eğitim alma durumlarının dağılımı.....	70

5.13. Katılımcıların şimdiye kadar aile planlaması ile ilgili bir kuruma başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı.....	71
5.14. Katılımcıların AP hizmeti almak için başvurmayı düşündükleri kurumların dağılımı.....	72
5.15. Katılımcıların engelli kadının çocuk sahibi olması hakkında şimdiye kadar herhangi bir sağlık personeli ve yakını tarafından olumsuz ifade kullanılması durumuna göre dağılımı.....	72
5.16. Katılımcıların aile planlaması ile ilgili bazı bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı.....	73
5.17. Katılımcıların aile planlaması bilgi puanlarına göre dağılımı.....	74
5.18. Katılımcıların aile planlaması hakkındaki bazı önermelere katılma durumlarının yüzde dağılımları.....	75
5.19. Aile planlaması talebi olan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre yöntem kullanma durumunun dağılımı.....	76
5.20. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklere göre aile planlaması bilgi puanlarının dağılımı.....	77
5.21. Katılımcıların AP eğitimi alma durumlarına göre isteyerek düşük yapma durumlarının dağılımı.....	78
5.22. Katılımcıların yeti kaybolma durumlarına göre isteyerek düşük yapma durumlarının dağılımı.....	78

## 1. GİRİŞ

Aile Planlaması (AP) 1984 Uluslararası Nüfus Konferansı'nda (Mexico City) "bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları" olarak tanımlanmıştır; (1) 1994 Kahire'de yapılan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'ndan (ICPD) bu yana temel bir hak olarak kabul edilmiştir (2). Öte yandan AP'nin anne, yenidoğan ve bebek ölümlerinin önlenmesinde önemli katkısı da vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre AP hizmetleri ile istenmeyen ve riskli gebeliklerin önlenmesi anne ölümlerinde %9'luk, yenidoğan ölümlerinde %22'lik bir azalma sağlanabilir (3).

2017 tahminlerine göre, gelişmekte olan bölgelerde üreme çağındaki 214 milyon kadının karşılanmamış bir doğum kontrol ihtiyacı bulunmaktadır. Bunun nedenleri ise kontrasepsiyona sınırlı erişim, sınırlı bir yöntem seçeneği, yan etki korkusu veya deneyimi, kültürel veya dini muhalefet, mevcut hizmetlerin kalitesizliği, toplumsal cinsiyet temelli engellerdir (4).

Türkiye'de 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre halen evli olan kadınların %70' i herhangi bir yöntem kullanmaktadır. (%49 modern, %21 geleneksel) Halen evli kadınların %53'ü daha fazla çocuk doğurmak istemezken %14'ü bir sonraki doğumları için en az iki yıl beklemek istemektedir. Bu kadınlar aile planlaması ihtiyacı olan kadınlar olarak tanımlanmaktadır. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, bir sonraki doğumundan önce ara vermek istediği veya daha fazla doğum yapmak istemediği halde herhangi bir korunma yöntemi kullanmayan evli kadınların yüzdesi olarak tanımlanmaktadır. 2018 TNSA, halen evli kadınların %12'sinin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olduğunu; bunların %4'ünün bir sonraki doğuma ara vermek istediğini, %8'inin ise daha fazla doğum yapmak istemediğini ortaya koymaktadır (5).

Hizmete ulaşmadaki engeller dezavantajlı gruplarda daha da belirgindir. Dünyadaki en büyük azınlık (2011 Dünya Engellilik Raporu'na göre %15,6) olan yeti

kaybı olan bireylerin üreme sağlığı hizmetlerine erişimindeki adeletsizlik, kesişimsellik (hem kadın hem de yeti kaybı olmak) nedeniyle daha da belirgindir (6).

Türkiye’de yeti kaybı oranına bakıldığında en yakın tarihte gerçekleştirilen Nüfus ve Konut Araştırması’nda (2011) engelli erkek yüzdesi %5,9 iken kadınlarda bu sıklık %7,9 bulunmuştur (7).

Yeti kaybı olan kadınlar toplumda ‘aseksüel’ olarak damgalanıp üreme hakları tamamen yok sayılabilmekte ve cinsel ötekileştirmeye maruz kalmaktadır. Toplumdaki bu ötekileştirme ve ek olarak kadın kimliği ayrımcılığı daha da derinleştirip aile planlaması hizmetini almaya engel oluşturmaktadır (8).

Yeti kaybı olan kadınların hizmete ulaşmada en sık karşılaştığı sorunlar; fiziksel olarak ulaşamama (taşıma, kliniklerin mesafesi, rampa olmayışı, uygun muayene masalarının olmayışı), bilgi ve iletişim materyallerinin yokluğu (Braille alfabesinde materyal yokluğu, basit resimli broşürlerin olmayışı), sağlık hizmeti sunanların negatif davranışları, sağlık hizmeti sunanların beceri ve bilgi eksikliği, sağlık hizmeti sunanlar arasında koordinasyon eksikliği ve kaynak yokluğudur (9).

Aile planlamasına erişememek yeti kaybı olan kadınlar için; beraberinde istenmeyen gebeliklere ve artmış anne ölümlerine ve daha fazla olumsuz sağlık çıktıklarına neden olmaktadır. ICPD Kahire’den 25 yıl sonra düzenlenen ICPD+25 Nairobi Zirvesi’nde de 2030 yılına kadar **sıfır önlenebilir anne ölümü, sıfır karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, sıfır cinsiyete dayalı şiddet ve gençlere haklar bağlamında öncelik ve önem verilmesi** amacıyla düzenlenmiştir. ICPD+25’de yeti kaybı olan kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığında diğer bireylere göre çok fazla ayrımcılık yaşadığı, kamuda sağlık çalışanlarının ve diğer insanların önyargılarına maruz kaldıkları vurgulanmıştır (10, 11). Hem yeti kaybı olmak hem de kadın olmaktan dolayı ayrımcılığa maruz kalan kadınlarda aile planlaması ihtiyacı acilen karşılanması gereken bir cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetidir. Temel bir insan hakkı olan aile planlaması hizmetinin yeti kaybı olan kadınlar için erişilebilir olması Birleşmiş Milletler Asya ve Pasifik Ekonomik Komisyonu’nun (ESCAP) Incheon Stratejisi ‘nde tanımlandığı gibi engelliliğe yönelik ayrımcılıkla mücadelede de önemli bir göstergedir (12).

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkı ayrıca Birleşmiş Milletler (BM) Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmede (EHS) işlenmiştir. Madde 23' te Hane ve Aile hayatına saygı başlığı altında evlilik çağına gelmiş engellilerin evlenme ve aile kurma hakkının olduğu, aile planlaması hizmetlerine erişim hakkı olduğu ve doğurganlıklarından mahrum bırakılmamalarının gerekliliği gibi hususlar bulunmaktadır (13).

Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme (EHS)'de geçen sağlık hakkı (EHS madde 25), bir kadın olarak ayrımcılığa maruz kalmama (EHS madde 6), bağımsızlık ve topluma dahil olma hakkı (EHS madde 19) Türkiye STK gölge raporu verilerine göre ihmal edilmekte olup bu konularda daha fazla insan hakları temelli yaklaşım ile eksikliklerin giderilmesi gerekmektedir(13, 14).

Bu çalışmada; 18-49 yaş yeti kaybı olan kadınların aile planlaması hizmetine erişim durumları ve ilişkili faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

## 2. AMAÇLAR

### Kısa Dönem Amaçlar

Çalışmaya katılan 18-49 yaş yeti kaybı olan kadınların;

- Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi ve uygulamalarını saptamak
- Aile planlamasında karşılanamayan ihtiyacı saptamak
- Aile planlaması hizmetlerine erişim durumlarını ve ilişkii faktörleri saptamak

### Orta- Uzun Dönem Amaçlar

Bu çalışmayla elde edilen sonuçların;

- 18-49 yaş yeti kaybı olan kadınların aile planlamasının aksamasına neden olan sorunların giderilmesine katkıda bulunmak
- Bu konuda yapılacak benzer çalışmalara kaynak oluşturması hedeflenmektedir.






### 3. GENEL BİLGİLER

#### 3.1. Yeti Kaybı

##### 3.1.1. Yeti Kaybı Tanımı

Yeti kaybının tanımı bugüne kadar farklı modellerin bakış açısıyla yapılmış olsa da en çok kabul gören yeti kaybını bir şemsiye terim olarak kullanan DSÖ' nün kabul ettiği şekilde biyopsikososyal modeldir (15, 16). DSÖ Uluslararası İşlevsellik, Yeti Kaybı ve Sağlık Sınıflamasının (ICF) tanımı benimsemektedir. ICF'in yeti kaybı tanımına göre;

- *Yetersizlik*  (*impairment*) bedensel yapıdaki sapma veya kayıp ile tanımlanırken,
- *Aktivite kısıtlaması*  (*disability*) bu bozukluğun yol açtığı işlev yitimini,
- *Katılım kısıtlaması*  (*handicapped*) günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması sonucu bireyin topluma katılımının engellenmesi ve sonuç olarak kişinin toplumsal rolünün sınırlanması olarak ifade edilmektedir (17).

Dünya Sağlık Örgütü' ne göre "Yetersizlikler, aktivite sınırlılıkları ve katılım kısıtlamaları için kullanılan ve (herhangi bir sağlık durumu bulunan) birey ve o bireyle ilgili bağlamsal faktörler (çevresel ve kişisel faktörler) arasındaki olumsuzluklara atıfta bulunan bir çatı terim" olarak tanımlanır (17).

Yeti kaybı olan bireyler hakkında en geniş kapsamlı olan BM EHS'de ise "Diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişiler" olarak tanımlanmıştır (13).

Yeti kaybı hakkında şu anda birçok tanım bulunsa EHS'de "engelliliğin gelişen bir kavram olduğunu ve engelliliğin, engelli kişiler ile diğerleriyle eşit bir temelde topluma tam ve etkin katılımlarını engelleyen tutumsal ve çevresel engeller arasındaki etkileşimden kaynaklandığını" belirtmektedir (18).

### 3.1.2. Yeti Kaybı Türleri

Yeti kaybı sınıflamasında değişik modeller bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün kullandığı Washington modeli Türkiye Nüfus ve Konut Araştırması'nda da geçerli model olmakla birlikte bireylerin yeti kaybına yönelik sağlık kurulu raporlarında engellilik oranı belirlenirken sekiz ana başlıkta toplanmaktadır. Bu gruplar: zihinsel engelli, işitme engelli, görme engelli, ortopedik engelli, dil ve konuşma engelli, ruhsal ve duygusal hastalığı olanlar, kronik hastalığı olanlar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur (19).

**Zihinsel Engelli:** Çeşitli derecelerde zihinsel yetersizliği olan kişilerdir. Zeka geriliği olanlar(mental retardasyon), Down Sendromu, Fenilketonüri (zeka geriliğine yol açmışsa) bu gruba girer (20).

**İşitme Engelli:** Tek veya iki kulağında tam veya kısmi işitme kaybı olan kişidir. İşitme cihazı kullananlar da bu gruba girmektedir (20).

**Görme Engelli:** Tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı veya bozukluğu olan kişidir. Görme kaybı ile birlikte göz protezi kullananlar, renk körlüğü, gece körlüğü (tavukkarası) olanlar da bu gruba girmektedir (20).

**Ortopedik Engelli:** Kas ve iskelet sisteminde yetersizlik, eksiklik ve fonksiyon kaybı olan kişidir. Kol, ayak, bacak, parmak ve omurgalarında kısalık, eksiklik, fazlalık, yokluk; hareket kısıtlılığı, şekil bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, felçliler, serebral palsi, spastikler ve spina bifida olanlar bu gruba girmektedir (20).

**Dil ve Konuşma Engelli:** Herhangi bir nedenle konuşamayan veya konuşmanın hızında, akıcılığında, ifadesinde bozukluk olan ve ses bozukluğu olan kişidir. İşittiği halde konuşamayanlar, gırtlığı alınanlar, konuşmak için alet kullananlar, kekemeler, afazi, dil-dudak-damak-çene yapısında bozukluk olanlar bu gruba girmektedir (20).

**Ruhsal ve Duygusal Hastalığı Olanlar:** Duygu, düşünce ve davranışlarındaki normalden farklı görüntüler nedeni ile günlük yaşam aktivitelerini tamamlamada, kişiler arası ilişkilerini devam ettirmede güçlük yaşayan kişidir. Depresyon, şizofreni gibi hastalıklar bu gruba girmektedir (20).

**Kronik Hastalık:** Kişinin çalışma kapasitesi ve fonksiyonlarının engellenmesine neden olan, sürekli bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır (kan hastalıkları, kalp damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, idrar yolları ve üreme yolları hastalıkları, cilt ve deri hastalıkları, kanserler, endokrin ve metabolik hastalıklar, sinir sistemi hastalıkları, HIV) (20).

**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu:** Çocukta yedi yaşından önce başlayan, en az iki ortamda (ev, okul) altı ay süreyle yaşına ve gelişim seviyesine uygun olmayan dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileriyle görülen bozukluktur (20).

### 3.1.3. Dünya’da ve Türkiye’de Yeti Kaybı

Dünya’ da bir milyardan fazla birey (Yaklaşık %15) en az bir yeti kaybı ile yaşamaktayken %3,8’i ise fonksiyonel olarak önemli kısıtlılık derecesindedir. Yeti kaybı olan bireylerin büyük çoğunluğu (%80) gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Hem gelişmekte olan hem de daha gelişmiş ülkelerde erkekler ve kadınlar arasında yeti kaybının yaygınlığı açısından önemli farklılıklar vardır: erkek yeti kaybı oranı yaygınlık %12 iken, kadın yeti kaybı yaygınlık oranı %19,2’dir (21). Küresel hastalık yükü araştırmasına göre 15 yaş ve üstü olup yeti kaybı olan bireyler nüfusun %19,4’ünü oluşturmaktadır. Gün geçtikçe bu sayı daha da artmaktadır. Beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte kronik hastalıkların artması bu sayıyı daha da arttırmaktadır. 60 yaş üstü bireylerin %46’sında en az bir yeti kaybı bulunmaktadır. Buna karşın her on çocuktan biri yeti kaybı olarak dünyaya gelmektedir (16, 22).

ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) tarafında 2016 yılında yayınlanan mortalite ve morbidite raporunda yaklaşık dört yetişkinden birinin (%25,6) yaşam faaliyetlerini etkileyen bir yeti kaybı olduğu saptanmıştır. Kırsal alanda bu sayı üç kişiden biri şeklindedir (23).

Türkiye’de yeti kaybına dair en güncel olarak 2011 Türkiye Nüfus ve Konut Araştırması bulunmaktadır. Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre, en az bir yeti kaybı olan (3 ve daha yukarı yaş) nüfusun yüzdesi %6,9’dur. Erkeklerde %5,9 olan bu sıklık kadınlarda %7,9’dur. Yaş grubu arttıkça en az bir yeti kaybı olan nüfus sıklığının artma eğiliminde olduğu görülmektedir. 35-39 yaş grubundan itibaren en az bir yeti kaybı olan kadınların sıklığı erkeklerden yüksektir (7).

### **3.1.4. Yeti Kaybına (Engelliliğe) Dair Yaklaşımlar**

Engelliliğe dair geçmişten bugüne oldukça farklı yaklaşımlar gündeme gelmiştir. Bu modellerin temel olarak birbirinden farkı ‘engellilik nedir?’, ‘sorumlusu kimdir?’ ve ‘engelliliğin çözümünden kim sorumludur?’ sorularına verdikleri yanıtlardan kaynaklanmaktadır (15).

Bugüne kadar çok farklı alt yaklaşımlar olsa da temel olarak tıbbi model ve sosyal model olarak iki temel yaklaşım söz konusudur.

#### **Geleneksel bireyci tıbbi model**

Dünya Sağlık Örgütü’nün başlangıçta benimsediği yaklaşım geleneksel tıbbi modeldir. Bu modele göre ICIDH’ ın tanımıyla başlangıçta bozukluğu anatomik yapıda ve işlevdeki psikolojik, fizyolojik normal dışılık/anormallik ya da herhangi bir yoksunluk/kayıp olarak; engelliliği ise yeti kaybı sonucu bir insanın normal kabul edilen aktiviteleri yapabilmesinde, performansını göstermesinde yoksunluk veya sınırlılık olarak tanımlamıştır. Bu tanım engelli bireylerce kurulmuş olan engelli hakları organizasyonlarında yer alan insanlar tarafından reddedilmiştir. 1994 yılında DSÖ tarafından bu tanım güncellenmiş engelliliği sosyal anlamda tanımlanmıştır (15).

## **Sosyal model**

Tıbbi model bireyin kısıtlanmasının nedenini tıbbi durumunda görürken sosyal model bu duruma çok daha farklı bakar. Öncelikle tıbbi durum ve çevresel faktörleri ayırır. Bozukluk (impairment), bir organın parçasının veya bütünüünün eksikliği veya kusurlu bir organa, organizmaya veya beden mekanizmasına sahip olmaktır. Engelliliği ise engelli olan bireyleri göz ardı eden ya da çok az dikkate değer bulan ve dolayısıyla çoğunluğun katıldığı toplumsal etkinliklerden dışlayan toplumsal düzenin inşa ettiği hareket kısıtlaması ya da dezavantajlı durum olarak tanımlar (24, 25).

Biyolojik/sosyal, bozukluk/engellilik, beden/toplum, tıp/ politika, terapi/ozgurleşme, acı/baskı, tıbbi model/sosyal model şeklinde oluşan bu ayrımlaşma engelliliği tıbbileştirmekten kurtarır, fakat eş zamanlı olarak bozulmuş bedeni tıbbi yorumun özel yetki alanında bırakır (26).

### **3.1.5. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Yeti Kaybı**

Sağlığı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Sağlık davranışları sonucunda gelişen sağlık çıktısı; algılanan sağlık, algılanan riskler, sağlık hizmetlerine ulaşım, gıdaya ulaşım, eğitim gibi birçok faktörün biraraya gelmesiyle oluşmaktadır. Sağlığın belirleyicileri arasında müdahale edilebilecek alan sosyal belirleyicilerdir. Aynı zamanda, sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık eşitsizliklerini ortaya çıkaran faktörlerdir. Sağlığın sosyal belirleyicileri genetik ve biyolojik faktörler, tıbbi bakım hizmetleri, sağlıkla ilgili bireysel davranışlar ve “yaşam alanının sosyal koşulları” dört temel başlıkta toplanabilir (27).

Sağlığın belirleyicileri arasında eşitsizlikten kaynaklanan düşük gelir, kötü barınma ve çalışma koşulları, gıda güvencesizliği, iş güvencesizliği, ayrımcılığa maruz kalma, sosyal izolasyon, eğitimsizlik gibi sahip olunan durumlar bulunmaktadır.

Sağlığı etkileyen etkenlerden en önemlisi yoksulluktur. Yoksulluk basitçe gelirin azlığı değildir, kişinin toplum katılımını belirleyen kaynak yetersizliği ve çoklu yoksunluğudur. Sağlıkta eşitsizlik, yaşamın diğer alanlarındaki eşitsizliklerden ortaya çıkmaktadır. Yoksulluk, işsizlik, eğitimsizlik ile yüksek mortalite, yüksek morbidite ve kötü sağlık algısı ilişkilidir(28, 29)

Sağlığı sosyal belirleyicileri kesişimsellik nedeniyle, hem kadın hem yeti kaybı olmaktan dolayı yeti kaybı olan kadınların sağlığını çok daha fazla etkilemektedir. Çalışma yaşamına katılımın topluma göre az olması, sağlık hizmetlerine ulaşımında zorluk, sosyal izolasyon ve sağlık harcamalarından dolayı yoksullaşma yeti kaybı olan kadınların sağlığını olumsuz etkilemektedir. Yeti kaybı olan kadınların birincil sağlık sorunlarının yanında gelişen ikincil sağlık sorunları olmakta, şiddete maruz kalma riski artmakta ve yeti kaybı durumundan ötürü bu durumlara karşı daha savunmasız olabilmektedir (30).

### **3.2. Aile Planlaması**

#### **3.2.1. Aile Planlaması Tanımı**

Aile planlaması tanım olarak; bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olma, sorumlucu karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmalarıdır. Bu tanım sadece doğurganlığı kısıtlamayı değil aynı zamanda isteyen çiftlere çocuk sahibi olmayı sağlayacak imkanları da içermektedir (4).

#### **3.2.2. Dünyada Aile Planlaması Uygulamaları**

Dünya'da 1,9 milyar kadından 1,1 milyarı aile planlamasına ihtiyaç duymaktadır. Bunlardan 842 milyonu modern yöntemler ile karşılanırken 80 milyon kadın geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. 190 milyon kadın ise aile planlaması ihtiyacı olmasına rağmen ne geleneksel ne de modern yöntem kullanmamaktadır. 15-49 yaş kadınlarda karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı %10 olarak hala yüksek seviyelerdedir (31).

Kadın sterilizasyonu (tüp ligasyonu), dünya çapında kullanılan en yaygın doğum kontrol yöntemidir. Aile planlaması yöntemi kullanan kadınların %23,7'si, yani 219 milyon kadın tüp ligasyonu yöntemini kullanmaktadır. Tüp ligasyonundan sonra en sık kullanılan üç yöntem ise %21 ile erkek kondomu (189 milyon), %17 ile RİA (159

milyon) ve %16 ile oral kontraseptiflerdir (151 milyon). Geleneksel yöntemler %8,7 sıklığında kullanılmaktadır (32).

Kontrasepsiyon kullanımını özellikle adolesanlarda hamilelikle ilgili sağlık risklerini önlemekte ve doğumların arası iki yıldan az olduğu dönemde doğumların arası 4-5 yıl olduğu döneme göre bebek ölümleri %45 ve %60 daha yüksek olmaktadır. Genişletilmiş eğitim fırsatlarını ve kadınların güçlendirilmesini ve ülkeler için sürdürülebilir nüfus artışı ve ekonomik kalkınmayı kapsayan bir dizi potansiyel sağlık dışı fayda sunar (33).

Kontraseptif kullanmanın tüm uygulamalarda olduğu gibi belirli riskleri olsa da bu risk kontraseptif kullanılmadığında olabilecek risklere oranla gözardı edilebilecek kadar azdır. Üreme çağındaki evli kadınlar arasındaki modern kontraseptif prevalansı 2000 ve 2019 yılları arasında dünya genelinde 2,1 puan artarak %55,0'dan %57,1'e artmıştır. Bu yavaş artışın nedenleri arasında şunlar yer almaktadır:

- Sınırlı yöntem seçimi,
- Hizmetlere, özellikle gençler, daha yoksullar ve evli olmayanlar arasında sınırlı erişim; yan etki korkusu veya deneyimi,
- Kültürel veya dini muhalefet,
- Mevcut hizmetlerin düşük kalitesi,
- Kullanıcıların ve sağlayıcıların bazı yöntemlere karşı önyargısı,
- Hizmetlere erişimde cinsiyete dayalı engellerdir(33).

### 3.2.3. Üreme Hakkı Kapsamında Aile Planlaması

Nüfus konusundaki yaklaşımlar ikinci dünya savaşı sonrasında özellikle gelişmekte olan ülkelerde nüfusu arttırmaya, çocuk ölümlerini azaltmaya yöneliktir. 1948 yılında İnsan Hakları Bildirgesi'nin kabulünden 20 yıl sonra 1968 Tahran İnsan Hakları Konferansı'nda ilk kez üreme hakları dile getirilmiştir. Ebeveynlerin istediği çocuk sayısına ve doğum aralığına özgürce karar vermeleri bir hak olarak dile getirilmiştir (34).

1960'lı yıllarda ise hızlı nüfus artışının olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik politikalar gündeme gelmeye başlamıştır. 1970'lerdeki demografi ağırlıklı yaklaşım 1980'lerde yerinin sağlık ilgili kaygılara, 1990'larda ise insan hakları temelli yaklaşımla üreme hakları perspektifinden bakmaya bırakmıştır. 1974' te Bükreş'te, 1984' te Mexico City'de, 1994 yılında Kahire'de yapılan üç büyük konferans kadın sağlığı ve üreme hakları bakımında oldukça önemli kilometre taşlarını oluşturmaktadır (35).

1984 yılında Mexico City'deki konferansta aile planlamasının önemi ortaya konulmuş, 1994 Kahire konferansında 'üreme hakkı, üreme sağlığı' tanımları benimsenmiştir (35).

1994 yılında ICPD Kahire'de üreme sağlığı; "Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır" olarak tanımlanmıştır. Üreme sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir. Bu konferansta ayrıca cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin artırılması, kadınların güçlendirilmesi, kadınlara yönelik şiddetin yokedilmesinin kalkınmanın gereklerinden olduğu vurgulanmıştır. Diğer ele alınan konu olan Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine ve bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bu kapsamda; bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet



ve baskı ve ayırimcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve adolesan dönemden başlanarak, postmenopozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır (34).

UNFPA, ICPD-Kahire'den 25 yıl sonra "ICPD 25 Nairobi Zirvesi" ICPD-Kahire'nin bitmemiş gündemini tamamlamak üzere dünyanın 170 ülkesinden 10000 delegenin katılımı ile Kenya-Nairobi'de gerçekleşmiştir. Nairobi zirvesinde o zamandan bugüne gelinen durumda dünyada anne ölümleri azalsa ve toplumsal cinsiyet eşitliğini ilerlese de yeterli olmadığı vurgulanmıştır. 2030 yılına kadar dört temel hedef belirlenmiş; **sıfır önlenebilir anne ölümü, sıfır karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, sıfır cinsiyete dayalı şiddet ve gençlere haklar bağlamında öncelik ve önem verilmesi** hedefi konulmuştur. Zirvede, Birleşmiş Milletler Genel Sekreter Yardımcısı "*Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkı da dahil olmak üzere tüm insanların insan haklarını savunmak ve aramızdaki en savunmasız ve dezavantajlı olanlar başta olmak üzere cinsiyet eşitliğini ve kadınların ve kız çocuklarının güçlendirilmesini destekleyen tüm çabaları hızlandırmak, kimsenin geride kalmamasını sağlamak; Önlenebilir tüm anne ve çocuk ölüm ve hastalıklarını ortadan kaldırmak, kadınlara, kız çocuklarına ve gençlere yönelik toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti ortadan kaldırmak ve milyonlarca kadının haklarını ve refahını kısıtlayan karşılanmamış aile planlaması ihtiyacını ortadan kaldırmak için sistem çapında çabaları yoğunlaştırmak, kapsamlı cinsellik eğitime ve genç dostu eğitime erişim de dahil olmak üzere her düzeyde kaliteli eğitime ve uygun becerilere erişimi garanti ederek, haklarını koruyan gençlerin ve gençlerin yeteneklerine yapılan yatırımları desteklemek ve potansiyellerini gerçekleştirebilecekleri gerekli koşulları yaratmak, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin ulusal uygulamasına uygun olarak, ICPD gündeminin tam ve hızlandırılmış şekilde uygulanmasında ulusal hükümetleri desteklemek.*" gerektiğini ifade etmiştir (36, 37).

Nairobi zirvesinde slogan olarak 'kimse geride bırakılmasın' denilmiş, özellikle incinebilir grupların cinsel sağlık ve üreme haklarının yerine getirilmesi konuşulmuş,

incinebilir gruplar içinde kimseyi geride bırakmamak, gözardı etmemek üzerine taahhütler verilmiştir. Yeti kaybı olan kadınların üreme sağlığı da zirvede birçok oturumda dile getirilmiştir (37).

#### **3.2.4. Aile Planlamasının Tarihi**

Kontrasepsiyonu kullanan ilk topluluk Mısırlılar olarak kabul edilmektedir. M.Ö. 3000 yılında prezervatif kullandıklarını resmeden çizimler bulunmaktadır. Cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanan bir erkeğin bilinen en eski resmi Fransa'da bir mağaranın duvarında resmedilmiştir ve 12.000 ila 15.000 yaşındadır. Bu da göstermektedir ki doğumu kontrol etme isteği kadınlar için bin yıllardır süregelen bir ihtiyaçtır. Rahim içi araçlar (RİA), 20. yüzyılın ikinci yarısında kullanımları daha yaygın hale gelmesine rağmen, 2000 yılı aşkın bir süredir bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaktadır. Avrupa'da prezervatif 16. yüzyıldan itibaren önce frengiyi önlemek, ardından hamileliği önlemek için kullanılmıştır. Prezervatif kullanımı dışında, 20. yüzyıldan önce kullanılan ana doğum kontrol yöntemleri, ağırlıklı olarak yoksunluk, seyrek cinsel ilişki, emzirme ve isteyerek düşüktür (38).

Doğum kontrolünde gerçek gelişmeler, 20. yüzyılda İskoçya'dan Dr Marie Stopes de dahil olmak üzere birçok kadın sayesinde gerçekleşmiştir. "Bilge Ebeveynlik" başlıklı bir doğum kontrolü kılavuzu yazmış ve 1921'de Holloway, Kuzey Londra'da doğum kontrol kliniklerinin ilkinin açmıştır (38).

Erkek kondomu, geri çekme ve ritim gibi bazı doğum kontrol yöntemleri binlerce yıldır kullanılırken hap ve rahim içi araç (RİA) gibi yöntemler 1960'lı yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Birkaç on yıl sonra vajinal halka, acil kontrasepsiyon, deri altı enjeksiyonlar veya implantlar kullanılabilir hale gelmiştir. Günümüzde doğurganlıklarını kontrol etmek isteyen kadınların tercihlerine göre oldukça çeşitli yöntemler bulunmaktadır (32).

### 3.2.5. Türkiye'nin Nüfus Politikaları

Türkiye Cumhuriyeti 1923'ten 1965 yılına kadar pronatalist, 1965 yılından sonra antinatalist nüfus politikası izlemiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarında 5,6 olan toplam doğurganlık hızı pronatalist politika ile 1950-1955 yıllarında 6,54 olmuştur. 1959 yılında Prof. Dr. Nusret Fişek bir araştırmada anne ölüm oranınının 100 bin canlı doğumda 280, kırsal alanda bebek ölüm hızınının ise bin canlı doğumda 165 olduğu bulmuştur. Bu dönemde her beş gebelikten biri düşükle sonlanmakta, isteyerek düşük yasak olduğu için düşükler sağlıksız koşullarda gerçekleşmekteydi. Anne ölümlerinin %53'ü düşüklere bağlıydı. Bu sağlıksız durum Dr. Zekai Tahir Burak'ın araştırma sonuçları ile birlikte kontrasepsiyonun yasal olması gerekliliği üzerinde durulmuştur. Prof Dr. Nusret Fişek' in de SB müsteşarı olduğu dönemde öncülük ettiği 557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu 1965 yılında yasalaşmıştır. Bu kanunla kontrasepsiyonun yasallaşması, sınırlı durumlarda düşük ve sterilizasyona izin verilmesi sağlanmıştır (39, 40).

1983 yılında 2827 sayılı yasa ile isteyerek düşükler 10 haftaya kadar yasallaştırılmış, kontrasepsiyon uygulamaları genişletilmiştir. Gerekli eğitimlerle sertifika alan ebe ve hemşireler RİA uygulayabilecek, gerekli eğitim ile sertifika alan hekim gebelik sonlandırabilecek şekilde yetkilendirilmiştir. Aynı zamanda kadın ve erkek için cerrahi sterilizasyon da yasallaştırılmıştır (41).

### 3.2.6. Aile Planlaması Yöntemleri

Doğumu tamamen durdurmak veya gebeliği geciktirmek için farklı gebelik önleme ihtiyaçları uygun ve etkili yöntemlerle karşılanmalıdır (32).

Aile planlaması yöntemleri modern ve geleneksel yöntemler olarak sınıflandırılmaktadır. Modern yöntemler erkeğin kanallarının bağlanması, kadının tüplerinin bağlanması, iğne, Rahim İçi Araç (RİA), doğum kontrol hapi, erkek ve kadın kondomu, emzirme ve acil korunma hapi vb. şekindedir. Geleneksel yöntemler geri çekme ve vajinal yıkama şekindedir (35).

Aile planlaması ihtiyaçları, kişisel koşullara ve değişen çocuk doğurma tercihlerine (çocuk sayısı ve doğumların zamanlaması ve aralığına bağlı olarak) bağlı olarak yaşam boyunca da gelişir. Mevcut tüm doğum kontrol yöntemlerinin hem güçlü hem de zayıf yönleri vardır. Sadece bazen cinsel olarak aktif olan ve hamileliği birkaç ay veya birkaç yıl geciktirmek isteyen kadınlar, hem RİA hem de implant yerine kendi başlarına başlayıp bitirebilecekleri kısa etkili bir yöntemi tercih edebilirler. Spesifik kontraseptif yöntemleri kullanmanın yan etkileri ve sakıncaları ile bunların gebeliği önlemedeki etkinlikleri konusundaki deneyim veya farkındalık, kullanılan yöntemin seçiminde rol oynar. Ancak, kadınlara ve eşlerine sunulan seçeneklerin çeşitliliği, farklı yöntemlerin yerel olarak mevcudiyetine ve erişilebilirliğine bağlıdır (32)

### **3.2.6.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri**

#### **RİA (Rahim içi araç)**

Rahim içi araçlar ilk defa 1909'da Dr. Richard Richter'in ipekböceği bağırsağından yapılmış bir halkanın rahme konulup doğumu engelleyebileceği üzerine bir makale yazmasından ve dünyaya tanıtılmasından sonra tartışılmaya başlanmıştır. 1920'lerin ortalarında, Karl Prust ve Ernest Graefenberg, benzer versiyonları tanıtmışlardır. 1969'a kadar birçok farklı RİA türü tanıtılmışsa da bakırın gebeliği engelleyici rolü dr. Jaime Zipper tarafından keşfedilmiştir. 1970 yılında da Dr. Antonio Scommegna tarafından ilk defa progesteronlu RİA keşfedilmiştir. 1971'de bir firma tarafından piyasaya sürülmüş fakat çok fazla pelvik inflamatuvar hastalığa neden olduğundan piyasadan çekilmiştir. Bu yan etki nedeniyle 70'lerin sonunda ve 80'lerin başında yıllarda çok fazla kullanılmamıştır. 1988'de Copper T 380A adlı yeni bir RİA çıkmıştır. Levonorgestrel salan rahim içi sistem (Mirena), 2004 yılında ABD'de kullanıma sunulmuştur. Bu gelişmelerden sonra RİA en çok tercih edilen yöntemlerden biri olmuştur (42, 43).

Türkiye’ de RİA dünya ile eşzamanlı olarak kullanmaya başlanmıştır. 1978 TNSA’da RİA kullanımını %4 iken, 1983’te %8,9 olarak bulunmuştur. 1983’te 2827 sayılı RİA uygulamasının yaygınlaştırılmasını da içeren yasa uygulanması sonrası 1988’te %14,0’e yükselmiştir. 2013 yılında %20 iken 2018 TNSA’da %14,0 seviyesine gerilemiştir. RİA %75 gibi bir oranla en çok kamu tarafından karşılanan uygulamadır. Modern aile planlaması yöntemleri arasında kamuda yaygınlığı en fazla olan yöntemdir (5, 44).

Sertifikalı hekim, ebe, hemşirenin bulunduğu Sağlık Bakanlığına bağlı bütün Sağlık Ocakları, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, Devlet Hastaneleri, Doğumevleri, Üniversite Hastaneleri, Özel Klinik ve Polikliniklerin Aile Planlaması Kliniklerinde, “Aile Planlaması Sertifika Eğitim Programı”na katılarak sertifika ile bunu belgelemiş olan Pratisyen Hekim, Ebe, Hemşire ve Uzman Hekimler tarafından uygulanabilir. Mevcut yasa ve yönetmeliklere göre (1983 yılı 2827 Sayılı yasa), Pratisyen hekimler sertifika aldıktan sonra tazeleme eğitimi almaksızın hizmet sunumlarına devam edebilirlerken, ebe ve hemşirelerin sertifikalarını (RİA uygulama bilgi ve becerilerini) her beş yılda bir kez tazelemeleri gerekmektedir. Bu programda “CuT 380-A” tipi RİA’nın uygulanması, çıkarılması ve izleminin eğitimi verilmektedir. Bir sorun olmadığı sürece, çıkarılması ya da değiştirilmesine kadar takıldıktan sonraki ilk 3 ay içinde bir kez ve sonra yılda bir kez sağlık kontrolü yeterlidir (45).

RİA’lar oldukça etkili ve güvenli yöntemlerdir. Geri döndürülebilir olması ve en az üç yıllık kullanım süreleriyle oldukça rahat kullanılmaktadır. Emziren kadınlarda gebelikten hemen sonra, diyabet veya HIV enfeksiyonu durumlarında, nonsteroid antiinflamatuvar ilaç tedavisi sırasında ve dış gebelik sonrasında güvenle kullanılabilir. Hiç çocuk sahibi olmamış kadınlarda görülen tek sorun, yerleştirme sırasında ağrı ve daha sık dışarı atmalardır. Hiç çocuk sahibi olmamış kadınlarda ilk tercih değildir fakat güvenle kullanılabilir (46).

RİA, duyuusal yetenekleri olmayan ve ektopik gebelik ve pelvik enfeksiyon fark edemeyen kadınlarda kontrendikedir. Bu, bazı nörolojik bozuklukları olan, inme

geçirmiş, multipl sklerozlu kadınlar için de yeti kaybına bağlı olarak geçerli olabilir (47).

### **Bakırlı Rahim İçi Araç (RİA)**

Bakırlı RİA'ların 12 yıla kadar hamilelik koruması sağladığı ve çok etkili olduğu gösterilmiştir. Geri döndürülebilir bir yöntem olması en büyük avantajlarından. Özel olarak eğitilmiş bir uygulayıcı tarafından rahme yerleştirilir. Doğru bir şekilde takıldığında başarısızlık oranı %0,6'dır. Endometrial ve servikal kanser sıklığını azaltmaktadır. Ektopik gebelik sıklığını azaltmaktadır. Bakırlı RİA, derin ven trombozu, pulmoner emboli veya koroner olay öyküsü olan kadınlar için birinci basamak doğum kontrol yöntemidir. Çocuğu olan veya olmayan, emziren tüm kadınlara pelvik muayene sonrasında rahatça uygulanabilir. Emziren kadında güvenlidir. Postpartum 6 hf.dan itibaren güvenle kullanılabilir. Daha önce de kullanılabilmesine rağmen, bu özel eğitim gerektirir, çünkü atılma riski artar ve uterus perfore olabilir (45).

Yan etkileri ise kanama değişiklikleri ve özellikle ilk 3-6 ayda menstrüasyon sırasında kramp ve ağrıdır. Anemi varsa kanamalar yüzünden anemi derinleşebilir. Eğer RİA takılması esnasında klamidyaya veya gonore enfeksiyonu mevcutsa pelvik inflamatuvar hastalık meydana gelebilir. RİA'lar cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir. Cinsel yolla bulaşan, genital yol enfeksiyonu öyküsü olan veya birden fazla cinsel eşi bulunan kadınlarda RİA, kadın veya erkek kondomu ile birlikte kullanılmalıdır (45, 46, 48).

Tanı konulmamış vajinal kanama, aktif pelvik inflamatuvar hastalık, pelvik tüberküloz, iyi ve kötü huylu trofoblastik hastalık öyküsü, tedavi edilmemiş over serviks veya endometriyum kanseri, mevcut düşük sonu/doğum sonu sepsis, AIDS varlığı veya yüksek CYBE/HIV riski olanlar kullanmamalıdır (45).

Takılması esnasında uterus duvarının delinmesine neden olabilese de çoğunlukla bu durum kendiliğinden iyileşir. RİA' ya rağmen gebelik meydana gelirse preterm eylem, düşük veya enfeksiyon meydana gelebilir. Takıldıktan sonra ilk bir yıl

içinde (genelde 3 ay içinde) dışarı atılma olabilir ve farkedilmezse gebe kalınabilir (48).

Adet kanamasının başlangıcından itibaren ilk 12 gün içinde uygulanabilir. Adetli olması gerekmez. Ek bir yöntem kullanmak gerekmez. Yılda bir doktor kontrolü yeterlidir (45).

### **Levonorgestrelli RiA**

T şeklinde her gün küçük bir miktar levonorgestrel salan bir sistemdir. Gövdesinde 52 mg levonorgestrel içeren bir silindir bulunur. Günde 20 µg levonorgestrel salarak 5 yıl süreyle korur. Güvenli ve oldukça etkilidir. 5 yıl boyunca kullanılabilir. Başarısızlık oranı 1000 kadında 2 şeklindedir. Bakırlı RiA'dan farklı olarak menorajide kullanılabilir. Adet kanamasını %90 kadar azaltabilir. Geri döndürülebilir ve doğurganlık bırakıldığı anda geri döner. Emziren kadınlarda güvenlidir. Adet kanamasının başlangıcından itibaren, siklusun ilk 7 günü içinde uygulanabilir. Kanama düzensizlikleri yapabilir (genelde ilk bir yıl). Ayrıca baş ağrısı, akne, baş dönmesi, mide bulantısı, kilo alımı, ovaryan kist ve duygudurum değişikliklerine neden olabilir (45, 48).

Bakırlı RiA'nın kullanılmaması gereken durumlarda Lovenorgestrollü RiA da kullanılmamalıdır. Ek olarak migren tipi baş ağrısı, mevcut –aktif tromboembolik hastalık, mevcut-aktif pürülan servisit, gonore, klamidya, tanı konulmamış vajinal kanama, aktif viral hepatit, dekompanse siroz, karaciğer tümörleri (iyi ve kötü) olanlarda LNG-RiA kullanılamaz (45).

Lovenorgestrollü RiA "Aile Planlaması Sertifika Eğitim Programı" dahilinde değildir. Uygulanması içi reçete edilmesi gerekmektedir. Bir sorun olmadığı sürece, çıkarılması ya da değiştirilmesine kadar takıldıktan sonraki ilk 3 ay içinde bir kez ve sonra yılda bir kez sağlık kontrolü yeterlidir (45).

### **Cerrahi Sterilizasyon**

**Tüp ligasyonu:** Artık çocuk istemeyen aielere ve gebeliğin yüksek sağlık riski taşıdığı durumlarda başvurulan bir yöntemdir. Tüp ligasyonu yumurtanın dölleneninin

meydana geldiği tüpün ampullasına sperm taşınmasını engelleyen Fallop tüplerinin tıkanmasıdır. Geri dönüşsüz, kalıcı bir cerrahi sterilizasyon yöntemidir. En etkili kontraseptif yöntemlerinden birisidir. Başarısızlık oranı binde 1 kadardır. 1983 yılında tanımlanan 2827 sayılı yasaya göre isteyen kadınlara sağlanmalıdır fakat öncesinde iyi bir danışmanlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Postpartum yapılacaksa buna gebelik döneminde karar verilmiş olmalıdır. Sürekli ve kesin bir kontraendikasyonu bulunmamaktadır (45).

Dünyada 219 milyon (%24) ile kadınların en çok başvurduğu yöntemdir. Türkiye’ de %10 ile dördüncü sıradadır. RİA kullanımı özellikle postpartum dönemde veya isteyerek düşük sonrası tercih edilmektedir. Vazektomi ile karşılaştırıldığında, kadın sterilizasyonunun majör komplikasyonlarla ilişkili olma olasılığı 20 kat, başarısız olma olasılığı 10 kat daha fazladır ve üç kat daha pahalıdır. Vazektomi daha güvenli, daha etkili ve daha ucuz olmasına rağmen, kadın sterilizasyonu hala dünya çapında uygulanan sterilizasyon prosedürlerinin üçte ikisinden fazlasını oluşturmaktadır. Gelişmekte olan birçok ülkede, vazektomi nadiren bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaktadır (5, 49).

**Vazektomi:** Erkek sterilizasyonu veya vazektomi, erkekler için mevcut olan birkaç doğum kontrol yönteminden biridir ve ayakta tedavi prosedürü veya ofis ortamında gerçekleştirilebilir. Erkek partneri kısırlaştırıldıktan sonraki ilk yıl içinde 100 kadından 1'inden azı hamile kalmaktadır (14). Erkek kısırlaştırmasının geri döndürülemez olması amaçlandığından, tüm erkekler kısırlaştırmanın kalıcılığı ve kadınlar için oldukça etkili, uzun etkili, geri dönüşümlü doğum kontrol yöntemlerinin mevcudiyeti konusunda uygun şekilde bilgilendirilmelidir. Erkek sterilizasyonu cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlamaz; erkek lateks prezervatiflerinin tutarlı ve doğru kullanımı, HIV de dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıkların riskini azaltır. Dünyada 16 milyon %2 kişi tarafından tercih edilmiştir (32, 50).

### **Hormonal kontraseptifler**

**Kombine Oral Kontraseptifler:** Adetin ilk 5 günü içinde istenilen günde başlanabilir, ek yöntem kullanmak gerekmez. 5. Günden sonra gebelik olmadığından emin



olunursa başlanabilir fakat 7 gün ek yöntem kullanılmalıdır. KOK kullanımının birkaç mutlak ve göreceli kontrendikasyonu vardır. Kontrolsüz hipertansiyonu olan kadınlar, hipertansiyonları kontrol altına alınana kadar oral kontraseptif kullanımına başlamamalıdır; diabet hastaları, KOK başlatırken bir miktar hiperglisemi yaşayabilir. Bununla birlikte KOK'lar kardiyovasküler olaylar ve özellikle derin ven tromboembolizmi için önemli risk taşıması nedeniyle 35 yaşın üzerindeki sigara içenlerde kontrendikedir. Venöz tromboembolizm riski KOK kullananlarda iki kat fazladır. Bu risk sigara ve 35 yaş üstü kadınlarda daha da fazla olması nedeniyle kullanım önerilmez. Venöz Tromboemboli (VTE) öyküsü, bilinen iskemik kalp hastalığı, auralı migren, aktif veya meme veya endometriyal kanser ve kalp kapak hastalığı öyküsü olan kadınlar KOK kullanmamalıdır (51, 52).

Omurilik yaralanması, felç nedeniyle sakat kalan ve alt ekstremitelerde hareketliliği engelleyen ve dolaşım bozukluklarına neden olan nörolojik bozuklukları olan kadınlarda kontrendikedir. Bireysel koşullara bağlı olarak, doktorlar, zihinsel yeti kaybı olan veya uyuşturucu bağımlısı olan kadınlara, KOK' u nasıl kullanılacağını anlamadıkları, hatırlayamadıkları veya düzenli olarak KOK almaya motive olmadıkları için KOK kullanımını önermemelidir (47).

**Deri altı implantları:** Bir kadının vücudundaki doğal hormon progesteron gibi bir progestin salgılayan, her biri bir kibrit çöpü büyüklüğünde küçük plastik çubuklardır. Östrojen içermez ve bu nedenle emzirme boyunca ve östrojenli yöntemleri kullanamayan kadınlar tarafından kullanılabilir. Doğru kullanımda başarısızlık hızı 1000 kadında 1'dir. İmplantın çıkarılmasıyla doğurganlık hemen geri döndürülebilir. Amonere ve ara kanamaya neden olabilir (48).

**Minihaplar:** Minihaplar (Progesteron-only pills=POP) sadece sentetik progesteron içeren ve sürekli kullanım gerektiren oral kontraseptiflerdir. KOK'lerin aksine östrojen içermezler ve içerdikleri sentetik progesteron miktarı KOK'lerden düşüktür. Farklı sentetik progesteronları içeren preparatlar bulunmaktadır. Minihaplar östrojen kullanamayan kadınlar için uygun bir seçenektir. Yüksek derecede etkilidir, kusursuz kullanımda 0,3 olan başarısızlık oranı tipik kullanımda %8-9 olarak bulunmuştur.

Etkinlikleri KOK'lere benzer düzeydedir, ancak günün aynı saatinde düzenli kullanım çok önemlidir, saat gecikmelerinde etkinlikleri azalır. Östrojen içeren oral kontraseptiflere kıyasla kanama düzensizliği özellikle ilk aylarda daha sık görülür, bu konuda danışmanlık verilmesi önemlidir (53).

**Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler:** Doğal östrojen ve progesteron içeren intramuskuler enjekte edilen kontraseptif yöntemlerdir. Ovulasyonun baskılanması ve servikal mukusun kalınlaşması ile etki ederler. Etki yöntemi KOK ile benzerdir. Düzenli olarak 4 haftada 1 kez uygulanır. Uygulanırken gebe olunmadığına emin olunmalıdır ve uygulandıktan sonra 7 gün ek yöntem kullanılmalıdır (35, 54).

**Yama (Patch):** Karın, kalça veya üst vücut üzerine takılır (göğüslere hariç). Progestin ve östrojen hormonlarını kan dolaşımına bırakır. Üç hafta boyunca haftada bir yeni bir yama koyulur. Dördüncü haftada yama takılmadığında adet dönemi olur. Başarısızlık sıklığı %7,1'dir (55).

### **Bariyer yöntemler**

Bariyer doğum kontrol yöntemlerine ilişkin sınıflandırmalar arasında erkek lateks prezervatifleri, erkek poliüretan prezervatifleri ve kadın prezervatiflerini içeren prezervatifler; spermisitler; ve spermisit veya servikal kapaklı diyafram şeklindedir (55).

**Diyafram veya servikal kapak:** Spermin rahime ulaşımını engellemek ve serviksi örtmek üzere vajinanın içine yerleştirilir. Diyaframlar ve servikal kapaklar farklı boyutlarda olduğu için uygun boyutta olanı alınmalıdır. Diyafram için tipik kullanımda başarısızlık sıklığı %17,1'dir (55).

**Erkek prezervatifi:** En yaygın tip olan lateks prezervatifler, yeni sentetik prezervatifler gibi hamileliği, HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemeye yardımcı olur. Tipik kullanımında başarısızlık sıklığı %13,1, doğru ve dikkatli kullanıldığında %2'dir. Kondomlar yalnızca bir kez kullanılabilir (33, 55).

**Kadın prezervatifi:** Kadın tarafından giyilen kadın prezervatifi, spermin vücuduna girmesini önlemeye yardımcı olur. Cinsel ilişkiden sekiz saat öncesine kadar takılabilir. Tipik kullanımda başarısızlık sıklığı %21,1, doğru ve dikkatli kullanımda %5'tir. Ayrıca cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemeye yardımcı olabilir (33, 55).

**Spermisitler:** Bu ürünler spermi öldürerek çalışır ve köpük, jel, krem, film, fitil veya tablet gibi çeşitli biçimlerde bulunur. İlişkiden en fazla bir saat önce vajinaya yerleştirilirler. Erkek prezervatifi, diyafram veya servikal kapağa ek olarak bir sperm öldürücü kullanılabilir. Eczanelerden satın alınabilirler. Tipik kullanımda başarısızlık sıklığı %21,1'dir (55).

### 3.2.6.2. Geleneksel ve Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

#### Doğal aile planlaması yöntemleri (periyodik korunma yöntemleri)

Dünya Sağlık Örgütü, doğal aile planlaması yöntemlerini, menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerinde, doğal belirtileri gözleyerek gebeliğin planlanması ya da gebelik istenmiyorsa, fertil dönem boyunca cinsel ilişkiden kaçınma yoluyla gebeliğin önlenmesine yarayan yöntemler olarak tanımlamıştır. Doğal aile planlaması, çiftlerin doğurganlık bilinci ile, gebeliği önlemeyi ya da oluşturmayı sağlayan bazı kuralların birlikte uygulanmasıdır.

#### **Servikal mukus yöntemi (Billings yöntemi)**

Billings yöntemi veya servikal mukus yöntemi, 1970'lerde Avustralyalı doktorlar John ve Evelyn Billings tarafından geliştirilen doğal bir aile planlaması yöntemidir. Yöntem, mukusun özelliklerine göre doğurgan olarak kabul edilen dönemlerde periyodik olarak yoksunluk gerektirir. Yöntem, hamileliği önlemek veya maksimum doğurganlık gününün belirlenmesi yoluyla hamileliği desteklemek için kullanılabilir. Adet döngüsünün başlangıcında, serviks bir mukus tıkacı ile kapatılır ve sperm vajinanın asidik ortamında iki saatten daha az hayatta kalır. Yumurtlamadan birkaç gün önce serviks, spermi vajinanın asiditesinden koruyacak ve rahme geçişine izin verecek mukus salgılamaya başlar. Böylece korunan sperm dört güne kadar hayatta kalabilir. Bu aşamadaki mukus elastik yapıdadır. Yumurtlamadan sonra mukus kalınlaşır ve sperm için giderek daha geçilmez hale gelir. Yapışkan ve jelatinli hissedilir. Billings yöntemi, ıslaklık veya kuruluk hissinin ve mukusun özelliklerinin gözlemlenmesini gerektirir. Kadın her akşam o günün gözlemlerini bir çizelgeye not etmelidir. "Pik gün", ıslaklık hissi veren elastik mukusun son günüdür. En yoğun gün, yumurtlamanın olduğu gündür ancak ertesi gün fark edilebilir. Piki takip eden üç gün verimli olarak kabul edilir, çünkü yumurtlama pikten 48 saat sonra gerçekleşebilir ve yumurta 24 saate kadar yaşayabilir. Vajinada ıslaklığın hissedildiği ilk günden başlayarak, kaygan, ince ve bol mukusun bitiminden sonraki üç güne kadar cinsel ilişkiden kaçınılır veya ek yöntem kullanılır (56).

**Bazal vücut ısı yöntemi:** Ovülasyondan sonra korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu, termojeniktir (ısı artırıcı), vücut ısını 0,2°C-0,5°C arasında yükseltir ve bir sonraki menstrüasyona kadar (yaklaşık 11-17 gün) yüksek ısıda tutar. Ovülasyon dönemi, vücut ısı izlenerek saptanabilir. Ovülasyon, muhtemelen ilk ısı yükselişinden önceki gün gerçekleşir(45).

Bazal vücut ısı, hassas bir termometreyle, menstrüel siklus boyunca, her sabah yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde tarih belirtilerek bir çizelgeye kaydedilir. Isı yükselmesini izleyen ilk üç gün cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır. Bazal vücut ısı, hastalık, stres, düzensiz uyku, antibiyotik kullanımı, ölçüm hatası ve benzeri birçok durumdan etkilenebileceğinden, fertil-infertil dönemleri belirlemede yetersiz kalabilir (45).

**Servikal palpasyon yöntemi:** Serviksin kıvamı; yumuşak olduğu dönemde alt dudağın iç kısmı gibi sert olduğu dönemde burun ucunun ortası gibi hissedilir. Yaklaşmakta olan ovülasyonla birlikte östrojen hormonu yükseldikçe, serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Ovülasyondan ortalama 4-5 gün önce, yumuşamanın başlaması belirgin hale gelir. Genelde serviks yumuşak ve ıslaktır. Infertil dönemde ise sert hissedilir (45).

**Semptotermal yöntem:** Semptotermal yöntem servikal mukus yöntemi, bazakadının doğurganlık dönemini bazal vücut ısı ve yumurtlama dönemi belirtileri aracılığıyla tanımlayan tüm yöntemleri içerir. Bazı kadınlar için sıcaklık veya mukus değişikliklerini doğrulamada faydalı olan diğer semptomlar arasında servikte 4 farklı değişiklik, karın ağrısı veya mittelschmerz, intramenstrüel kanama, göğüslerde ağırlık hissi ve ruh hali ve libidodaki değişiklikler yer alır. Sıcaklık eğrisini ve döngüsel semptomları öğreten birçok grup, döngünün başında kısır günlerin sayısını belirlemek için talimatlar veya matematiksel kurallar da sağlar. Bazı programlar, adetlerin öncesinde hipertermik bir plato olması koşuluyla 6-7 günün genellikle infertil olduğunu belirtir. Birçok grup, Ogino-Kraus(ritm) veya takvim yönteminde beraber kullanmayı önerir. Semptotermal doğurganlık kontrolü yöntemi, doğurganlığı artırmak veya bastırmak için cinsel davranışın değiştirilmesi için bir temel olarak hizmet etmek için bazal

sıcaklık eğrisini diğer doğurganlık belirtileriyle birleştirir. Farklı programlar, farklı öğeleri veya kombinasyonları vurgular. Semptotermal yöntemlerin etkinliği, kesin kayıt tutma ve gözleme ve yetkin talimat ve danışmanlığa ve ayrıca çiftin cinsel davranışlarını değiştirme konusundaki istekliliğine bağlıdır (57).

**Takvim yöntemi (Standart gün metodu):** Ovulasyon gününün matematiksel hesaplanması esasına dayanır. Ovulasyondan 12-14 gün sonra corpus luteumun dejenere olup menstrüasyonun başlayacağı varsayımına dayanmaktadır. Bu yöntemin uygulanabilmesi için adet döngülerinin düzenli olması gerekmektedir. Adet siklusu 30 gün olan birinin 13.-20. Günlerde fertil olduğu kabul edilir. (Ovulasyon 30-14=16, 30-12: 18 olarak 16-18. Günlerde gerçekleşir. Ovum 12-24 saat, sperm ise 3 güne kadar canlı kalabileceğinden üç gün çıkartılıp iki gü eklenerek 7 günlük fertilité dönemi bulunur.) Bu yöntem adet döngüleri 26-32 gün olan kadınlar için uygulanabilir olup farklı durumlarda başarısızlık riski yüksektir. Yöntemin başarısını yükseltmek için diğer fertilité belirtileri ile kombine edilmesi gerekmektedir (58).

**Laktasyonel Amonere Yöntemi:** Emzirmenin prolaktini yükseltmesi ve ovulasyonu engellemesi dolayısıyla ilk altı ayda şartlar sağlandığında yüksek düzeyde kontraseptif etkisi bulunmaktadır. Doğru bir şekilde uygulandığında %98 kadar etkili olduğu gösterilmiştir. Altı aydan sonra amonere devam etse ovulasyon olabilir ve gebe kalınabilir. Emzirmenin kontraseptif etkisi için kadının adet görmüyor olması, bebeği her istediğinde emzirmesi ve su dahil hiçbir ek gıda vermemesi gerekmektedir (59).

### **Geleneksel yöntemler**

#### **Coitus interruptus (Geri Çekme Yöntemi)**

Etkisi sınırlı geleneksel, çok yaygın kullanılan yöntemlerden birisidir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını ejakulatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajinanın dışına boşaltmasıdır. Başarısızlık oranı oldukça yüksektir. Bir çalışmada bir yöntem kullanırken gebe kalanların yarısından çoğunun geri çekme yöntemi ile korundukları gösterilmiştir (60). Bir başka çalışmada da bu sıklık %38 bulunmuştur. Sıklık sosyoekonomik özelliklere göre değişse de geri çekme yöntemi

gebelikten korunmada en az etkili yöntemdir. Özellikle eğitim seviyesi azaldıkça başarısızlık oranı daha artmaktadır. 2018 TNSA'da isteyerek düşük yapan kadınların %20'sinin geri çekme yöntemi ile korundukları, üçte ikisinin hiçbir yöntem kullanmadıkları bulunmuştur (61).

**Vajinal duş:** Sıvı bir çözelti ile intravajinal temizleme işlemidir. Duş, kişisel hijyen veya estetik nedenlerle, bir enfeksiyonu önlemek veya tedavi etmek, adet veya cinsel ilişkiden sonra temizlik yapmak ve hamileliği önlemek için kullanılır. Kadınlarda duşun zararlı olduğu ve pelvik inflamatuvar hastalık, ektopik gebelik ve belki de diğer durumlarla ilişkisi nedeniyle önerilmemesi gerektiği sonucuna varılmıştır (62).

### **Acil Kontrasepsiyon Yöntemleri**

**Acil Kontrasepsiyon İçin Bakırlı RİA:** İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde oldukça etkili bir yöntemdir. Korunmasız cinsel ilişki sonrası 5 gün içinde kullanılabilir. CYBE şüphesi olan durumlarda (tecavüz, yeni bir eşle korunmasız cinsel ilişki) kullanılmamalıdır (59).

**Hormonal Acil Kontrasepsiyon:** Korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 72 saat içinde kullanılabilir. En çok kullanılan acil kontrasepsiyon seçeneğidir.

Hormonal acil kontrasepsiyonda üç tür uygulama söz konusudur

**Östrojen+Progesteron (Yuzpe yöntemi):** en sık kullanılan yöntemdir. Bölünmüş doz olarak alınır, bir doz 100 µg etinil estradiol artı 0,50 mg LNG, ardından 12 saat sonra ikinci doz 100 µg etinil estradiol artı 0,50 mg LNG. Etkiliği %75-80 gibidir. Bu daha çok kusma ve sonrasında korunmasız cinsel ilişki nedeniyle. Tekrarlanan kullanımlar mümkündür. Bir kutudaki doz 7 adet düşük doz KOK'a eşdeğerdir. Tekrarlanan kullanımlarda etkisi gittikçe azalır (59).

**Yalnızca progesteron kullanımı:** tek doz 1,5 mg levonorgesterol veya 12 saat arayla 2 doz şeklinde 0,75 mg levonorgesterol olarak alınabilir (63).

**Antiprogesterinler:** Ulipristal acetate (UPA) ve Mifepriston (RU 486) kullanılır. UPA 30 mg tek doz olarak alınmaktadır. Mifepriston tek düşük doz olarak (10-25-50 mg) alınır. Yuzpe rejimine göre daha az yan etki yapar (63).

Acil kontrasepsiyon haplarının obezitesi olan kadınlarda daha az etkili olabileceği bilinmektedir. Acil kontrasepsiyonların kullanımını takiben, kadınlar düzenli bir doğum kontrol yöntemine devam edebilir veya başlatabilir. Acil kontrasepsiyon için bakır bir RİA kullanılıyorsa, ek kontraseptif korumaya gerek yoktur.(63, 64)

Acil kontrasepsiyon haplarının levonorgestrel (LNG) veya kombine oral kontraseptif haplar (KOK) ile uygulanmasını takiben, kadınlar veya kızlar doğum kontrol yöntemlerine devam edebilir veya bakır içeren bir RİA dahil olmak üzere herhangi bir doğum kontrol yöntemine hemen başlayabilir(35).

Ulipristal asetat (UPA) kullanımını takiben, kadınlar UPA'yı aldıktan sonraki 6. günde progesteron içeren herhangi bir yöntem (kombine hormonal kontrasepsiyon veya sadece progesteron kontraseptifleri) devam edebilir veya başlayabilir. Hamile olmadıkları tespit edilirse hemen LNG-RİA taktırabilirler. Bakırlı RİA'yı hemen taktırabilirler(35).

Bazı korunma yöntemlerinin etki yöntemleri ve tipik kullanımda (toplumda genel olarak kullandığı biçimde), doğru ve tutarlı bir kullanımda etkililik yüzdeleri Tablo 3.1'de gösterilmektedir (33).



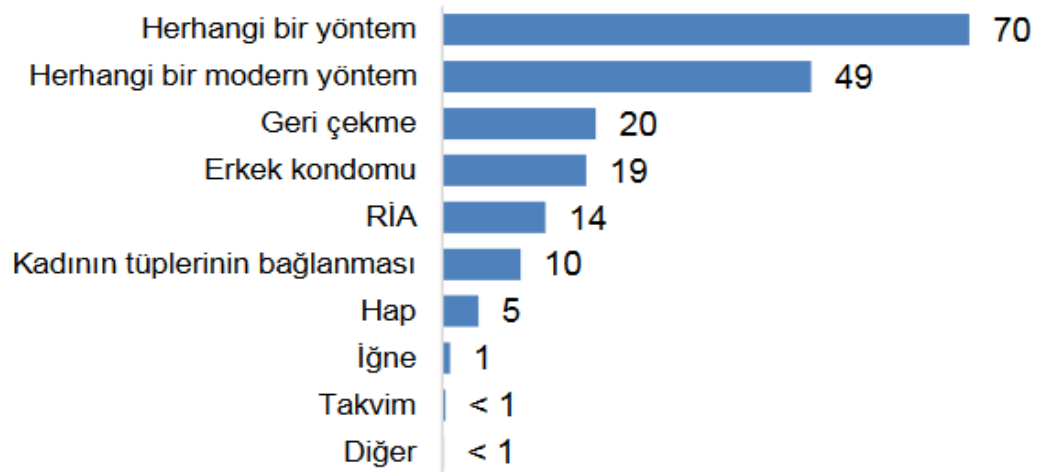
Tablo 3.1 Gebeliği önleyici yöntemlerin mekanizmaları ve etkililikleri (29)

Yöntem	Etkisi	Başarısızlık sıklığı % (doğru ve tutarlı bir kullanımında)	Başarısızlık sıklığı % (Genel kullanımda)
<b>Kombine Oral Kontraseptifler (KOK) 'hap'</b>	Ovulasyonu önler	0,3	7
<b>Sadece progesteron içeren haplar veya 'minihap'</b>	Servikal mukusun kalınlaşması ile sperm geçişinin engellenmesi ve ovulasyonun baskılanması	0,3	7
<b>İmplant</b>	Servikal mukusun kalınlaşması ile sperm geçişinin engellenmesi ve ovulasyonun baskılanması	0,1	0,1
<b>Sadece progesteron içeren enjekte edilebilen kontraseptifler</b>	Servikal mukusun kalınlaşması ile sperm geçişinin engellenmesi ve ovulasyonun baskılanması	0,2	4
<b>Kombine enjekte edilen kontraseptifler (KEEK)</b>	Ovulasyonu önler	0,05	3
<b>Doğum kontrol yaması (gebelik önleyici bant) ve kombine kontraseptif vajinal halka</b>	Ovulasyonu önler	0,3 (bant için) 0,3 (vajinal halka için)	7 (bant için) 7 (vajinal halka için)
<b>Bakırlı RİA</b>	Bakır iyonlarının doğrudan etkisi ile; spermün üst genital yollara ulaşmasına, ovum transportuna ve fertilizasyona engel olur. Endometriyumu etkileyerek; spermelerin hareketini engelleyerek spermeleri fagosite ederek, implantasyonu engelleyerek gebelikten korur	0,6	0,8

<b>Levonorgestrel'ü RiA</b>	Endometriyal proliferasyon engellenir, Servikal mukusu kalınlaştırarak spermilerin uterusu geçmesine engel olur. (Ovulasyonu etkilemez.)	0,5	0,7
<b>Erkek kondomları</b>	Spermilerin kadın genital sisteme geçişini engeller	2	13
<b>Kadın kondomları</b>	Spermilerin kadın genital sisteme geçişini engeller	5	21
<b>Erkeklerde cerrahi sterilizasyon (Vazektomi)</b>	Erkeklerde vas deferenslerin kapatılması ile ejakülasyon sıvısına sperm transportunu kalıcı olarak engeller	0,1	0,15
<b>Kadınlarda cerrahi sterilizasyon (Tüp Ligasyonu)</b>	Ovumun spermle karşılaşım döllenmesini kalıcı olarak engeller.	0,5	0,5
<b>Emzirme ile gebeliğin önlenmesi (Laktasyonel Amonere)</b>	Ovulasyonu engeller	0,9 (6 ayda)	2 (6 ayda)
<b>Takvim yöntemi</b>	Fertil olunan günlerin hesaplanıp o günlerde cinsel ilişkiden uzak kalma ile döllenme engellenir.	5	12
<b>Bazal vücut Isısı metodu</b>	Isı yükselmesini izleyen ilk üç gün (fertil günler) cinsel ilişkiden kaçıldığında döllenme engellenir.	Güvenilir veri yoktur.	
<b>Semptotermal yöntem</b>	Semptotermal belirtiler pozitif iken ilişkiden kaçınıldığında döllenme engellenir.	<1	2

### 3.2.7. Türkiye’de Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı

Gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki yaygınlık , 15-49 yaş arasındaki halen evli kadınlarda %70’tir. Bu kadınların %49’u modern yöntemleri; %21’i ise geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Aile planlaması yönteminin kullanımı evli kadınların yaşı ile birlikte artmaktadır. Genç kadınlar arasında (15-19 ve 20-24 yaş) aile planlaması yöntemlerinin kullanımı düşüktür (sırasıyla %36 ve %53). Halen evli kadınlar arasında geri çekme en sık kullanılan yöntemdir (%20), bunu erkek kondomu (%19) ve RİA (%14) izlemektedir. 2013 TNSA’ya göre geri çekme yöntemi kullanımı %26’dan %20’ye gerilemiştir. RİA da %20’den %14’e düşmüştür(5). Türkiye’de 15-49 yaş grubundaki halen evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanım yüzdeleri Şekil 3.1’de belirtildiği gibidir.



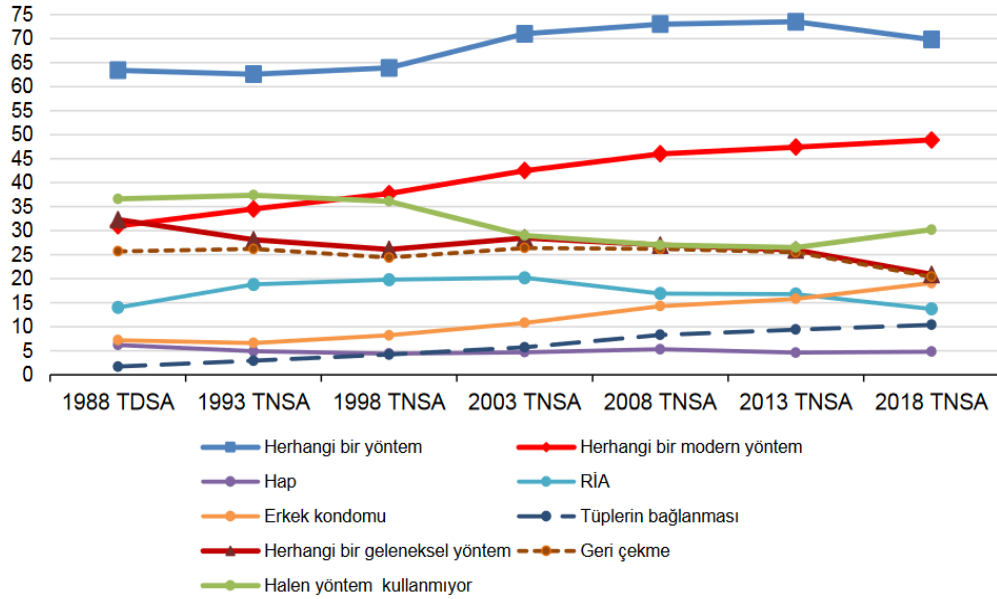
**Şekil 3.1. 15-49 yaş grubundaki halen evli kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem (5)**

15-49 yaş arasında evli kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanımı 2013’te en yüksek seviye olan %74’teyken 2018’de %70’e gerilemiştir. Modern yöntemlerin kullanımı 1988-2018 yıllarında %31’den %49’a düzenli olarak artarken, geleneksel yöntemlerin kullanımı %32’den %21’e gerilemiştir (5).

Modern yöntem kullanımının yaşayan çocuk sayısı, öğrenim düzeyi, refah düzeyine göre arttığı ve kentsel bölgelerde kırsal bölgelere göre daha yaygın olduğu

görülmüştür. Kentsel alanlarda erkek kondomu daha yaygınken, kırsal alanlarda geri çekme yöntemi daha yaygın kullanılmaktadır (5).

TNSA verilerine göre gebeliği önleyici yöntem kullanımının zamansal değişimi Şekil 3.2'deki gibidir.



### Şekil.3.2. Gebeliği önleyici yöntem kullanımının zaman içindeki değişimi, TNSA (5)

Doğurganlık özelliklerine göre bakıldığında, ortanca doğum aralığı 44 aydır. İlk doğum dışında kalan doğumların beşte birinden fazlasının (%21) bir önceki doğumla arasında 24 aydan az bir süre vardır. 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ortanca ilk doğum yaşı 23,3'tür. 15-49 yaş arası halen evli kadınların %13'ü hemen çocuk sahibi olmak, %14'ü başka bir çocuk için en az 2 sene beklemek isterken, %63'ü başka çocuk istememektedir ya da tüpleri bağlanmıştır. Son 5 yıllık dönem içerisinde gerçekleşen doğumların veya halen süren gebeliklerin %75'i istenmiş, %11'inin daha sonra olması tercih edilmiş ve %15'i istenmemiştir (5).

Tüm kadınların ve halen evli kadınların neredeyse tamamı (%99,5) en az bir aile planlama yöntemini bilmektedir. Tüm kadınların %97'si ve halen evli kadınların ise %99'u herhangi bir modern aile planlama yöntemini bildiklerini beyan etmiştir.

Halen evli kadınlar arasında en çok bilinen yöntem haptır (%97). Bu yöntemi RİA (%94), kadınların tüplerinin bağlanması (%93) ve erkek kondomu (%92) izlemektedir (5).

### 3.2.8. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı

Aile planlaması gereksinimi antinatalist politikaların da önem kazandığı 1960'lı yıllardan beri tartışılmıştır. Kadınların üreme tercihleri ve doğum kontrol davranışları arasındaki tutarsızlık yeni bir algoritma ihtiyacı doğurmuştur. Knowledge, attitudes, and practices (KAP) boşluğu diye adlandırılarak karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının öncülleri tartışılmıştır (65). Tanım olarak ise ilk Westoff tarafından 1978'de tanımlanmış olup, evli kadınlar içinden daha fazla çocuk sahibi olmak istemeyen ancak kontraseptif kullanmayan evli kadınların yüzdesi olarak hesaplanmıştır. Ancak bu tanım doğumların arasını açmak için kontrasepsiyon ihtiyacı olan, emzirdikleri için amonereik olan ve istemedikleri halde gebe olan kadınları içermemektedir (66). 1990 yılına kadar karşılanmamış aile planlaması algoritması için birçok farklı hesaplamalar geliştirilmiş olup 1990 yılında Nüfus Sağlık Araştırmaları (Demographic Health Survey, DHS) verilerinden yararlanan Westoff ve arkadaşları modern karşılanmamış aile planlaması algoritmasını geliştirmişlerdir (67). 2012 yılından Bradley tarafından tanımlanan güncel hali benimsenmiştir. Algoritma, şu anda doğum kontrolü uygulamayan ve hamile olmayan veya doğum sonrası adet görmemiş kadınların infertil olarak sınıflandırılıp sınıflandırılmaması gerektiğini değerlendirir. Üç kriter şunlardır:

- Beş yıl veya daha fazla evli olmak, son beş yıl içinde çocuk sahibi olmamak ve hiç doğum kontrolü uygulamamış olmak;
- Önceki beş yıl boyunca adet görmemiş;
- Çeşitli anket maddelerinden birine yanıt olarak hamile kalamama, "menopoz" veya "histerektomi geçirme" konusunda bildirimini olmak.

Bu kadınlar aile planlaması ihtiyacı olmayan kadınlar olarak değerlendirilmiştir. Son olarak, önceki kuralların hiçbirine tabi olmayan kadınlar, (daha fazla) çocuk isteyip istemedikleri ve ne zaman istediklerine ilişkin sorulara verdikleri yanıtlara göre sınıflandırılır. Daha fazla çocuk istemeyen ve korunmayan kadınların “karşılanmamış ihtiyacı” olduğu kabul edilir; iki veya daha fazla yıl sonra çocuk isteyenler ya da çocuk isteyip istemediğine/ne zaman isteyip istemediğine karar veremeyenler ve korunmayanlar karşılanmayan ihtiyaç olarak kabul edilir. TNSA 2018 karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı tanımı da güncel tanımla paraleldir (5, 66, 68).

TNSA karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı şu şekilde tanımlanmaktadır: 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 doğurganlığını sonlandırmak istediği halde herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan **ve** yanlış zamanda ve istenmeyen gebeliği mevcut olan **ve** son 2 yıl içindeki doğumlarını istememiş veya daha sonra istemiş olan kadınların tüm 15-49 yaş evli/partneri olan kadınlara oranıdır (5).

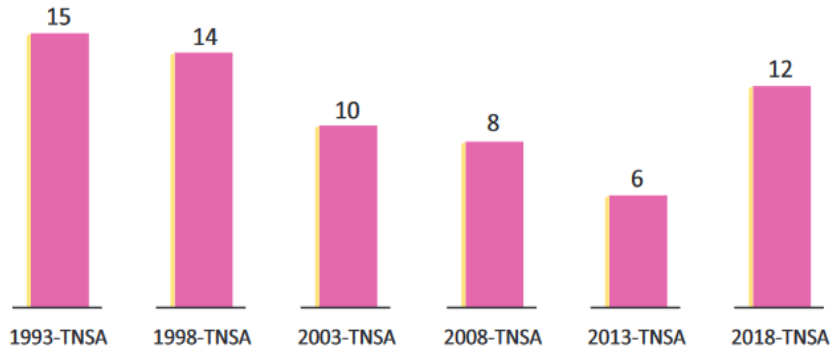
2019 da dünya’da 1,9 milyar kadından 1,1 milyarı aile planlamasına ihtiyaç duymakta olup 190 milyon kadın aile planlaması ihtiyacı olmasına rağmen ne geleneksel ne de modern yöntem kullanmamaktadır. 15-49 yaş kadınlarda Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı %10 olarak hala yüksek seviyelerdedir. Yüksek gelirli ülkelerde karşılanmamış ihtiyaç % 8 iken düşük gelirli ülkelerde %17’ye çıkmaktadır (31). Ayrıca düşük ve orta gelirli ülkelerde tüm gebeliklerin %49’u istenmeyen gebeliktir (69).

Tüm insanların tercih ettikleri doğum kontrol yöntemlerine erişiminin sağlanması, yaşam ve özgürlük hakkı, düşünce ve ifade özgürlüğü ile çalışma ve eğitim hakkı dahil olmak üzere çeşitli insan haklarını geliştirmenin yanı sıra önemli sağlık ve diğer faydalar sağlar. Aile planlaması yöntemlerinin kullanımı ve böylece karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının azaltılması istenmeyen gebeliklerin, isteyerek düşüklerin azalmasına katkı sağlayarak anne ölümlerinin azaltılmasında etkilidir. Genişletilmiş

eğitim fırsatlarını ve kadınların güçlendirilmesini ve ölkeler için sürdürülebilir nüfus artışı ve ekonomik kalkınmayı kapsayan bir dizi potansiyel sağlık dışı fayda sunar (33).

Türkiye’deki kadınların aile planlaması konusunda özellikle 1983 yılında 2827 sayılı kanun ile oldukça önemli kazanımları olmuştur. 1993-2013 döneminde karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı sürekli olarak azalmıştır. Ancak, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı 2013-2018 döneminde %6’dan %12’ye yükselmiştir. Bu artış son beş yılda gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki azalışa atfedilebilir. Ayrıca aile planlaması ihtiyacını 35 yaş üstü kadınlarda daha fazla olduğu ve bu gruba aile planlaması hizmetlerini ulaştırmada daha fazla çalışılması gerektiği vurgulanmıştır. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı eğitim düzeyi azaldıkça daha fazla artmaktadır. Son beş yılda da artış buna paraleldir (5).

TNSA verilerine göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının zamansal değişimi şekil 3.3’de belirtildiği gibidir.



**Şekil 3.3. 1993-2018 Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı Değişimi (5)**

### **3.3. Yeti Kaybı Olan (Engelli) Kadınlarda Aile Planlaması**

#### **3.3.1. Yeti Kaybı olan (Engelli) Kadınların Üreme Hakları**

Yeti kaybı olan kadınların üreme hakları BM EHS’de güvence altına alınmıştır. İlgili maddede(6. Madde) taraf devletlerin engelli kadınlar ile kız çocuklarının çok yönlü ayrımcılığa maruz kalmakta olduğunu kabul etmesi ve bu bakımdan onların tüm insan hak ve temel özgürlüklerinden tam ve eşit koşullarda yararlanmalarını sağlamaya yönelik tedbirleri alması ve taraf devletlerin kadınların tam gelişimi, ilerlemesi ve güçlenmesini ve belirtilen insan hak ve temel özgürlüklerini kullanmalarını ve bunlardan yararlanmalarını sağlamak için gerekli tüm tedbirleri alması vurgulanmıştır

Diğer maddelerde engelli kadınların haklarına atıflar yapılmaktadır (13). Türkiye her ne kadar EHS’sini imzalamışsa da engelli kadın ve kız çocuklarının cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimine dair bir programı bulunmamaktadır. Engelli kadın ve kız çocuklarının cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimi ile ilgili tek ibarenin 2018-2023 Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi’nde bulunduğu görülmektedir. Bu belgede ihtiyaç duyulan gruplarda üreme sağlığı hizmetlerine erişimin artırılması için çalışmalar yapılması gerektiği belirtilmiştir (70, 71).

#### **3.3.2. Yeti Kaybı olan (Engelli) Kadınlarda Üreme sağlığı Sorunları**

Yeti kaybı olan kadınlar cinsel sağlık hizmetlerine erişiminde de sıkıntılar yaşamaktadır. Bu alanda çalışan uzmanların bile, yeti kaybı olan bireylerin cinsellik yaşamadığına dair önyargıları vardır. Erişilebilirlik sorunları, cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanlarında da yaşanmaktadır; fiziksel yeti kaybı olan bireylerin bağımsız bir şekilde muayene olmasını sağlayacak düzenekler yoktur; cinsellik, cinsel sağlık, üreme sağlığı gibi konularda basılan ve dağıtılan broşür ve kitapçıklar görme kaybı olan bireyler için erişilebilir değildir; işitme kaybı olan kadınların mahremiyeti işaret dili bilen uzman eksikliği nedeniyle sağlanamamaktadır. Türkiye yasaları, sağlık hizmetlerinde “engellilik” temelinde ayrımcılık yapılmasını yasaklamıştır. Özürlüler



İdaresi'nin (2010) yaptığı bir araştırma, sağlık hizmeti alırken yeti kaybı olan bireylerin yarısından fazlasının ayrımcılığa uğradığını göstermiştir (71).

**Erişilebilirlik Sorunları:** Amerika'da fiziksel yeti kaybı olan kadınlarla gerçekleştirilen niteliksel bir araştırmada görüşülen kişiler, erişilemeyen ekipman ve tesisler, sınırlı doğum kontrol seçenekleri, sağlık hizmeti sağlayıcılarının duyarsızlığı ve yeti kaybı konusundaki bilgi eksikliği ve ihtiyaçlarına göre uyarlanmış sınırlı bilgi dahil olmak üzere kaliteli üreme sağlığı hizmetlerinin önünde sayısız engelle karşılaştığını belirtmiştir. Sağlıkçıların yeti kaybı olan bireylerin cinsel olarak aktif olmadıklarını varsaydıkları için doğum kontrolü ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hakkında danışmanlık vermedikleri görülmüştür (72).

**Kesişimsellik:** Yeti kaybı olan kadınlar yeti kaybından ve toplumsal cinsiyetten kaynaklanan sorunları birlikte yaşamaktadır, engelsiz erkekle evlenme olasılıkları daha düşük olabilmektedir (73, 74). Doğumdan itibaren birçok sorunla karşılaşır. Bunlardan başlıcaları ekonomik alanda fırsat eşitsizliği ve emeklerinin karşılığının alamama, eğitim kısıtlılığı, tıbbi bakım ve rehabilitasyona ilişkin mevzuat ve hizmet yetersizliği, ayrımcı tutum ve davranışlar, toplumsal hizmetlere ve etkinliklere erişimi sınırlayan mimari ve çevresel engeller yer almaktadır (9).

**Cinsiyetsizleştirilme:** Pek çok araştırma bulgusu yeti kaybı olan kadınların cinsellik ve üreme ile ilgili görüşlerinin ve yanlış algılarının CSÜS hizmetlerine erişimini engellediğini göstermektedir. Toplumda yeti kaybı olan bireyler hakkında çok fazla yanlış varsayım bulunmaktadır. Bunların başında yeti kaybı olan bireylerin asexual bireyler olarak algılanması gelmektedir. Yeti kaybı olan bireyler; cinsel ihtiyaçları olmayan, cinsel aktiviteye katılamayan ya da cinsel dürtülerini kontrol edemeyen bireyler olarak algılanmaktadır. Gana, Uganda ve Zambiya'da yeti kaybı olan kadınların HIV-siz olarak algılandığı ve yeti kaybı olan kadınlarla birlikte olmanın HIV'i tedavi edebileceğine inanılmaktadır (75, 76).

**Cinsellik:** Yeti kaybı olan kadınların cinsel kimliklerini algılaması toplumdan etkilenir, toplumun asexual bakış açısı cinsel güveni aşındırır ya da sonradan meydana gelen yeti kayıplarında kendilerini bedensel olarak çekici bulmayabilirler. Bir çalışmada omurilik yaralanması olan kadınların yaralanmadan sonra en büyük değişikliğin

algılanan çekicilikte olduğu bulunmuştur. Kendilerini ortalama %50 oranında daha az çekici bulmaktadırlar. Bu durum kendilerine olan özgüveni zedeler. Cinsel istismar ve cinsel taciz, yeti kaybı olan kadınlar tarafından yeti kaybı olmayan kadınlara göre daha yaygın olarak yaşanmaktadır ve yeti kaybı olan kadınların zaten savunmasız olan benlik saygısı göz önüne alındığında bu durumlar özellikle yıkıcı olabilir (77).

**Ebeveynliğin reddi:** Yeti kaybı olan kadınlara yönelik yanlış algılardan bir diğeri yeti kaybı olan kadınların kendilerinin anne olmasının zor olduğunu ya da olamayacağını düşünmeleridir. Hatta bazen bu 'çocuğum da engelli olur' gibi bir yanlış algıya dönüşmekte ve gebelikten önce yeti kaybı durumunun geçmemesi için test olması gerektiğine inanmaktadır. Meksika'da yeti kaybı olan kadınlarla yapılan bir araştırmada yeti kaybı olan kadınların %69'unun çocuk yetiştirmeyi finansal olarak karşılayamayacağını düşünmekte ve %60'dan fazlası çocuğa yeti kaybı olma durumunun geçmemesi için gebelikten önce test olması gerektiğine inanmaktadır (78).

Amerika'da 25 fiziksel yeti kaybı olan kadının kapsama alındığı bir çalışmada ailelerin çocuk sahibi olmak konusunda olumsuz tepki verdiği, annenin sağlığı konusunda endişelendiği, genetik nedenler konusunda endişelendiği ve kadının ebeveynlik yapamayacağı algısı olduğu görülmüştür (79).

**Zorla sterilizasyon:** Tüm kadınlar gibi yeti kaybı olan kadınların da güvenli ve etkili doğum kontrolü hakkı vardır. Yine de yeti kaybı olan kadınları ya aseksüel ya da aşırı cinsel dürtüleri olan bireyler olarak gören ayrımcı tutumlar nedeniyle genellikle onların bu en temel haktan mahrum bırakılmaktadır. Dünyada birçok çalışmada yeti kaybı olan kadın ve kız çocuklarına yönelik zorla sterilizasyon uygulanmasının yapıldığı ve üreme hakkının elinden alındığı gösterilmiştir (18).

**Sağlık hizmetlerinin kapsayıcı olmaması:** Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 2, 3 ve 4. Sınıf öğrencisi 326 ebe adayı ile yapılan bir yüksek lisans çalışmasında, stajlarda ebe adaylarının yeti kaybı olan kadınlara hizmet vermeleri hususunda dikkat çekici bilgilere ulaşılmıştır. Staj süresince yeti kaybı olan bir kadınla karşılaşma sıklığı %27,8 olan öğrencilerin %71 sıklıkla en fazla bedensel

yeti kaybı olan bir kadına hizmet verdiği tespit edilmiştir. Katılımcıların yarısı yeti kaybı olan kadınlara hizmet verirken iletişim kurabildiğini belirtirken, önemli bir kısmı iletişim kurarken birçok güçlükle karşılaştığını ve hem bakım verenlerin hem de danışmanlık hizmeti sunanların güçlük yaşadığı ortaya konmuştur. Yeti kaybı olan kadınların üreme sağlığı ve ilgili sorunlar ile ilgili ders alan katılımcı sıklığı ise yalnızca %7 ile sınırlı kaldığı belirtilmiş ve konuya dair bilgi kaynaklarının sırasıyla internet, yakın çevre ve tanıdıklar, dersler ve bilimsel kitaplar olduğu ortaya konmuştur. Öğrencilerin %91'inin yeti kaybı olan kadınlar ve üreme sağlığı ile ilgili ders almak istemesi ve %41'inin tıbbi cihazların erişilebilirliğine dair endişeler taşıması da çalışmanın diğer önemli sonuçları arasında yer almaktadır. Benzer bir başka araştırmada da ebe ve hemşirelerin %91,5'inin yeti kaybı olanlara yönelik herhangi bir eğitim programına katılmadığı, %90,7'sinin mesleki eğitimleri sırasında herhangi bir eğitim almadığı, %79,8'inin ise meslek yaşantısında yeti kaybı olanlara yönelik hiçbir hizmet vermediği tespit edilmiştir. Katılımcıların önemli bir kısmı yeti kaybı olan kadınların çocuk sahibi olması gerektiğini savunsa dahi doğumlarını yönetebilme konusunda yetersiz olduklarını düşündükleri için doğumlarının sezaryen ile gerçekleşmesi gerektiğini belirttiklerini ifade etmiştir. İlgili araştırma sonuçları yeti kaybı olan kadınların özellikle gebelik süreçlerinde hizmet alabileceği bir grup olan ebelerin ve hemşirelerin konu ile ilgili güvenilir bilgi edinemediğini, ilgili alan müfredatında konuya yer verilmediğini, var olan bilginin güvenilir kaynaklardan gelmediğini ve alan çalışanlarının yeti kaybı olan kadınlara hizmet verme konusunda yetkin olduklarını düşünmediklerini ortaya koymaktadır (80, 81).

Uluslararası literatürde yeti kaybı olan kadınları odak alan çalışmalara bakıldığında, yeti kaybı olan kadınların ev içi şiddete yeti kaybı olmayan kadınlara göre iki kat daha fazla maruz bırakıldığı görülmektedir (18). Yeti kaybı olan kız çocuklarının ve kadınların cinsellik ve üremeye ilişkin kendi bireysel karar ve kontrollerinin görmezden gelindiği, bireylerin onayları olmaksızın kontraseptif yöntem ve sterilizasyonun uygulandığı ve özellikle yeti kaybı olan kadın ebeveynlerin herhangi bir yeti kaybı olmayan ebeveynlere göre 10 kat daha fazla çocuklarının bakımından resmi otoritelerce alıkonulduğu ortaya konmuştur. Yeti kaybı olmayan akranları ile

kıyaslandığında yeti kaybı olan çocukların 1,7 kat daha fazla şiddete uğradığı, yeti kaybı olan bireylerin yeti kaybı olmayan bireylere kıyasla daha sık şiddet ve tecavüze maruz bırakıldıkları da ortaya konan diğer bulgular arasındadır (82). Şiddetin sıklığına rağmen önleyici ve koruyucu yasal düzenlemelerin yetersizliği de ilgili çalışmalarda önemli bir kısıtlılık olarak vurgulanmaktadır. Genç yeti kaybı olan bireyler arasında toplumsal cinsiyete dayalı şiddet ve cinsellik, üreme sağlığı ve hakkına ilişkin bir derleme çalışmasında yeti kaybı olan kız ve oğlan çocuklarının yeti kaybı olan kız çocuklarında daha sık görülmek üzere akranlarından üç kat daha fazla cinsel şiddete maruz kalmakta olduğu, yeti kaybı olan genç kadınlar ve kız çocuklarının ev içi şiddet ve cinsel şiddet dolayısıyla baskılandığı ve okul dışında cinsel istismara maruz bırakılmalarının daha büyük bir risk olduğu ortaya konmuştur (83).

### **3.3.3. Yeti Kaybı Olan Kadınlarda Aile Planlaması**

Aile planlaması yöntemlerinin kullanılması konusunda yeti kaybı durumlarında hem yeti kaybından dolayı kullanabilme açısından hem de özel sağlık durumları açısından özel danışmanlık verilmesi gerekmektedir. Kontrasepsiyon konusunda uluslararası kabul görmüş kılavuzlarda yeti kaybı durumu ayrıca ele alınmasa da yeti kaybına neden olan durumlara yönelik vurgular yapılmıştır (52, 84).

Fiziksel yeti kaybı olan kadınlarda hareketsizlikten dolayı VTE riski yüksek olduğundan östrojen içermeyen kontraseptifler tercih edilmelidir (81).

Spinal kord yaralanmalı kadınlar için kombine oral kontraseptifler, içerisinde östrojen bulunması ve östrojenin fibrin formasyonunu hızlandırarak pıhtılaşma riskini artırması nedeniyle kontrendikedir. Aynı zamanda RİA'nın nadir de olsa neden olabileceği pelvik inflamatuvar hastalığı duyu kaybından dolayı geç farkedebilirler. RİA kullanılması önerilmez (85).

Etiyopya'da gerçekleştirilen bir çalışmada bulgular, araştırmaya katılanların yaklaşık üçte ikisinin cinsel olarak aktif olduğunu, katılanların çoğunluğu (%97,2) AP yöntemlerini duyduğunu ancak modern doğum kontrol yöntemleri hakkında kapsamlı

bilgi düzeyinin %32,5 olduğunu göstermiştir. İstenmeyen gebelik prevalansı %67.0 ve kürtaj %44 olarak bulunmuştur (86).

Yeti kaybı olan üreme kapasiteleriyle ilgili bu yaygın olumsuz tutumlar, değerler ve klişeler, doğum kontrol seçenekleri hakkında doğru bilgi edinmeyi çok zorlaştırmaktadır. Yeti kaybı olan kadınların kontraseptif ihtiyaçları temelde genel nüfusunkinden farklı olmasa da, yeti kaybı olan kadınlar ile yeti kaybı olmayan kadınlar arasındaki kontraseptif kullanım şekli büyük farklılıklar göstermektedir. Yeti kaybı olan kadınların (özellikle zihinsel yeti kaybı) kısırlaştırılma olasılığı daha yüksek olup uzun etkili, enjekte edilebilir doğum kontrol iğneleri reçete edilme olasılıkları daha yüksektir ve oral doğum kontrol hapları reçete edilme olasılıkları daha düşüktür. Ek olarak, yeti kaybı olan kadınların kullandıkları doğum kontrol yöntemiyle ilgili seçim yapma ve karar verme süreçlerine dahil olma olasılıkları çok daha düşüktür (87, 88).

## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1. Araştırmanın Yeri

Türkiye’de engellilerle (yeti kaybı olan) ilgili Sivil Toplum Kuruluşları’nın e-posta adres ağlarıyla ve sosyal ağlarla (Facebook ve internet ortamlarındaki dayanışma grupları) çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir.

### 4.2. Araştırma Zamanı

Araştırma 1 Temmuz 2021-1 Mart 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama aşaması etik kurul onayı alındıktan sonra Ağustos 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

### 4.3. Araştırmanın Evreni, Araştırma Grubu

Araştırmanın evrenini, Ağustos 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında çevrimiçi anketin ulaşabildiği 18-49 yeti kaybı olan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmada 15-18 yaş yeti kaybı olan kadınlar velisinden çevrimiçi ankette onay alınamayacağı için araştırma dışında bırakılmıştır. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup Türkiye’deki tüm 18-49 yaş yeti kaybı olan kadınlara ulaşılmaya çalışılmış, araştırmaya katılmayı kabul edenlere çevrimiçi anket uygulanarak araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmada 147 kişiye ulaşılmış,1 kişi ankete katılmayı kabul etmemiş, 2 kişi 49 yaş üstü olduğu için araştırma dışında bırakılmıştır.

#### 4.3.1. Araştırmaya dâhil olma kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 18-49 yaş kadın olmak
- Yeti kaybı olmak

#### 4.3.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Görüşmenin yarıda bırakılması
- Sorulara verilen yanıtların tutarlı ve güvenilir olmaması

- Zihinsel yeti kaybı olmak (Soruları doğru anlayıp cevaplayabilecek durumda olmamak)

#### **4.4. Araştırmanın Tipi**

Araştırma tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

#### **4.5. Araştırmanın Değişkenleri**

##### **4.5.1. Tanımlayan Değişkenler**

- Bazı sosyo-demografik özellikler
- Yaş
- Medeni durumu
- Çalışma durumu
- Mesleği
- Yeti kaybı durumu
- Engellilik (Yeti kaybı) oranı
- Öğrenim durumu
- Ekonomik durumu
- Aile tipi
- Evde yaşayan kişi sayısı
- Yaşanılan yer
- Çocuk sayısı
- Derneklere üye olma durumu
- Aile planlaması ile ilgili eğitim almış olma durumu
- Ailede sağlık çalışanı olma durumu

##### **4.5.2. Tanımlanan Değişkenler**

- 18-49 yaş yeti kaybı olan kadınların aile planlaması konusunda bilgileri ve yöntem kullanma durumları
- Aile planlamasında karşılanamayan ihtiyaç durumu

- Aile planlaması hizmetine erişimde karşılaştıkları engeller

#### 4.6. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Aracı

Literatür taramasına dayalı olarak oluşturulmuş veri toplama formunun ön denemesi araştırma dışında tutulmuş olan 8 yeti kaybı olan kadın (farklı yeti kaybı türleri olan) ile yapılmıştır. 3 görme kaybı, 2 işitme kaybı, 3 bedensel yeti kaybı olan kadın ile gerçekleştirilen ön deneme sonucunda veri toplama formunda öneriler doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır.

İşitme kaybı olan kadınların anketi yanıtlayabilmesi için, işitme engeli olan kadınlara anketin işaret dili videosu ile birlikte gönderilmiştir. Görme kaybı olan kadınlar akıllı telefonlarda bir program ile 'google forms' üzerinden iletilen anketi yanıtlayabilmişlerdir.

Araştırma verisi, internet aracılığı ile çevrimiçi olarak toplanmıştır. Yeti kaybı olan kadınlara ilgili dernekler ve sosyal ağlar ile ulaşılmıştır. Dernekleri ortak sosyal platformlarından (e-posta, whatsapp vb.) veri toplama formu ulaştırılmış, anketi yanıtlamakta zorlananlar için kişisel telefon ile ulaşması istenmiştir. Görme kaybı olan üç kişi anketi yardım olarak yanıtlamıştır. Diğer katılımcılar anketi sorunsuz yanıtlayabilmişlerdir. Görme kaybı olan bireyler için google forms soruları seslendirmekte olup diğer görme kaybı olan bireyler bu konuda bir sorun yaşamamıştır.

6698 "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu"na dayanarak kişilerin özel bilgileri, telefon numaraları dernekler aracılığı ile alınamamıştır. Kişilere dernek sorumluları ile görüşerek mail ve whatsapp grupları ile anket iletilmiştir. Hatırlatmalar dernek sorumluları ile görüşülerek her dernek için en az 3 kere olacak biçimde yapılmıştır.



#### 4.7. Araştırmanın Ön Denemesi

Literatür taramasına dayalı olarak oluşturulmuş veri toplama formunun ön denemesi araştırma dışında tutulmuş olan 8 yeti kaybı olan kadın (farklı yeti kaybı türleri olan) ile yapılmıştır. 3 görme kaybı 2 işitme kaybı, 3 bedensel yeti kaybı olan kadın ile gerçekleştirilen ön deneme sonucunda veri toplama formunda öneriler doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır.

#### 4.8. Araştırmada Kullanılan Terim ve Kavramlar

**Aile planlaması:** Aile planlaması, 1984 yılında Mexico City’de yapılan Uluslararası Nüfus Konferansı’nda “bütün çiftlerin ve fertlerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbest bir biçimde ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları” olarak kabul edilmiştir (1).

**Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı:** 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 doğurganlığını sonlandırmak istediği halde herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan ve yanlış zamanda ve istenmeyen gebeliği mevcut olan ve son 2 yıl içindeki doğumlarını istememiş veya daha sonra istemiş olan kadınların tüm 15-49 yaş evli/partneri olan kadınlara oranıdır (5).

Çalışmada karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olan kadınlar şu anda yöntem kullanmadığını belirtmiş fakat yöntem kullanmama nedenine cinsel ilişkide bulunmama, menopoz, çocuk isteme ya da kısırlık (infertilite) yazmamış kadınlardır.

**Aile planlaması talebi:** Halen herhangi bir yöntem kullanan kadınlarla karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olan kadınların toplamıdır (5).

Çalışmada aile planlaması talebi olan kadınlar şu anda eş veya partneri olup yöntem kullanan ve karşılanmamış ihtiyacı olan kadınların toplamıdır.

**Engellilik:** Yetersizlikler, aktivite sınırlılıkları ve katılım kısıtlamaları için kullanılan ve (herhangi bir sağlık durumu bulunan) birey ve o bireyle ilgili bağlamsal faktörler

(çevresel ve kişisel faktörler) arasındaki olumsuzluklara atıfta bulunan bir çatı terimidir (17).

**Engel oranı:** Erişkinler İçin Engellilik Sağlık Kurulu Raporu'nda belirlenen rapordaki geçerli olan kişinin engel oranıdır. Birden fazla engel durumunda Balthazard formülü ile değerlendirilmektedir (19).

Çalışmada engel oranı %90 üstünde "ağır engelli" olarak değerlendirilmiştir.

**Meslek grupları:** Araştırmada katılımcılardan mesleklerini açık bir biçimde yazılması istenmiştir. Bu meslekler uluslararası meslek sınıflandırmasının (ISCO-08) 10 Ana grubuna göre sınıflandırılmıştır. Bu 10 ana meslek grubu 43 alt meslek grubuyla birlikte şu şekildedir (89):

**0: Silahlı kuvvetlerle ilgili meslekler:**

01: subaylar

02: subay olmayan silahlı kuvvetlerin daimi mensupları

03: silahlı kuvvetlerde diğer rütbelerdeki meslekler

**1: Yöneticiler**

11: başkanlar, üst düzey yöneticiler ve kanun yapıcılar

12: ticari ve idari müdürler

13: üretim ve uzmanlaşmış hizmet müdürleri

14: ağırlama, perakende ve diğer hizmet müdürleri

**2: Profesyonel meslek grupları**

21: Bilim ve mühendislik alanlarındaki profesyonel meslek mensupları (örn: mühendis)

22: sağlık profesyonelleri (örn: tıp doktorları, hemşire, veteriner, eczacı, diş hekimi)

23: Eğitim ile ilgili profesyonel meslek grupları (örn: öğretmenler)

24: İş ve yönetim ile ilgili profesyonel meslek mensupları (örn: muhasebeciler)

25: Bilgi ve iletişim teknolojisi ile ilgili profesyonel meslek mensupları (veri tabanı tasarımcısı)

26: Hukuk, sosyal ve kültür ile ilgili profesyonel meslek mensupları (Örn: avukat, psikolog, ekonomist)

### **3: Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları**

31.Bilim ve mühendislik ile ilgili yardımcı profesyonel meslek mensupları

32.Yardımcı sağlık profesyonelleri

33.İş ve idare ile ilgili yardımcı profesyonel meslek mensupları

34.Hukuk, sosyal, kültür ve benzeri alanlar ile ilgili yardımcı profesyonel meslek mensupları

35.Bilgi ve iletişim teknisyenleri

### **4: Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar**

41: Genel Büro Elemanları ile Klavye Kullanan Büro Elemanları

42: Müşteri Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar

43: Sayısal İşlemler Yapan ve Malzeme Kayıtları Tutan Büro Elemanları

44: Diğer Büro Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar

### **5: Hizmet ve satış elemanları**

51: Kişisel hizmetler veren elemanlar (aşçı, kuaför)

52: Satış hizmetleri veren elemanlar(kasiyer)

53: Kişisel bakım hizmetleri veren elemanlar (çocuk bakımı)

54: Koruma hizmetleri veren elemanlar (güvenlik görevlisi)

### **6: Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları**

61: Pazara yönelik nitelikli tarım çalışanları(bahçıvan)

62: Pazara yönelik nitelikli ormancılık, su ürünleri ve avcılık çalışanları

63: Kendi geçimine yönelik çiftçiler, balıkçılar, avcılar ve toplayıcılar

### **7: Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar**

71: İnşaat ve ilgili işlerde çalışan sanatkarlar (elektrikçiler hariç)

72: Metal işleme, makine ve ilgili işlerde çalışan sanatkarlar

73: El sanatları ve basım ile ilgili işlerde çalışanlar(mücevherci)

74: Elektrik ve elektronik işlerde çalışan sanatkarlar

75: Gıda işleme, ağaç işleri, giyim eşyası ve diğer sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar

### **8: Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar**

81: Sabit tesis ve makine operatörleri

82: Montajcılar

83: Sürücüler ve hareketli makine ve teçhizat operatörleri

### **9: Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar**

91: Temizlikçiler ve yardımcılar

92: Tarım, ormancılık ve balıkçılık sektörlerinde nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar

93: Madencilik, inşaat, imalat ve ulaştırma sektörlerinde nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar

94: Yiyecek hazırlama yardımcıları

95: Cadde ve sokaklarda satış ve hizmet işlerinde çalışanlar

96: Çöpçüler, atık toplayıcılar ve diğer nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar

**Çekirdek aile:** Araştırmada aile tipinin sorulduğu soruya eşi ile birlikte yaşayan, çocuğuyla yaşayan, anne veya babasından biri ile yaşayan kişiler çekirdek aile içerisinde değerlendirilmiştir.

#### **4.9. Verilerin Analizi**

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analiz için "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) paket programı 25.0 versiyonu kullanılmıştır.

Analizlerde tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (çarpıklık, basıklık değerleri, Shapiro Wilk testi ve varyasyon katsayısı) ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer olarak, normal dağılıma uygunluğu bulunmayan sürekli değişkenler ortanca ve çeyreklikler ve en küçük en büyük değer olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler için gruplar arasındaki farklılık Ki-Kare ve Fisher exact test ile değerlendirilmiştir.

#### **4.10. Araştırmanın İnsan Gücü**

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ü. Şevkat Bahar Özvarış danışmanlığında Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Duygu Kavaklı tarafından yürütülmüştür. Araştırma etkinliklerinin tamamı, sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Ü. Şevkat Bahar Özvarış tarafından yönetmiş ve koordine etmiştir. Yardımcı araştırmacı Dr. Duygu Kavaklı veri toplama formunun

hazırlanması, ön denemesi ve veri toplama süreçlerinin yönetilmesi, verilerin girilmesi, temizlenmesi, analiz ve raporlanması işlerini yapmıştır.

#### **4.11. Etik Konular**

Bunun için;

- Etik izin için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak gerekli onay alınmıştır.
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'na "Uzmanlık Öğrenci Tez Formu" gönderilmiştir.
- Araştırmaya katılımı gönüllülük esas olacak ve katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır.
- Araştırma süreci ve sonrasında katılımcıların adresleri, isim ve yanıtları gizli tutulacak, bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.
- Araştırma sonunda elde edilen bulgular engelli derneklerine iletilecektir.
- Araştırma bulgularına göre yeti kaybı olan kadınlara ihtiyaçları doğrultusunda aile planlaması için çevrimiçi bir eğitim verilecektir.

#### **4.12. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler/Sınırlılıklar**

Araştırmanın pandemi dönemine denk gelmesi nedeniyle veri toplama yönteminin çevrimiçi olmasından dolayı katılımcı sayısının az olması sınırlılık oluşturmuştur.

Araştırma yöntemi çevrimiçi olduğu ve telefon ya da bilgisayar kullanımı gerektirdiğinden, katılımcı grubunun yeti kaybı olması göz önüne alındığında ankete katılanların bunları yapabilir durumda olmaları yapamayanlara ulaşamama açısından taraf tutmaya neden olmuş olabilir.

Araştırmanın çevrimiçi olması ve cevapların güvenilirliği açısından zihinsel yeti kaybı olan grubun araştırma dışında tutulmuş olması bu araştırmanın kısıtlılıklarından biridir.

Araştırma grubunda sosyoekonomik düzeyin Türkiye ortalamasına ve diğer çalışmalara göre yüksek bulunması sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu gruplardaki sorunların sosyoekonomik düzeyi yüksek olan gruplara göre daha farklı olabileceğinden, bu araştırmadaki verilerin ve araştırmada ortaya konulan bazı sorunların toplumdaki sorunların birçoğunu yansıtmayacağı veya farklı düzeyde yansıtılabileceği bu araştırmanın en önemli kısıtlılıklarından biridir.

Araştırma grubuna geçmişe yönelik de sorular sorulduğu için hafıza faktöründen dolayı yanılma olmuş olabilir.

Bu araştırma tanımlayıcı olduğu için herhangi bir nedenselliği göstermemektedir.

#### 4.13. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın tahmini bütçesi aşağıdaki gibidir (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1 Araştırmanın tahmini bütçesi (2022)**

Bütçe Kalemi	Tutar (TL)
İşaret dili çeviri hizmeti	2000
Raporun basımı	800
<b>TOPLAM</b>	<b>2800</b>



## 5. BULGULAR

Araştırma grubunu Ağustos 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında çevrimiçi anketi yanıtlamayı kabul eden 144 kadın oluşturmaktadır. Bulgular bölümü, “Araştırmanın Temel Bulguları” ve “Analitik Bulgular” şeklinde iki alt başlık halinde verilmiştir. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 5.1’de gösterilmiştir.

### 5.1. Araştırmanın Temel Bulguları

**Tablo 5.1. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (2022)**

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Yaş</b>		
≤24	12	8,3
25-29	23	16,0
30-34	15	10,4
35-39	31	21,5
40-44	28	19,5
45-49	35	24,3
<i>Ort.±SS=36,99 ± 8,25, Ortanca:37,0 En düşük-yüksek:18-49, 1. Çeyrek-3.çeyrek 30-44</i>		
<b>Medeni durum</b>		
Hiç evlenmemiş	65	45,1
Evli, eşi ile birlikte yaşıyor	62	42,4
Evli, eşinden ayrı yaşıyor	4	2,8
Eşinden ayrılmış	13	9,0
Eşi vefat etmiş	1	0,7
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Okuryazar değil	1	0,7
İlkokul terk	3	2,1
İlkokul mezunu	4	2,7
Ortaokul mezunu	7	4,9
Lise mezunu	43	29,9

Araştırmaya katılan 144 kişiden %65,3’ü (94 kişi) 35 yaş ve üstüdür. Katılımcıların yaş ortalaması 36,99, ortanca yaşı 37’dir. Katılımcıların %45,1’i hiç evlenmemiştir. Katılımcıların %59,8’si (86) en az yüksekokul mezunu, %10,4’ü (15 kişi) en fazla ortaokul mezunudur (Tablo 5.1)



**Tablo 5.1. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (devamı) (2022)**

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Ekonomik durum</b>		
Çok iyi	4	2,8
İyi	36	25,0
Orta	84	58,3
Kötü	13	9,0
Çok kötü	7	4,9
<b>Yaşadığı il</b>		
Ankara	57	39,6
İstanbul	24	16,7
Eskişehir	9	6,2
Bursa	5	3,5
Diğer iller*	49	34,0
<b>Toplam</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*Kocaeli ve Antalya'dan 4 kişi, Denizli, Edirne, İzmir, Samsun, Şanlıurfa'dan 3 kişi, Aydın, Gaziantep, Kayseri ve Sivas 2 kişi Adana, Afyonkarahisar, Aksaray, Bingöl, Balıkesir, Tokat, Trabzon, Zonguldak, Ordu, Niğde, Manisa, Isparta, Hatay, Hakkari, Diyarbakır, Çanakkale. Bir kişi Kuzey Kıbrıs demıştir il belirtmemiştir.

Katılımcıların %58,3'ü (84 kişi) ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmiş, %27,8'i (40 kişi) iyi ya da çok iyi, %13,9'u (20 kişi) kötü ya da çok kötü olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %39,6'sı (57 kişi) Ankara, %16,7'si İstanbul'da, %6,2'si (9 kişi) Eskişehir'de, %3,5'ü (5 kişi), %34,0'ü (49 kişi) diğer illerde yaşamaktadır (Tablo 5.1)

**Tablo 5. 1. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (devamı) (2022)**

<b>Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile*	110	76,3
Yalnız yaşıyor	15	10,4
Geniş aile	12	8,4
Diğer**	7	4,9
<b>Evde yaşanan kişi sayısı</b>		
1	16	11,1
2	29	20,1
3	49	29,2
4	36	25,0
5 ve üstü	21	14,6
<i>Ortalama±SS=3,22± 1,39 Ortanca:3, En düşük-yüksek:1-9, 1. Çeyrek-3.çeyrek 2-4</i>		
<b>En uzun süre yaşanan yer</b>		
Büyükşehir	92	63,9
İl merkezi	27	18,8
İlçe merkezi	15	10,4
Bucak/köy	9	6,3
Yurtdışı	1	0,6
<b>Meslek sahibi olma durumu</b>		
Yok	37	25,7
Var	107	74,3
Profesyonel meslek mensupları	44	41,1
Memur olduğunu belirtmiş, mesleğini belirtmemiş	23	21,5
Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	11	10,3
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	7	6,5
Emekli olduğunu belirtmiş, mesleğini belirtmemiş	6	5,6
Sanaatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	5	4,7
Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	4	3,7
Hizmet ve satış elemanları	3	2,8
Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar	2	1,9
Öğrenci	2	1,9
<b>Halen gelir getiren bir işte çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	92	63,9
Çalışmıyor	52	36,1
<b>Toplam</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*Çekirdek aile: eşi ile birlikte yaşayan, çocuğuyla yaşayan, anne veya babasından biri ile yaşayan çekirdek aile içerisinde değerlendirilmiştir.

\*\*3 kişi ev arkadaşı ile, 4 kişi kardeşi ile yaşadığını belirtmiştir.

Kadınlar %76,3'ü (110 kişi) aile tipini çekirdek aile olarak belirtmiş, %10,3'ü(15 kişi) yalnız yaşamakta olduğunu belirtmiş, %8,4'ü (12 kişi) geniş aile olarak yaşadıklarını belirtmiştir. Kadınların %29,2'si (49 kişi) 3 kişi aynı evde yaşadıklarını, %25'i (36 kişi) 4 kişi aynı evde yaşadıklarını, %20,1'i (29 kişi) 2 kişi aynı evde yaşadıklarını, %14,6'sı (21 kişi) 5 veya daha fazla kişiyle aynı evde yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %74,3'ü (107 kişi) bir mesleği olduğunu belirtmiştir. Kadınların meslekleri TÜİK'in meslek sınıflamasına göre sınıflandırıldığında %41,1'i(44 kişi) profesyonel meslek mensubu, %10,3'ü (11 kişi) büro hizmeti çalışanı, %6,5'u(7 kişi) nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar, %4,7'si (5 kişi) sanatkâr ve ilgili işlerde çalışan, %3,7'si (4 kişi) teknisyen, tekniker veya yardımcı profesyonel meslek grubu, %2,8'i (3 kişi) hizmet ve satış elemanı, %1,9'u (2 kişi) tesis ve makine operatörü ve montajçılar meslek grubunda olduğunu belirtmiştir. Kadınların %21,5'i (23 kişi) memur olduğunu belirtmiş ama mesleğini belirtmemiştir. %5,6'sı (6 kişi) emekli olduğunu söylemiş ama mesleğini belirtmemiştir. %1,9'u(2 kişi) öğrenci olduğunu belirtmiştir. Kadınların %69,3'ü (92 kişi) halen gelir getiren bir işte çalıştığını belirtmiştir (Tablo 5.1)

**Tablo 5.2. Katılımcıların eşlerinin/partnerlerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (2022)**

<b>Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Partner/eş olma durumu (n=144)</b>		
Var	80	55,5
Yok	64	44,5
<b>Partnerin/eşin yaşı (n=71)*</b>		
≤24	1	1,4
25-29	7	9,9
30-34	12	16,9
35-39	9	12,7
40-44	18	25,3
45-49	13	18,3
50-54	6	8,5
55-59	3	4,2
60 ve üstü	2	2,8
<i>Ortalama±SS=40,94 ± 9,28, Ortanca:41, En düşük- yüksek:21-69 1.3. çeyrek:33-47</i>		
<b>Öğrenim durumu (n=71)</b>		
Okuryazar	2	2,8
İlkokul mezunu	3	4,2
Ortaokul mezunu	5	7,0
Lise mezunu	19	26,8
Yüksekokul/üniversite mezunu	35	49,3
Yüksek lisans/doktora mezunu	7	9,9
<b>Halen gelir getiren bir işte çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	60	84,5
Çalışmıyor	11	15,5

\*9 kişi partneri/eşi ile ilgili sorulara cevap vermemiştir.

**Tablo 5.2. Katılımcıların eşlerinin/partnerlerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (devamı) (2022)**

<b>Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Mesleği (n=62)</b>		
Profesyonel meslek mensupları	20	32,3
Memur olduğunu belirtmiş, mesleğini belirtmemiş	10	16,1
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	8	12,9
Hizmet ve satış elemanları	6	9,6
Yöneticiler	3	4,8
Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	3	4,8
Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	3	4,8
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	3	4,8
Emekli olduğunu belirtmiş, mesleğinin belirtmemiş	3	4,8
Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanlar	2	3,2
Silahlı kuvvetlerle ilgili meslekler	1	1,6
<b>Eş/partner ile akrabalık bağı olma durumu (n=71)</b>		
Akrabalık bağı yok	69	97,2
Uzak akraba	2	2,8

Kadınların partner/eşi olup olmama durumları sorgulandığında 80 kişinin partneri/eşi olduğu görülmektedir. Dokuz kişi partneri/eşi ile ilgili soruları cevaplamamıştır. Kadınların eş/partnerlerinin %15,5'u (11 kişi) 50 yaş ve üstüdür. Öğrenim durumlarına bakıldığında; %14'ü(10 kişi) ortaokul ve altı, %59,2'si (42 kişi) en az yükseköğretim mezunudur. Partner/eşlerinin %84,5'u (60 kişi) halen gelir getiren bir işte çalışmakta olup, %32,3'ünün (20 kişi) profesyonel meslek grubunda çalıştığı görülmektedir. İki kişi eşi ile uzak akraba olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.2).

**Tablo 5.3. Katılımcıların yeti kaybı durumlarına göre dağılımı (2022)**

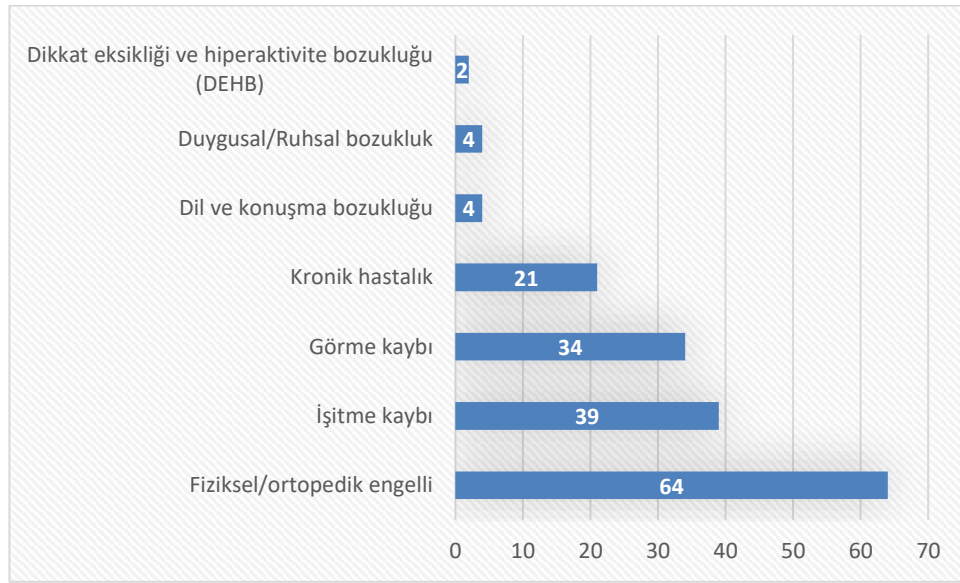
Özellik	Sayı	Yüzde**
<b>Yeti kaybı türü (n=143)*</b>		
Fiziksel/ortopedik yeti kaybı olan	64	45,4
İşitme kaybı	39	27,7
Görme kaybı	34	24,1
Kronik hastalık	21	14,8
Dil ve konuşma bozukluğu	4	2,8
Duygusal/Ruhsal bozukluk	4	2,8
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB)	2	1,4
<b>Engelli raporu olma durumu (n=144)</b>		
Var	141	97,2
Yok	3	2,8
<b>Engel oranı (n=136)***</b>		
≤69	66	48,5
70-89	29	21,3
≥90 (ağır engellilik)	41	30,2
<i>Ort.±SS=72,03 ± 19,27, Ortanca:70, 1, En düşük-yüksek: 8-100 1.-3. Çeyrek:59,25-90,0</i>		

\*bir kişi yeti kaybı türünü belirtmemiştir

\*\*birden çok seçenek işaretlenmiştir. 22 kişi birden fazla yeti kaybı olduğunu belirtmiştir. 6 kişi fiziksel/ortopedik ve kronik yeti kaybı, 5 kişi görme ve kronik hastalık yeti kaybı,3 kişi görme ve işitme yeti kaybı, 2 kişi işitme kaybı ve dil ve konuşma bozukluğu,1 kişi görme,işitme ve DHEB, 1 kişi işitme ve kronik hastalık, görme, fiziksel/ortopedik ve dil ve konuşma bozukluğu, 1 kişi görme kaybı/duygusal/ruhsal bozukluk, 1 kişi fiziksel/ortopedik ve dil ve konuşma bozukluğu, 1 kişi fiziksel/ortopedik ve duygusal/ruhsal bozukluk,1 kişi duygusa/ruhsal bozukluk ve kronik hastalık,1 kişi işitme ve DEHB olarak belirtmiştir.

\*\*\*bir kişi raporum var demiş engel oranını bilmediğini belirtmiş, diğer dört kişi raporum var demesine rağmen engel oranını belirtmemiştir.

Kadınların %45,4'ü (64 kişi) fiziksel/ortopedik yeti kaybına, %27,7'si (39 kişi) işitme kaybına, %24,1'i (34 kişi) görme kaybına sahiptir. Üç kişi dışında hepsi yeti kaybı olan olduğuna dair sağlık raporu olduğunu belirtmiştir. Kadınların %30,2'sinin raporda belirtilen engel oranı %90' dan fazla olup ağır engellidir. Şekil 5.1' de katılımcıların yeti kaybı türlerine göre dağılımı gösterilmektedir.



**Şekil 5.1. Kadınların yeti kaybı türlerine göre dağılımı (2022)**

**Tablo 5.4. Katılımcıların doğurganlık özelliklerine göre dağılımları (2022)**

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>İdeal çocuk sayısı(n=143)</b>		
1	22	15,4
2	87	60,8
3	18	12,6
4 ve üstü	8	5,6
Hiç çocuk olmaması	8	5,6
<i>Ortalama±SS=1,99 ± 0,90, Alt-Üst sınır:0-6, Ortanca:2, 1.3. çeyrek:2-2</i>		
<b>En az bir kez gebeliği olma durumu</b>		
Gebeliği olmamış	90	62,5
En az bir kez gebeliği olmuş	54	37,5
<b>Gebelik sayısı (n=54)</b>		
1	27	50,0
2	13	24,1
3	9	16,7
4 ve üzeri*	5	9,2
<b>İlk gebelik yaşı(n=54)</b>		
≤18	3	5,6
19-34	48	88,8
≥35	3	5,6
<i>Ortalama±SS=26,59 ± 5,98, Ortanca:25,5, En düşük- yüksek14-44</i>		
<b>Canlı doğum sayısı(n=50)</b>		
1	32	62,0
2	14	30,0
3 ve üzeri	4	8,0
<i>Ortalama±SS=1,5 ± 0,88, Ortanca:1,0, En düşük-yüksek:1-6</i>		
<b>Çocuk Sayısı(n=50)</b>		
1	32	62,0
2	14	30,0
3 ve üzeri	4	8,0
<i>Ortalama±SS=1,5 ± 0,886, Ortanca:1,0, En düşük-yüksek:1-6</i>		

\*Bir kişi 5 bir kişi 11 kez gebe kaldığını belirtmiştir

Kadınlara ideal çocuk sayısı sorulduğunda %60,8'i (87 kişi) iki çocuğun ideal olduğunu, %15,4'ü (22 kişi) bir çocuğun ideal olduğunu %23,8'i (34 kişi) en az üç çocuğun ideal olduğunu belirtmektedir. En az bir gebeliği olan 54 katılımcıdan 50 (%92,6)' sinin canlı doğumu, aynı şekilde en az bir çocuğu bulunmaktadır. 54 katılımcıdan 2 katılımcı ölü doğum yaptığını belirtmiştir (Tablo 5.4).



**Tablo 5.5. Daha önce gebelik yaşayan katılımcıların kendiliğinden ya da isteyerek düşük olma durumlarına göre dağılımı (2022)**

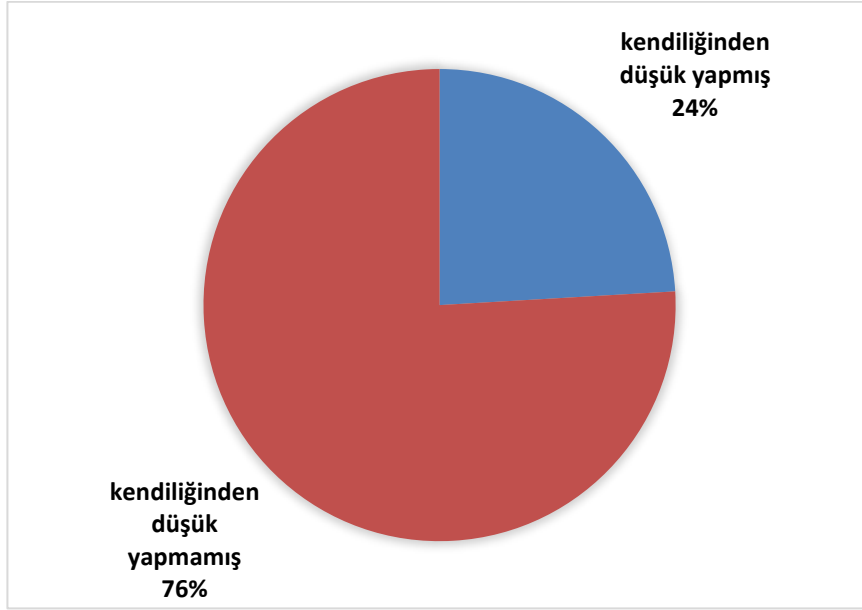
<b>Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Kendiliğinden düşük olma durumu(n=54)</b>		
Yok	41	75,9
Var	13	24,1
<b>Kendiliğinden düşük sayısı(n=14)*</b>		
1	10	
2	2	
3	1	
5	1	
<b>İsteyerek düşük olma durumu</b>		
Yok	45	83,4
Var	9	16,6
<b>İsteyerek düşük sayısı(n=9)**</b>		
1	6	
2	2	
5	1	
<b>İsteyerek düşükte karar vermede etkili olan kişi</b>		
Doktor/sağlık personeli	5	
Eşi ve kendisi	3	
Kendisi	1	

\*bir kişi kendiliğinden düşük sayısını belirtmemiştir.

\*\* bir kişi isteyerek düşük sayısını belirtmemiştir.

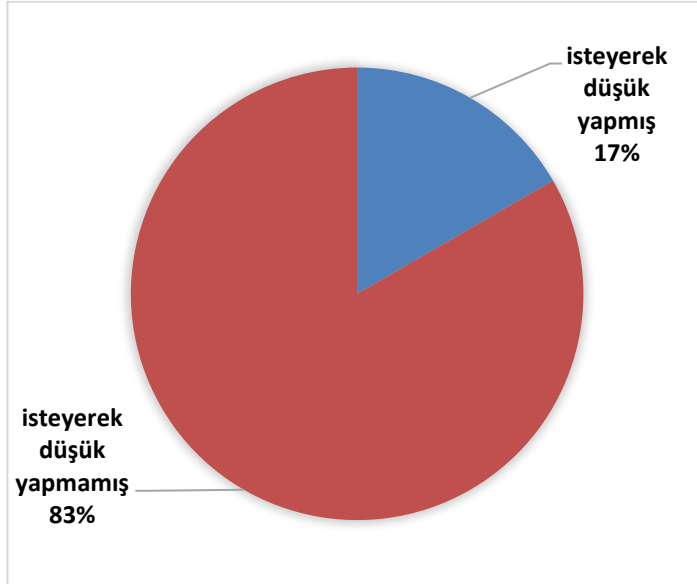
Daha önce gebeliği olan kadınlara kendiliğinde düşük yaşayıp yaşamadığı sorulduğuna kadınların %24,1'i (13 kişi) kendiliğinden düşük yaşadığını belirtmiştir. Kadınların %16,6'sı (9 kişi) isteyerek düşük yaptığını belirtmiştir. İsteyerek düşük yapan 9 kadından 5'inde karar vermede etkili olanın doktor/sağlık personeli olduğu görülmüştür (Tablo 5.5).

Şekil 5.2’de gebelik geçiren kadınların kendiliğinden düşük yapma durumlarının yüzde dağılımı gösterilmektedir.



**Şekil 5.2. Gebelik geçiren kadınların (54 kişi) kendiliğinden düşük durumlarının yüzde dağılımı (2022)**

Şekil 5.3’te gebelik geçiren kadınların isteyerek düşük yapma durumlarının yüzde dağılımı gösterilmektedir.



**Şekil 5.3. Gebelik geçiren kadınların (54 kişi) isteyerek düşük durumlarının yüzde dağılımı (2022)**

**Tablo 5.6. Daha önce gebelik geçiren katılımcıların çocuk sahibi olmayı isteme durumları (2022)**

<b>Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>İki yıl içinde çocuk sahibi olmayı isteme (n=54)</b>		
Evet	4	7,4
Hayır	47	87,0
Kararsız	3	5,6
<b>Herhangi bir zamanda çocuk sahibi olmayı isteme(n=54)</b>		
Evet	5	9,3
Hayır	42	77,7
Kararsız	7	13,0
<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

Daha önce gebelik geçiren 54 kadından %87'si (47 kişi) iki yıl içinde, %77'si (42 kişi) herhangi bir zamanda çocuk sahibi olmayı istememektedir (Tablo 5.6).

**Tablo 5.7. Katılımcıların şimdiye kadar korunma yöntemi kullanma durumlarına göre dağılımı (2022)**

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Şimdiye kadar korunma yöntemi kullanma durumu(n=144)</b>		
Evet	52	36,1
Hayır	92	63,9
<b>Kullanmama nedeni (n=92)</b>		
Cinsel ilişkide bulunmamış	59	64,1
Sağlık etkilerinden korkuyor	15	16,4
Eşi izin vermemiş/vermiyor	6	6,5
Dini açıdan uygun bulmuyor	4	4,3
Nasıl kullanacağını bilmiyor	4	4,3
Aile büyükleri istemiyor	2	2,2
Nasıl ulaşacağını bilmiyor	2	2,2
<b>Şimdiye kadar kullanılan yöntem*(n=52)</b>		
<b>Modern yöntemler</b>		
Kondom	26	50,0
Doğum kontrol hapi	18	34,6
RIA	18	34,6
Aylık-üç aylık iğne	5	9,6
<b>Geleneksel yöntemler</b>		
Geri çekme	15	28,8
Takvim yöntemi	3	5,7
Diğer yöntem**	5	9,6

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, cevap veren kişilere göre hesaplanan yüzdelerdir.

\*\* Doğal yöntemlerle korunduğu belirtmiş, kullandığı yöntemi belirtmemiştir.

Kadınlara şimdiye kadar yöntem kullanma durumu sorulduğunda %63,8'ü (92 kişi) şimdiye kadar en az bir kere yöntem kullanmadığını belirtmiştir. %36,1'i en az bir kere yöntem kullanmıştır. Yöntem kullanmayanlara nedeni sorulduğunda %64,1'i cinsel ilişkide bulunmadığı için korunmaya ihtiyacı olmadığını belirtmiş, %16,4'ü (15 kişi) sağlık etkilerinden korktuğu için kullanmadığını söylemiştir. Şimdiye kadar yöntem kullandığını belirten 52 kişiden 26'sı kondom kullandığını, 18 kişi OKS ve RIA kullandığını, 5 kişi aylık-üç aylık iğne kullandığını belirtmiştir. Geleneksel yöntemler içinde en sık geri çekme yöntemi kullanılmaktadır (Tablo 5.7).

**Tablo 5.8. Katılımcıların istenmeyen gebelik olma durumuna göre dağılımı (2022)**

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>En az bir kez gebe kalma durumu(n=144)</b>		
Gebeliği olmuş	54	37,5
Hiç gebe kalmamış	90	62,5
<b>İstenmeyen gebelik olma durumu(n=54)</b>		
Yok	37	68,5
Var	17	31,5
Yöntem kullanırken istenmeyen gebelik*	10	
Yöntem kullanmıyorken istenmeyen gebelik**	9	
<b>İstenmeyen gebeliğin sonuçlanma durumu (n=17)***</b>		
İsteyerek düşük	9	52,9
Doğum	5	29,4
Kendiliğinden düşük	2	11,8
Belirtmeyen	1	5,9

\*yöntem kullanırken gebeliği olan 9 kişi 1 kez istenmeyen gebeliği, 1 kişinin 2 kez istenmeyen gebeliği olmuştur.

\*\*yöntem kullanmıyorken istenmeyen gebeliği olan 5 kişinin bir kez istenmeyen gebeliği,1 kişinin 2 kez, 1 kişinin de 4 kez istenmeyen gebeliği vardır.bir kişi istenmeyen gebelik sayısını belirtmemiştir. 2 kişinin hem yöntem kullanıyorken, hem yöntem kullanmıyorken istenmeyen gebeliği olmuştur.

\*\*\* İstenmeyen gebeliği olan bir kişi sonuçlanma durumunu belirtmemiştir.

Daha önce gebeliği olan kadınlara istenmeyen gebelik durumu sorulduğunda 17 kişi istenmeyen gebeliği olduğunu söylemiştir. 17 kişiden 9'unun gebeliği isteyerek düşük ile 5 kişinin gebeliği doğum ile sonuçlanmıştır (Tablo 5.8).

**Tablo 5.9. Katılımcıların halen aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına göre dağılımı (2022)**

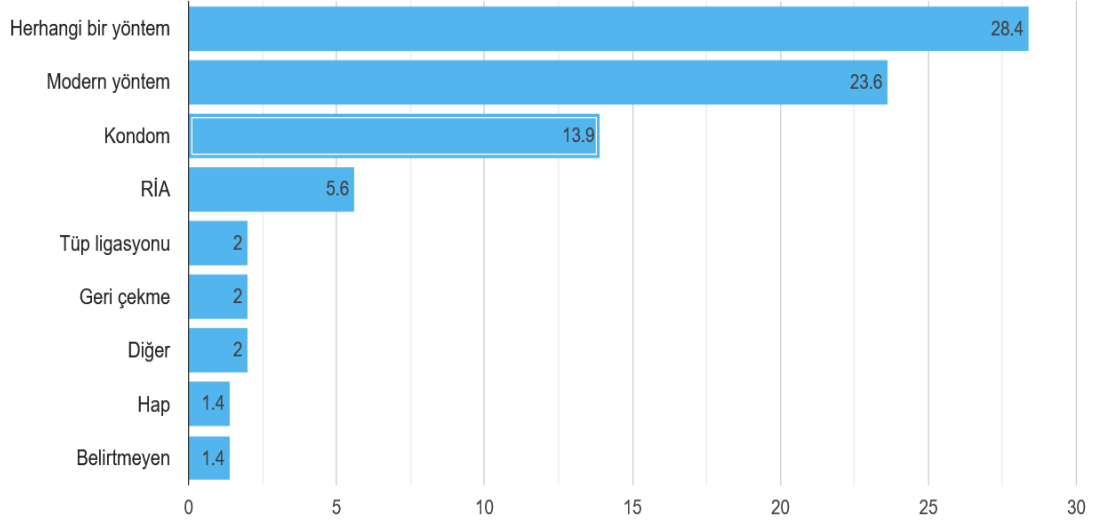
Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Halen yöntem kullanma durumu</b>		
<b>Yöntem kullanmıyor</b>	<b>103</b>	<b>71,6</b>
<b>Korunmama nedeni</b>		
Cinsel ilişkide bulunmuyor	73	50,6
Çocuk istiyor	8	5,6
İnfertil	3	2,1
Eşi istemiyor	4	2,8
Menopoza girmiş	9	6,3
Dini açıdan uygun bulmuyor	1	0,7
Nasıl kullanacağını bilmiyor	1	0,7
Diğer nedenlerle*	3	2,1
Belirtmeyen	1	0,7
<b>Yöntem kullanıyor</b>	<b>41</b>	<b>28,4</b>
<b>Modern yöntemler</b>		
Kondom	20	13,9
RIA	8	5,6
Tüp ligasyonu	3	2,0
Doğum kontrol hapi	2	1,4
Ertesi gün hapi	1	0,7
<b>Geleneksel yöntem</b>		
Geri çekme	3	2,0
Doğal**	2	1,4
<b>Belirtmeyen</b>	<b>2</b>	<b>1,4</b>
<b>Toplam</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\* Korunmıyorum diyenlerden 1 kişi sağlık sorunlarından dolayı korunmadığını belirtmiş, 1 kişi ailesi istemediği için korunmadığını söylemiştir. 1 kişi niye korunmadığı konusunda karar verememiştir.

\*\* geleneksel yöntem ile korunduğunu belirtmiş, hangi yöntem ile korunduğunu belirtmemiştir.

Kadınlara şu anda yöntem kullanıp kullanmadığı sorulduğunda %71,6'sı (103 kişi) yöntem kullanmamakta %28,4'ü (41 kişi) yöntem kullanmaktadır. Kadınların %50,6'sı (73 kişi) cinsel ilişkide bulunmamakta, %6,3'ü (9 kişi) kişi menopoza girmiş, %5,6'sı (8 kişi) kişi de çocuk istemektedir. Kadınların %23,6'sı (34 kişi) modern yöntem kullanmakta, modern yöntemler içinde en sık kondom (20 kişi), ardından RIA kullanılmaktadır (8 kişi) (Tablo 5.9).

Şekil 5.4'te katılımcıların gebeliği önleyici yöntem kullanımının dağılımı gösterilmektedir.



Şekil 5.4. Katılımcıların gebeliği önleyici yöntem kullanımının yüzde dağılımı (2022)

**Tablo 5.10. Araştırmaya katılan eşi/partneri olan kadınların aile planlaması talebine göre dağılımları (2022)**

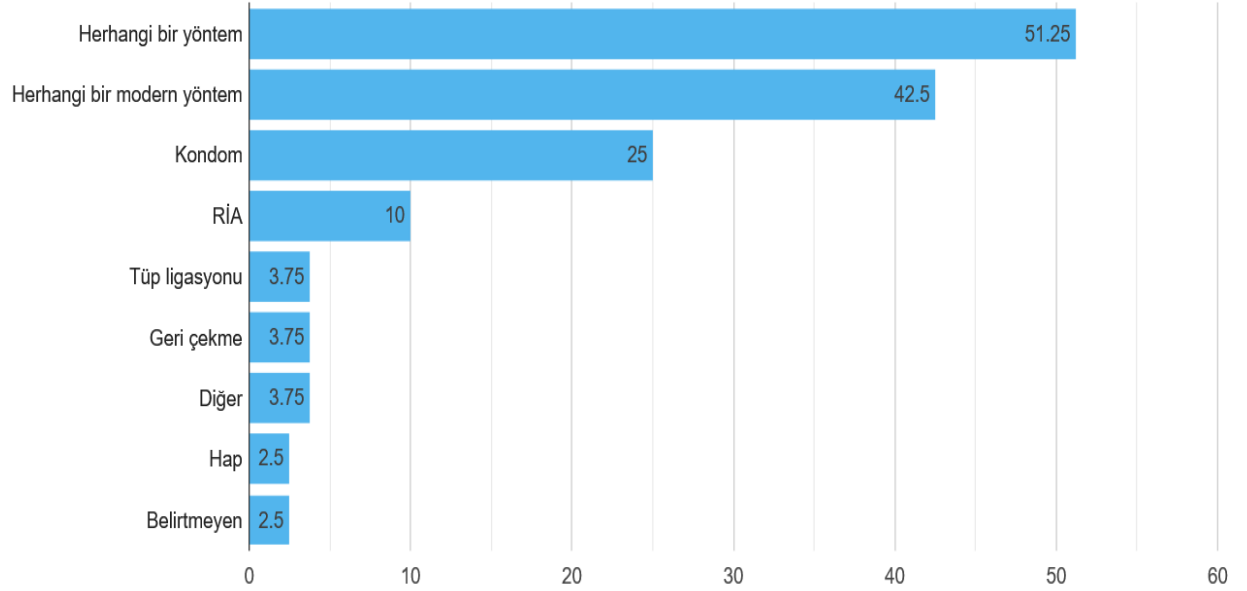
<b>Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Aile planlaması talebi</b>		
<b>Aile planlaması talebi yok</b>	<b>30</b>	<b>37,5</b>
Cinsel ilişkide bulunmuyor	10	12,5
Menopoza girmiş	9	11,2
Çocuk istiyor	8	10,0
İnfertil	3	3,8
<b>Aile planlaması talebi var</b>	<b>50</b>	<b>62,5</b>
<b>Herhangi bir yöntemle karşılanan aile planlaması ihtiyacı</b>	<b>41</b>	<b>51,2</b>
<b>Halen modern yöntem kullanma</b>	<b>34</b>	<b>42,5</b>
Kondom	20	25,0
RiA	8	10,0
Tüp ligasyonu	3	3,7
Hap	2	2,5
Ertesi gün hapi	1	1,3
<b>Halen geleneksel/doğal yöntem kullanma</b>		
Geri çekme	3	3,7
Doğal*	2	2,5
Belirtmeyen	2	2,5
<b>Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı</b>	<b>9</b>	<b>11,3</b>
<b>Toplam</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

\*Geleneksel olduğunu belirtmiş fakat hangi yöntem ile korunduğunu belirtmemiştir.

Halen evli/partneri olan kadınların %62,5'unun (50 kişi) aile planlaması talebi bulunmakta olup %51,2'sinin talebi herhangi bir yöntem (geleneksel veya modern) ile karşılanmaktadır. Modern yöntem ile karşılanan aile planlaması ihtiyacı %51,2'dir (41 kişi). Halen evli/partneri olan kadınlarda karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı %11,3'tür (9 kişi) (Tablo 5.10).



Şekil 5.5'te halen evli/partneri olan kadınların halen yöntem kullanmalarına göre grafiksel dağılımı gösterilmiştir.



**Şekil 5.5. Halen evli/partneri olan kadınların halen yöntem kullanmalarına göre yüzde dağılımı (2022)**

**Tablo 5.11. Halen yöntem kullanan kadınların yöntem seçme nedenlerine göre dağılımı (2022)**

Yöntem seçme nedeni(n=37)*	Sayı	Yüzde**
Kolay uygulanabilir olması	19	51,4
Etkili olması	16	43,2
Kolay ulaşılabilir olması	9	24,3
Doktor tavsiyesi	9	24,3
Eş isteği	5	13,5
Ucuz olması	4	10,8

\*4 kişi belirtmemiştir.

\*\*Birden fazla seçenek belirtilmiştir.

Halen yöntem kullanan 37 kadın yöntem seçme nedeni sorulduğunda %51,4'ü (19 kişi) kolay uygulanabilir olması, %43,2'si (16 kişi) etkili olması cevabını vermiştir (Tablo 5.11).

**Tablo 5.12. Katılımcıların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi edinme kaynaklarının ve eğitim alma durumlarının dağılımı (2022)**

<b>Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde*</b>
<b>Bilgi kaynağı (n=122)</b>		
Yakın çevre ve arkadaşlar	59	48,4
İnternet veya basın	54	44,3
Doktor	48	39,3
Sağlık personeli	33	27,0
<b>Aile planlaması eğitimi(n=144)</b>		
Almış	29	20,1
Almamış	115	79,9
<b>Eğitim almayı isteme(n=144)</b>		
Evet	64	44,4
Hayır	80	55,6

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Cevap verenlerin yüzdesi alınmıştır.

Kadınların aile planlaması konusunda bilgi kaynağı sorulduğunda %48,4'ü (59 kişi) yakın çevre ve arkadaşlarından, %44,3'ü (54 kişi) internetten veya basından, %39,3'ü (48 kişi) doktor, %27'si (33 kişi) sağlık personelinden bilgi edindiğini belirtmiştir. Kadınların %79,9'u(115 kişi) şimdiye kadar aile planlaması eğitimi almamıştır, %44'ü (64 kişi) bu konuda eğitim almayı istemektedir (Tablo 5.12).

**Tablo 5.13. Katılımcıların şimdiye kadar aile planlaması ile ilgili bir kuruma başvurma durumlarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı (2022)**

<b>Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Kuruma başvurma (n=144)</b>		
Evet	29	20,1
Hayır	115	79,9
<b>Uygun danışmanlık alma (n=28)*</b>		
Evet	15	53,6
Hayır	13	46,4
<b>Engel uygun düzenleme olması (n=26)**</b>		
Evet	3	11,5
Hayır	23	88,5
<b>Aile planlamasına erişimde karşılaşılan zorluklar(n=18)***</b>		
Yöntemi kullanma ve bilgi sahibi olma konusunda psikolojik destek eksikliği	8	
Yakın çevrenin yeti kaybı olan bir bireyin cinsel yaşamı konusunda önyargıları	8	
Sağlık personelinin bilgi eksikliği	8	
Çevresel/ fiziksel kısıtlılıklar	7	
Ekonomik zorluklar/ yöntemlerin pahalı olması	7	
Yöntemi nasıl kullanacağını bilmemek	6	
Sağlık personelinin yeti kaybı olan bireylere yönelik önyargılı olması	6	

\*Yöntem için kuruma başvurduğunu belirten bir kişi bu soruya cevap vermemiştir.

\*\* Yöntem için kuruma başvurduğunu belirten üç kişi bu soruya cevap vermemiştir.

\*\*\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kadınların aile planlaması hizmeti almak için bir kuruma başvuru durumları sorulduğunda 29 kişi başvurduğunu belirtmiştir. 15 kişi engeline uygun kendi kendine uygulayabileceği biçimde anlatılarak danışmanlık aldığını belirtirken, 23 kişi kurumda engeline uygun düzenleme (braille alfabesi, işaret dili tercümanı vb) olmadığını belirtmiştir. Aile planlamasına erişimde en sık karşılaşılan zorluklar sağlık personelinin bilgi eksikliği, yakın çevrenin önyargıları ve yöntemi nasıl kullanacağını bilememek olmuştur (Tablo 5.13).

**Tablo 5.14. Katılımcıların AP hizmeti almak için başvurmayı düşündükleri kurumların dağılımı (2022)**

Başvurulacak kurum	Sayı	Yüzde
Aile hekimi	49	37,1
Hastane	42	31,8
Özel hastane	22	16,7
Özel muayenehane	10	7,6
Eczane	9	6,8
<b>Toplam</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

Kadınlara AP hizmeti almak için başvuracakları kurum sorulduğunda, kadınların %37,1'si (49 kişi) aile hekimine başvuracağını, %31,8'i (42 kişi) hastaneye, %16,7'si (22 kişi) özel hastaneye başvuracağını belirtmiştir (Tablo 5.14).

**Tablo 5.15. Katılımcıların yeti kaybı olan kadının çocuk sahibi olması hakkında şimdiye kadar herhangi bir sağlık personeli ve yakını tarafından olumsuz ifade kullanılması durumuna göre dağılımı (2022)**

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Herhangi bir yakını tarafından olumsuz ifade kullanılması (n=142)</b>		
Evet	50	35,2
Hayır	92	64,8
<b>Herhangi bir sağlık personeli tarafından olumsuz ifade kullanılması (n=141)</b>		
Evet	27	19,1
Hayır	114	80,9

Kadınların %35'ine(50 kişi) şimdiye kadar bir yakını tarafından yeti kaybı olan bir kadının çocuk doğurmaması gerektiği söylenmiştir. Kadınların %19,1'ine(27 kişi) şimdiye kadar bir sağlık personeli tarafından yeti kaybı olan bir kadının çocuk doğurmaması gerektiği söylenmiştir (Tablo 5.15).

**Tablo 5.16. Katılımcıların aile planlaması ile ilgili bazı bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı (2022)**

Aile planlaması bilgisi (n=144)	Verilen yanıt %		
	Doğru	Yanlış	Bilmiyor
Emzirmek gebelikten korur (Y)	16,6	54,2	29,2
İki gebelik arasında iki yıldan az olmasında sakınca yoktur (Y)	21,5	43,1	35,4
Geri çekme yöntemi kullanırken gebe kalınabilir (D)	54,2	2,7	43,1
Bebeğin kalbi atmaya başladıktan sonra kürtaj yaptırılmaz (Y)	49,3	20,1	30,6
Aile planlaması yöntemleri kısırlığa neden olur (Y)	4,2	58,3	37,5
Aile planlaması sadece korunma yöntemleri ile ilgilidir (Y)	29,1	41,8	29,1
Çocuk sahibi olmayı istemek aile planlaması içinde ele alınmaz (Y)	12,5	55,6	31,9
Bir adet döneminden diğerine kadar olan döngüde iki döngünün ortasına gelen günlerde gebe kalma ihtimali diğer zamanlara göre daha fazladır (D)	55,6	10,4	34,0
Sigara doğum kontrol haplarının pıhtı atma riskini artırır (D)	41,6	4,9	53,5
Prezarvatif kullanımı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmakta etkilidir (D)	69,4	4,2	26,4

Y=Yanlış, D=Doğru

Kadınların aile planlaması konusunda bazı önermeler konusunda bilgi durumları incelendiğinde emzirmenin gebelikten koruduğu önermesine %54,2'si yanlış ifadesi kullanarak doğru cevabı vermiştir. Geri çekme yöntemi kullanılırken gebe kalılabileceğini %54,2'si bilmektedir, fakat %43,1'i bu konuda bilgisi olmadığını bildirmiştir. İsteyerek düşüğün bebeğin kalp atımıyla ilgisi olmadığını sadece %20,1'i

bilmektedir. Kadınların %4,2'si aile planlaması yöntemlerinin kısırlığı neden olduğunu düşünmekte olup %58,3'ü kısırlığa neden olmadığını bilmektedir. Kadınların %29'si aile planlamasının sadece korunma yöntemleri ile ilgili olduğunu düşünmekte, %12,5'i çocuk sahibi olmayı aile planlamasının içinde görmemektedir. Kadınların %55,6'sı gebe kalınabilecek dönemi(ovulasyon) bilmekteyken %34'ünün bu konuda bir fikri bulunmamaktadır. Sigara tüketiminin oral kontraseptifler ile birlikte DVT riskin arttırdığını kadınların %41,6'sı bilmekteyken, %53,5'inin bu konuda fikri bulunmamaktadır. Prezarvatif kullanımını CYBE'dan koruduğu %69,4 ile en fazla bilinen soru olmuştur (Tablo 5.16).

**Tablo 5.17. Katılımcıların aile planlaması bilgi puanlarına göre dağılımı (2022)**

Bilgi puanı (n=144)	Sayı	Yüzde
0	16	11,2
1-5	60	41,6
6-10	68	47,2

*Ortalama±SS=4,94 ± 3,02, Ortanca:5, en düşük-en yüksek:0-10,*

Kadınların aile planlaması ile ilgili 10 bilgi sorusuna verdikleri cevaplarda doğru bilenler 1 olarak, yanlış bilenler veya bilmiyorum diyenler 0 olarak puanlanıp bilgi düzeyi karşılaştırılmıştır. Kadınların %47,2'si (68 kişi) en az 6 soruyu bilmiş, %41,6'sı (60 kişi) en fazla 5 soruyu bilmektedir. %11,2'si (16 kişi) hiçbir soruyu bilememiştir (Tablo 5.17).

**Tablo 5.18 Katılımcıların aile planlaması hakkındaki bazı önermelere katılma durumlarının yüzde dağılımları (2022)**

Önermeler(n=144)	Kesinlikle katılıyor	Verilen yanıt %		Katılmıyor	Kesinlikle katılmıyor
		Biraz katılıyor	Kararsız		
Gebelikten korunmak günahtır.	9,0	11,1	4,9	27,1	<b>47,9</b>
Korunmasız cinsel ilişkiye girersem gebe kalabileceğimden korkarım.	<b>58,3</b>	16,7	10,4	6,3	8,3
Korunma yöntemlerini uygulamak bana zor gelir.	11,8	20,8	14,6	25,7	27,1
Gebelik istemediğim halde gebe kalırsam kürtaj olmakta bir sakınca görmem.	16,0	12,5	<b>25,0</b>	14,6	<b>31,9</b>
Gebelikten korunmak kadının görevidir.	11,8	14,6	6,2	18,1	<b>49,3</b>
Evli olmayanların aile planlaması yöntemi almaları doğru değildir.	13,2	7,6	10,5	20,1	48,6

Kadınlara aile planlaması konusunda bazı önermeler verilmiştir. Her dört kadından üçü gebelikten korunmanın günah olduğu önermesine katılmamaktadır. Kadınların %20,1'i gebelikten korunmanın günah olduğunu düşünmektedir. Her dört kadından üçü korunmasız cinsel ilişkide gebe kalmaktan korkmakta olup kadınların %14,6'sı böyle gebe kalmaktan korkmamaktadır. Kadınların %32,6'sı korunma yöntemlerini uygulamanın zor geldiğini belirtmiş, %52,8'i bu önermeye katılmamıştır. Kadınların %28,5'u gebelik istemediği halde gebe kalırlarsa isteyerek düşük yapmakta bir sakınca görmediğini belirtmiş, %46,5'u isteyerek düşük yapmayı sakıncalı görmüştür. Her dört kadından biri bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Gebelikten korunmanın kadının görevi olduğu önermesine %67,4'ü katılmazken,

%26,4 kadının görevi olduğunu düşünmektedir. Aile planlaması yöntemini evli olmayanların kullanmaması gerektiği önermesine %68,7'si katılmamış %10,4'ü kararsız kaldığını belirtmiştir (Tablo 5.18).

## 5.2. Araştırmanın Analitik Bulguları

**Tablo 5.19. Aile planlaması talebi olan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre yöntem kullanma durumunun dağılımı (2022)**

Aile planlaması ihtiyacı olan(n=50)	Herhangi bir yöntem kullanan		Herhangi bir yöntem kullanmayan		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Yaş</b>					
≤34	14	82,3	3	17,7	1,00*
≥35	27	81,8	6	18,2	
<b>Medeni durum</b>					
Hiç evlenmemiş	1	20,0	4	80,0	<b>0,002*</b>
En az bir kere evlenmiş	40	88,8	5	11,2	
<b>Öğrenim durumu</b>					
Ortaokul ve altı	4	80,0	1	20,0	**
Lise	7	70,0	3	30,0	
Üniversite ve üstü	30	85,7	5	14,3	
<b>Bilgi Puanı</b>					
≤5	11	61,1	7	38,9	<b>0,007*</b>
≥6	30	93,8	2	6,2	
<b>Engellilik oranı</b>					
<90	12	92,3	1	7,7	0,41*
≥90	28	77,8	8	22,2	
<b>AP eğitimi alma</b>					
Evet	9	69,2	4	30,8	0,214*
Hayır	32	86,5	5	13,5	
<b>Sağlık çalışanı yakını</b>					
Var	8	80,0	2	20,0	1,000*
Yok	33	82,5	7	17,5	

\*Fisher's Exact Test, AP= Aile Planlaması

Aile planlaması talebi olanların yöntem kullanma durumlarının bazı özelliklere göre dağılımına bakılmıştır. Hiç evlenmemiş 5 kadından 4'ü herhangi bir yöntem kullanmazken, evlenmiş 45 kadından %11,2'si(5 kişi) herhangi bir yöntem



kullanmamaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,002$ ). Bilgi puanı 6 ve üstü olanların %93,8'i herhangi bir yöntem kullanırken, bilgi puanı 5 ve altı olanların %61,1'i herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,007$ ). Engellilik oranı %90'dan düşük olanların %92,3'ü herhangi bir yöntem kullanırken, engellilik oranı %90 ve üzeri olanların %77,8'si herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 5.19).

**Tablo 5.20. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklere göre aile planlaması bilgi puanlarının dağılımı (2022)**

Özellik	Bilgi puanı				p
	5 ve altı		6 ve üstü		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Yaş(n=144)</b>					
≤34	25	50,0	25	50,0	0,627
≥35	51	54,3	41	45,7	
<b>Medeni durum (n=144)</b>					
Evlenmiş	34	42,5	46	57,5	<b>0,006</b>
Evlenmemiş	42	65,6	22	34,6	
<b>Öğrenim durumu(n=143)</b>					
Ortaokul ve altı	9	64,3	5	35,7	0,113
Lise	27	62,8	16	37,2	
Üniversite ve üstü	39	45,3	47	54,7	
<b>Yöntem kullanımı(n=144)</b>					
Kullanıyor	11	26,8	30	73,2	<b>&lt;0,001</b>
Kullanmıyor	65	63,1	38	26,9	
<b>AP eğitimi alma (n=144)</b>					
Evet	10	34,5	19	65,5	<b>0,027</b>
Hayır	66	57,4	49	42,6	
<b>Sağlık çalışanı yakını (n=144)</b>					
Var	26	61,9	16	38,1	0,159
Yok	50	49,0	52	51,0	

Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerinin bilgi puanına göre dağılımları incelendiğinde evlenmiş olanların %57,5'unun bilgi puanı 6 ve üstü iken, evlenmemiş

olanların %34,6'sı 6 ve üstü puan almıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,006$ ) AP yöntemi kullananların %73,2'si 6 ve üstü puan alırken, AP yöntemi kullanmayanların %26,9'u 6 ve üstü puan almıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ) AP eğitimi alanların %65,5'i 6 ve üstü puan alırken, eğitim almayanların %42,6'sı 6 ve üstü puan almıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,027$ ) Yaş, öğrenim durumu ve sağlık çalışanı yakını olması ile bilgi puanı arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 5.20).

**Tablo 5.21. Katılımcıların AP eğitimi alma durumlarına göre isteyerek düşük yapma durumlarının dağılımı (2022)**

AP eğitimi alma durumu (n=54)	İsteyerek düşük			
	Var		Yok	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	2	13,3	13	86,7
Hayır	7	17,7	32	82,3

Fisher's exact test  $p=1.000$

AP eğitimi alan 15 kadından 2'si isteyerek düşük yaparken, AP eğitimi almayan 39 kadından 7'si isteyerek düşük yaptığını belirtmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=1,000$ ) (Tablo 5.21).

**Tablo 5.22. Katılımcıların yeti kaybı durumlarına göre aile planlaması hizmeti alırken karşılaştıkları zorlukların dağılımı (2022)**

Yeti kaybı türü* (n=18)	Karşılaşılan zorluklar						
	Psikolojik destek eksikliği	Önyargı	Sağlık personeli bilgi eksikliği	Çevresel/ Fiziksel kısıtlılıklar	Ekonomik zorluklar	Bilgi eksikliği	Sağlık personeli önyargı
Fiziksel/ortopedik yeti kaybı olan	1	4	2	4	3	1	2
İşitme kaybı	4	4	3	1	4	3	3
Görme kaybı	3	1	2	1	1	3	1
Kronik hastalık	1	-	1	1	-	-	-
Dil ve konuşma bozukluğu	-	1	1	-	-	-	1

<b>Toplam</b>	9	10	9	7	8	7	7
---------------	---	----	---	---	---	---	---

\*Birden fazla yeti kaybı türü olan bireyler birden fazla seçeneği işaretlemişlerdir.

Yeti kaybı türüne göre karşılaşılan zorluklar incelendiğinde fiziksel yeti kaybı olanların çevresel/fiziksel kısıtlılıkları diğer yeti kaybı olan bireylere göre daha sık belirttiği görülmektedir. İşitme ve görme kaybı olan katılımcılar sağlık personelinin bilgi eksikliği, yöntemi kullanma ve bilgi sahibi olma konusunda psikolojik destek eksikliği ve yöntemi nasıl kullanacağını bilmemek konusunda sorun yaşadığını belirtmiştir. İşitme kaybı olan katılımcılar yakın çevrenin önyargısı, sağlık personelinin önyargısı konusunda sorun yaşamış ve daha sık ekonomik zorluklar/yöntemlerin pahalı olması konusunda sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. (Tablo 5.22)

## 5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan 144 kadının yaş dağılımları incelendiğinde %65,3'ünün 35 yaş ve üstü olduğu görülmektedir. Kadınların 76,3'ü çekirdek aile olarak yaşamakta olup, %8,3'ü geniş ailede yaşadığını belirtmiştir. Ortalama hanehalkı büyüklüğü 3,2'dir (Tablo 5.1). 2020 TÜİK verilerine göre ortalama hanehalkı büyüklüğü 3,3 olup çalışmadaki bulgu ile paraleldir (90). En uzun süre yaşanan yer %63,9 büyükşehirdir (Tablo 5.1).

Araştırmada yer alan katılımcıların %59,7'si en az yüksek okul mezunudur (Tablo 5.1). 2020 yılı TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre 25 yaş üstü kadınların %22,1'i en az bir üniversite mezunuyken bu araştırmada daha çok üniversite mezunlarına ulaşılmış olması ve bu öğrenim durumundan kaynaklanan bir yanlılık oluşturmuş olabilir (91).

Araştırmaya katılan kadınların ekonomik durum algıları %58,3'ü orta, %27,8'i iyidir (Tablo 5.1). Aydın 2013'te yeti kaybı olan kadınlar AP tutumu çalışmasında %50'sinin ekonomik durumu orta ve iyiyken bu çalışmada %86,1'i ekonomik durumunu en az orta olarak değerlendirmektedir. Bulgular benzer olmayıp çalışmanın kısıtlılıklarından birini oluşturmaktadır (92).

Kadınların %45,1'inin hiç evlenmemiştir (Tablo 5.1). Nüfus ve konut araştırması verilerine göre 15 yaş ve üstü nüfusun %65,1'i evlidir, %26,9'u hiç evlenmemiştir (7). Yeti kaybı olan kadınlarda toplum tarafından asexual olarak algılandığı ve üreme haklarından da yoksun bırakıldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (8, 76, 78). Aydın'ın yeti kaybı olan kadınların aile planlamasına ait tutumlarının belirlenmesi çalışmasında kadınların %60,2'sinin bekardır (92). Bu çalışmada kadınların hiç evlenmemiş olma durumlarının toplumdaki diğer kadınlara göre yüksek olması yeti kaybı olan kadınların asexual olarak görülmesi ve yeti kaybından dolayı ebeveynlik yapamayacağı yanlış algısından dolayı olabileceğini düşündürmüştür (18). Ünal bedensel yeti kaybı olan kadınlarla gerçekleştirdiği niteliksel araştırmada bedensel yeti kaybı olan kadın katılımcıların da toplumda yaygın olarak karşılanan

sağlamcılık anlayışını içselleştirdikleri, bu sebeple yeti kaybı olanlığı bir utanç kaynağı olarak görebildikleri ve cinsel arzularının görünmez hale geldiğini belirtmektedir (93).

Kadınların meslek sahibi olma durumu incelendiğinde %41,1'i profesyonel meslek mensubudur. %63,9'u halen gelir getiren bir işte çalışmaktadır (Tablo 5.1.). İşgücüne katılım oranı genel nüfusta erkeklerde %71,7 iken kadınlarda %34,5'tur. Yeti kaybı olan nüfusta ise erkeklerde %35,4 iken kadınlarda %12,5'tur (94). Yeti kaybı olan kadınlarda işgücüne katılımın yeti kaybı olan nüfusa ve genel nüfusa göre yüksek olması, bu çalışmanın yanlılığı olarak daha yüksek öğrenim düzeyi olan ve yeti kaybı nin dezavantajlarına karşı topluma katılımı gerçekleştirebilmiş kadınların oranının yüksek olmasından olabileceği düşünülmüştür.

Kadınların %55'inin (80 kişi) eş/partneri bulunmaktadır. Ortalama yaşları 40,9 olup, %87'si en az lise mezunudur (Tablo 5.2). Eş/partnerlerinin de öğrenim durumları kadınların öğrenim durumları ile paralelidir. Eş/partnerlerin %32,3'ü profesyonel meslek mensubu olup %84,5'u halen gelir getiren bir işte çalışmaktadır (Tablo 5.2). Türkiye genel nüfusunda erkeklerin %71,7'si işgücüne katılmakta olup bu çalışmadaki bulgu ile benzerdir (94). Araştırmadaki grubun yaş dağılımının işgücüne katılımı arttırabileceği ve benzer olmakla birlikte işgücüne katılım oranının bir miktar yüksek olmasının sosyoekonomik duruma ve yaş dağılımına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların %45,4'ünün fiziksel/ortopedik yeti kaybı olduğu, %27,7'sinin işitme kaybı, %24,1'inin görme kaybı olduğu görülmektedir (Tablo 5.3). 2011 nüfus ve konut araştırması sonuçlarına göre kadınlar arasında yürümede, merdiven çıkmada / inmede zorluk yaşayan nüfus %4,1 iken görmede zorluk yaşayanlar %1,5, işitmede zorluk yaşayanlar %1,2'dir (7). Ulusal Engelli Veri Sistemi verilerine göre ise süreğen hastalık %40,63 fiziksel/ortopedik yeti kaybı olan %13,78, görme yeti kaybı olan %9,53, işitme yeti kaybı olan %7,97'dir (94). Bazı dernekler aracılığı ile daha fazla kişiye ulaşılmış olması yeti kaybı dağılımındaki farklılığa sebep olmuş olabilir. %17,7 oranında bulunan zihinsel yeti kaybı olan grubun cevap verememe durumundan dolayı dışlanmış olması bu araştırmanın kısıtlılıklarında biridir.

Kadınların %97,2'sinin 'Engelliler İçin Sağlık Kurulu Raporu' bulunmaktadır. Engellilik oranını belirten kadınların %48,5'u %70'ten az, %30,2'sinin %90 ve üzeri engellilik oranı bulunmaktadır (Tablo 5.3).

Araştırmaya katılan kadınların ortalama ideal çocuk sayısı 1,99'dur (Tablo 5.4). Türkiye'de kadınların istediği çocuk sayısı ortalama olarak 2,8 olup 15-49 evli kadınlarda 3,0'dır (5). Hiç eğitim almamış veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar, lise veya üzeri eğitim almış kadınlardan bir çocuk daha fazla istemektedirler (sırasıyla 3,5 ve 2,5 çocuk). Kadınların ideal çocuk ortalaması eğitim düzeyinden etkilenmiş olabileceği gibi yeti kaybına bağlı olabileceği, yeti kaybı olan kadınların daha az çocuk istediği görülmektedir. Yakın çevresinin bu konuda önyargısı da etkilemiş olabilir.

Araştırmada 144 kadının doğurganlık özelliklerine bakıldığında 54 kişi en az bir kez gebe kalmıştır. Ortalama canlı doğum sayısı 1,5, yaşayan çocuk sayısı ortalaması da aynı şekilde 1,5'dur (Tablo 5.4). 2018 TNSA verilerine göre halen evli 15-49 yaş kadınlar ortalama 2,4 doğum yapmakta, bu sıklık öğrenim durumuna göre değişmekte olup lise ve üzeri kadınlarda 1,8'e düşmektedir (5). Bu araştırmada öğrenim durumunun üniversite ve üstü ağırlıklı olması çocuk sayısı ve canlı doğum sayısının daha düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların ilk doğumda anne yaşı ortancası 25,1'dir (Tablo 5.4). 2018 TNSA verilerine göre ortanca ilk gebelik yaşı 23,3 olup eğitim düzeyi ile artmaktadır (5). Bu çalışmada da öğrenim düzeyi genel nüfusa oranla yüksek olduğundan ilk doğumda anne yaşının daha yüksek olmasının öğrenim durumu ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan ve gebeliği olan kadınlarda (54 kişi) kendiliğinden düşük oranı %24,1'dir (13 kişi). Kendiliğinden düşük yapan 13 kişiden 10'u bir kere düşük yapmış, 3 kişi 2 ve üzeri sayıda düşük yapmıştır (Tablo 5.5). 2018 TNSA verilerinde en az bir gebelikte kendiliğinden düşük oranı %22,4'tür. Bu çalışmadaki kendiliğinden düşük oranının TNSA 2018 verileriyle benzer olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan ve daha önce gebelik geçiren kadınların (54 kişi) %7,4'ü iki yıl içinde çocuk sahibi olmayı istemekte, %9,3'ü herhangi bir zamanda çocuk sahibi olmayı istemektedir (Tablo5.6). TNSA 2018'de hemen çocuk isteyen %12,7 iken daha sonra isteyen %14,0 bulunmuştur(5) Bu çalışmada daha düşük olması ideal çocuk sayısınının da (bu çalışmada 1.99) TNSA'ya göre (2018 TNSA'da 3,0) daha düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan 144 kadının %36,1'si(52 kişi) şimdiye kadar AP yöntemi kullanmıştır (Tablo 5.7). Kullanmayanların nedeni sorulduğunda %64,1'i (59 kişi) cinsel ilişkide bulunmamış, %16,4'ü (15 kişi) sağlık etkilerinden korkmuştur. Mersin'de 108 yeti kaybı olan kadın ile yapılan bir çalışma şimdiye kadar yöntem kullanımı %24,7 bulunmuştur. Bu çalışmada şimdiye kadar yöntem kullanma biraz daha yüksek olup araştırma grubunu sosyoekonomik düzeyinin yüksek olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırma katılan daha önce gebeliği olan 54 kadından 17'sinin istenmeyen gebeliği olmuş, 9 kadın isteyerek düşük ile sonuçlandırmıştır (Tablo 5.8). Etiyopya'da görme ve işitme kaybı olan kadınlarda gerçekleştirilen bir çalışmada İstenmeyen gebelik prevalansı %67,0 ve isteyerek düşük %44 olarak bulunmuştur (86). TNSA 2018 verilerinde isteyerek düşük oranı 100 gebelikte 5,9 'dur. Ekonomik refah seviyesi yükseldikçe istenmeyen gebeliklerin isteyerek düşük ile sonuçlanma olasılığı artmaktadır (5).

Şu anda yöntem kullanan 41 kadının 34'ü modern yöntem, 5 kişi geleneksel yöntem kullanmakta olup 2 kişi yöntemini belirtmemiştir. Modern yöntem kullanan 34 kişinin 20'si kondom, 8'i RİA, 3'ü tüp ligasyonu, 2 kişi doğum kontrol hapi, 1 kişi ertesi gün hapi kullanmaktadır. Geleneksel yöntem kullanan 5 kadının 3'ü geri çekme yöntemini, 2'si doğal aile planlaması yöntemlerini kullanmaktadır (Tablo5.9). 2013 yılında 18-49 yaş yeti kaybı olan kadınlarda yapılan bir 108 yeti kaybı olan kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi ile ilgili bir çalışmada; yeti kaybı olan kadınların %36,3'ünün kondom, %33,3'ünün rahim içi araç, %21,2'sinin oral kontraseptif kullandıkları görülmektedir (92). Bu araştırmada görece kondom

kullanımı daha fazla, doğum kontrol hapi ve RİA daha az kullanılmaktadır. Kondom kullanımı 2018 TNSA'da RİA kullanımını ilk kez geçmiş olup, ülkemizde de giderek artmaktadır. Başka çalışmalarda yeti kaybı olan kadınların (özellikle zihinsel yeti kaybı) kısırlaştırılma olasılığı daha yüksek, uzun etkili, enjekte edilebilir doğum kontrol iğneleri reçete edilme olasılıkları daha yüksek bulunmuş ve oral doğum kontrol hapları reçete edilme olasılıkları daha düşük olarak bulunmuştur. Bu çalışmada zihinsel yeti kaybı olan kadınların çalışmaya dahil edilmemiş olması tüp ligasyonunun az çıkmasına ve iğne-implant kullanımının olmamasına neden olmuş olabilir (18, 87, 88).

Halen evli/partneri olan kadınların %62,5'unun aile planlaması talebi olup, %51,2'sinin herhangi bir yöntem ile, %42,5'unun modern yöntemlerle korunmaktadır. Kadınların %11,3'ünün karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı bulunmaktadır (Tablo 5.10). 2018 TNSA'ya göre halen/evli partneri olan kadınların %70'i herhangi bir yöntem kullanmakta, %49'u modern yöntem kullanmaktadır. Karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı %12 olup bu çalışma ile benzerdir (5). Herhangi bir yöntem kullanma ve modern yöntem kullanmanın daha düşük olması aile planlaması talebi olmayanların %37,5 oranında olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. 2018 TNSA'da aile planlaması talebi %81, bu çalışmada %62,5'tur.

Araştırmaya katılan kadınlara yöntem seçme nedeni sorulduğunda cevap verenlerin (37 kişi) %51,4'ü kolay uygulanabilir olduğu için kullandığını, %43,2'si etkili olduğu için kullandığını belirtmiştir (Tablo 5.11).

Araştırmaya katılan kadınların AP yöntemini öğrenme kaynağı sorulmuştur. Kadınların %48,4'ü yakın çevre ve arkadaşlardan %44,3'ü internet veya basından, %39,3'ü doktordan bilgi edindiklerini söylemiştir (Tablo 5.12). Mersin'de 108 yeti kaybı olan kadın ile yapılan çalışmada doktor ve sağlık personelinden bilgi edinme %88 iken bu çalışmada bilgi edinme kaynağı olarak yakın çevre-internet öne çıkmaktadır(92). Bu durum katılımcıların çevrimiçi bir çalışmaya katılabilecek katılımcılar olmasından dolayı online internet, akıllı telefon kullanamayan yeti kaybı olan kadınları dışlamış olabileceğini düşündürmektedir. Araştırmaya katılan



kadınların %20,1'i aile planlaması eğitimi almıştır, %44,4'ü eğitim almayı istemektedir (Tablo 5.12).

Kadınların aile planlaması hizmeti almak için bir kuruma başvuru durumları sorulduğunda 29 kişi başvurduğunu belirtmiştir. 15 kişi engeline uygun kendi kendine uygulayabileceği biçimde anlatılarak danışmanlık aldığını belirtirken, 23 kişi kurumda engeline uygun düzenleme (braiille alfabesi, işaret dili tercümanı vb) olmadığını belirtmiştir. Aile planlamasına erişimde en sık karşılaşılan zorluklar sağlık personelinin bilgi eksikliği, yakın çevrenin önyargıları ve yöntemi nasıl kullanacağını bilememek olmuştur (Tablo 5.13).

Kadınların %37,1'i AP hizmeti almak için aile hekimine, %31,8'i hastaneye, %16,7'si özel hastaneye başvuracaklarını söylemişlerdir (Tablo5.14). 2018 TNSA'da modern yöntem kullanan kadınların %52'si kamu sektöründen, %36'sı özel sektörden, %13'ü market ve dükkan gibi kaynaklardan temin etmektedir(5). Bu çalışmada kamuya başvuracağını belirtenlerin daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınlara kadar herhangi bir yakınınız engelli olduğunuz için size çocuk doğurmamanız gerektiğini belirtip belirtmediği sorulduğunda kadınların %35,2'si evet yanıtını vermiştir. Kadınların %19,1'i sağlık çalışanları tarafından böyle bir ifadeye maruz kalmıştır (Tablo 5.15).

Araştırmaya katılan kadınlara AP ile ilgili 10 bilgi sorusu sorulmuştur (Tablo 5.16). Doğru, yanlış veya bilmiyorum seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmiştir. Prezarvatif kullanımını CYBE'dan koruduğu %69,4 ile en fazla bilinen soru olmuştur. Kadınların %55,6'sı gebe kalınabilecek döneme ilişkin soruya doğru yanıt verirken %34'ü bilmediğini ifade etmiştir. 2018 TNSA verilerine göre 15-49 yaş kadınların %27,3 ovulasyon döneminin iki adet ortasında diye cevaplarırken %22,3'ü bilmemektedir. Geri çekme yöntemi kullanılırken gebe kalınabileceğini %54,2'si bilmektedir, fakat %43,1'i bu konuda bilgisi olmadığını bildirmiştir. İsteyerek düşüğün bebeğin kalp atımıyla ilgisi olmadığını sadece %20,1'i bilmektedir. Kadınların %4,2'si aile planlaması yöntemlerinin kısırlığı neden olduğunu düşünmekte olup %58,3'ü

kısırlığa neden olmadığını bilmektedir. Kadınların %29'si aile planlamasının sadece korunma yöntemleri ile ilgili olduğunu düşünmekte, %12,5'i çocuk sahibi olmayı aile planlamasının içinde görmemektedir. Sigara tüketiminin oral kontraseptifler ile birlikte derin ven trombozu riskin arttırdığını kadınların %41,6'sı bilmekteyken, %53,5'inin bu konuda fikri bulunmamaktadır (Tablo 5.16).

Kadınların AP bilgi puanı ortancası 5 olarak hesaplanmıştır. %11,2'si hiçbir soruya cevap verememiştir. %41,6'sı 1-5 soruyu doğru cevaplamış, %47,2'si 6-10 soruyu doğru cevaplamıştır (Tablo 5.17).

Kadınlara aile planlaması konusunda bazı önermeler verilmiştir. Her dört kadından üçü gebelikten korunmanın günah olduğu önermesine katılmamaktadır. Kadınların %20,1'i gebelikten korunmanın günah olduğunu düşünmektedir. Her dört kadından üçü korunmasız cinsel ilişkide gebe kalmaktan korkmakta olup kadınların %14,6'sı böyle gebe kalmaktan korkmamaktadır. Kadınların %32,6'sı korunma yöntemlerini uygulamanın zor geldiğini belirtmiş, %52,8'i bu önermeye katılmamıştır. Varol'un 2019'da çalışmasında yöntemi uygulamanın zor geldiğini belirtenler %22,2 sıklığındadır(95). Bu çalışmada bir miktar algılanan zorluğun yüksek olması grubun yeti kaybı nden dolayı algıladığı zorluğa bağlı olabilir. Kadınların %28,5'u gebelik istemediği halde gebe kalırlarsa isteyerek düşük yapmakta bir sakınca görmediğini belirtmiş, %46,5'u isteyerek düşük yapmayı sakıncalı görmüştür. Her dört kadından biri bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Algısı Araştırması 2020 Raporu'nda son beş yılda isteyerek düşüğe yönelik olumsuz tutumlarda artış olduğu belirtilmiş, "Kürtaj sadece belirli durumlarda(tıbbi zorunluluk, tecavüz, ensest) uygulanabilir" önermesini uygun bulanlar %52'den %70'e yükselmiştir(96). Gebelikten korunmanın kadının görevi olduğu önermesine %67,4'ü katılmazken, %26,4 kadının görevi olduğunu düşünmektedir. Aile planlaması yöntemini evli olmayanların kullanmaması gerektiği önermesine %68,7'si katılmamış %10,4'ü kararsız kaldığını belirtmiştir (Tablo 5.18).

Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerinin bilgi puanına göre dağılımları incelendiğinde evlenmiş olanların %57,5'unun bilgi puanı 6 ve üstü iken, evlenmemiş

olanların %34,6'sı 6 ve üstü puan almıştır, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,006$ ) AP yöntemi kullananların %73,2's 6 ve üstü puan alırken, AP yöntemi kullanmayanların %26,9'u 6 ve üstü puan almıştır, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ) AP eğitimi alanların %65,5'u 6 ve üstü puan alırken, eğitim almayanların %42,6'sı 6 ve üstü puan almıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,027$ ) Yaş, öğrenim durumu ve sağlık çalışanı yakını olması ile bilgi puanı arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmuştur (Tablo 5.19).

Araştırmaya katılan kadınların AP bilgi puanlarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı incelenmiştir. Medeni duruma göre incelendiğinde evlenmiş kadınların %57,5'unun bilgi puanı 6 ve üzerindeyken, şimdiye kadar hiç evlenmemiş kadınların %34,5'unun bilgi puanı 6 ve üzerindedir ( $p=0,006$ ). Yöntem kullanımına göre ise şu anda yöntem kullanan kadınların %73,2' si, kullanmayan kadınların %29,6'sı 6 puan ve üzerindedir ( $p<0,001$ ) AP eğitimi alan kadınların %65,5'u 6 ve üzerinde bilgi puanına sahipken, almayanların %42,6'sının bilgi puanı 6 ve üzerindedir ( $p=0,027$ ). Yaş, sağlık çalışanı yakını olma ve öğrenim durumuna göre bilgi puanına bakılmış fakat anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (Tablo 5.20).

Araştırmaya katılan kadınların isteyerek düşük durumlarına göre AP eğitimi alma durumuna bakıldığında isteyerek düşük yapan 9 kadından sadece 2'si AP eğitimi almıştır (Tablo 5.21). Temürlenk'in 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı çalışmasında isteyerek düşük yapan kadınların %74'ü AP eğitimi almamış olup bu çalışma ile benzerdir (97).

Yeti kaybı türüne göre aile planlaması hizmetine ulaşımında karşılaşılan zorluklar incelendiğinde 18 kişi cevaplamış; fiziksel yeti kaybı olanların çevresel/fiziksel kısıtlılıkları diğer yeti kaybı olan bireylere göre daha sık belirttiği görülmüştür. İşitme ve görme kaybı olanlar sağlık personelinin bilgi eksikliği, yöntemi kullanma ve bilgi sahibi olma konusunda psikolojik destek eksikliği ve yöntemi nasıl kullanacağını bilmemek konusunda sorun yaşadığını belirtmiştir (Tablo 5.22). Başka çalışmalarda da yeti kaybı olan kadınların hizmete ulaşmada en sık karşılaştığı sorunlar; fiziksel olarak ulaşamama, bilgi ve iletişim materyallerinin yokluğu, sağlık

hizmeti sunanların negatif davranışları, sağlık hizmeti sunanların beceri ve bilgi eksikliği, sağlık hizmeti sunanlar arasında koordinasyon eksikliği ve kaynak yokluğu olarak saptanmıştır (9).

## 6. SONUÇLAR

18-49 yaş yeti kaybı olan kadınların aile planlaması hizmetine erişim durumları ve bunu etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla gerçekleştirilen çalışmada ulaşılan sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Araştırmaya katılan kadınların %65,3'ü 35 yaş ve üstü, %45,1'i hiç evlenmemiş, %89,5'u lise ve üzeri eğitim almış, %86,2'si en az orta olarak belirttiği ekonomik duruma sahip, %41,1'i profesyonel meslek mensubudur.
- Kadınların %45,4'ünün fiziksel/ortopedik yeti kaybı bulunmakta, %27,7'si işitme kaybı bulunmakta, %24,1'inin görme kaybı bulunmaktadır. Kadınların %48,5'u %70'ten az engel oranına sahipken, %30,2'si %90 ve üzeri engel oranına sahiptir.
- Kadınların ortanca ideal çocuk sayıları 2'dir. %37,5'unun en az bir gebeliği olmuştur, ortanca gebelik yaşı 25,5'tur. Ortanca canlı doğum sayısı 1'dir.
- Kadınların %62,5'unun (54 kişi) gebeliği olmuştur. Gebeliği olan kadınların %24,1'inin kendiliğinden düşüğü, %16,6'sının isteyerek düşüğü bulunmaktadır.
- Kadınların %87'si iki yıl içinde, %77'si herhangi bir zamanda çocuk sahibi olmayı istememektedir.
- Kadınların %36,1'i şimdiye kadar en az bir AP yöntemi kullanmıştır, kullanmayanların %64,1'i cinsel ilişkide bulunmadığı için, %16,4'ü sağlık etkilerinden korktuğu için kullanmamıştır.
- Şimdiye kadar kullanılan modern yöntemler arasında en sık kondom (26 kişi), sonra RİA (18 kişi) ve doğum kontrol hapı (18 kişi) kullanılmıştır. Kullanılan geleneksel yöntemler içinde en sık geri çekme yöntemi (15 kişi) kullanılmıştır.
- Gebe kalan 54 kadından 17'sinin istenmeyen gebeliği olmuş, istenmeyen gebeliklerin 9'u isteyerek düşük ile, 5'i doğum ile sonuçlanmıştır.

- Kadınların %28,4'ü halen yöntem kullanmakta olup %13,9'u kondom, %5,6'sı RiA ile korunmaktadır. Kadınların %3,4 geleneksel yöntem kullanmaktadır. Kadınların %50,6'sı cinsel ilişkide bulunmadığı için yöntem kullanmamaktadır.
- Halen evli/partneri olan kadınların %62,5'unun aile planlaması talebi olup, %51,2'sinin herhangi bir yöntem ile, %42,5'unun modern yöntemlerle korunmaktadır. Kadınların %11,3'ünün karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı bulunmaktadır.
- Kadınların AP yöntemini seçerken en fazla kolay uygulanabilir olduğu ve etkili olduğu için o yöntemi seçmişlerdir.
- AP bilgi edinme kaynağı en sık %48,4 ile yakın çevre ve arkadaşlar, ardından %44,3 ile internet ve basındır. %20,1'i daha önceden AP eğitimi almıştır.
- Kadınların %20,1'i şimdiye kadar AP eğitimi için kuruma başvurmuş, %53,6'sı uygun danışmanlık aldığını belirtmiştir.
- Kadınların %37,1'i AP hizmeti almak için aile hekimine, %31,8'i hastaneye, %16,7'si özel hastaneye başvuracaklarını söylemişlerdir.
- Kadınların %35,2'sine şimdiye kadar bir yakını yeti kaybı olan bir kadının çocuk doğurmaması gerektiğini, %19,1'ine ise bir sağlık personeli tarafından çocuk doğurmaması gerektiği ifade edilmiştir.
- Aile planlaması talebi olan kadınlar yöntem kullanmaya göre incelendiğinde, evlenmiş olan kadınların ve AP bilgi puanı 6 ve üstü olan kadınların herhangi bir yöntem kullanması ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Sosyo-demografik özelliklere göre AP bilgi puanı incelendiğinde evlenmiş olanların, AP eğitimi almış olanların ve yöntem kullanan kadınların AP bilgi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Araştırmaya katılan kadınların isteyerek düşük durumlarına göre AP eğitimi alma durumuna bakıldığında isteyerek düşük yapan 9 kadından sadece 2'si AP eğitimi almıştır.

## 7. ÖNERİLER

### Bireylere yönelik

- Yeti kaybı olan bireylerin sivil toplum kuruluşlarının da desteğiyle üreme hakları konusunda bilinçli olması sağlanmalıdır. Yeti kaybı olan bireylerin kendisinin hizmet talep etmesine yönelik farkındalık sağlanmalıdır.

### Sağlık hizmetlerine yönelik

- Sağlık personelinin yeti kaybı olan bireylere yönelik önyargısını kaldırmak için hizmetiçi eğitimler düzenlenmeli ve yeti kaybı olan kadınlarda aile planlamasının önemi vurgulanmalıdır.
- Hizmet sağlanan ortamlar (hastaneler, muayene odaları vb) yeti kaybı olan bireylerin ihtiyaçlarına uygun olarak makul düzenlemeler sağlanarak erişilebilirlik hakkı bakımın engellerin kaldırılması sağlanmalıdır.
- Aile planlaması konusunda yeti kaybı olan bireylere yönelik bu alanda uzman kişiler tarafından eğitim verilmeli, tüm topluma yönelik olan hizmetlerde yeti kaybı olan bireylerin gözardı edilmesini önlemek için hizmet sunucuların farkındalığını arttırmak amacıyla hizmetiçi eğitimler sağlanmalıdır.

### Toplumsal politikalara yönelik öneriler

- Toplumda yeti kayıpları olan bireylere yönelik cinsiyetsizleştirme, ebevenlik hakkının reddi gibi üreme haklarını yok sayan anlayışın dönüştürülmesi için tüm topluma yönelik medyada, eğitimlerde farkındalık yaratılmalıdır, 'engelli' bir birey olmanın bir eksiklik olarak değil varolmanın bir biçimi olarak algılanmasına yönelik çalışılmalıdır.
- Yeti kaybı olan kadınların kesişimsellik (hem kadın hem yeti kaybı olma) nedeniyle çok daha fazla sorunla yüzleşmekte, çok daha fazla engelle karşılaşmaktadır. Bu sorunların tanımlanması için yeti kaybı olan bireylerin üreme sağlığı alanında daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

## 8. KAYNAKLAR

1. Ş. BÖ. Aile Planlaması. Sağlık ve Toplum. 1998;8(3-4).
2. Bilgili N AA. Uluslararası Kararlarda Kadın Konusu. Sağlık ve Toplum. 8;3-4(Temmuz-Aralık 1998 ).
3. World Health Organization . Contraception [Internet] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329884/WHO-RHR-19.18-eng.pdf?ua=1> (Erişim: 15.03.2021).
4. World Health Organization. Contraception [Internet] [https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1) (Erişim: 21.12.2021).
5. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TÜBİTAK [Internet] [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf) (Erişim: 15.03.2021).
6. GÜLOĞLU FK. Uluslararası çalışmaların gündeminde engelli kadın ayrımcılığının ifadesi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2019;30(1):260-85.
7. Türkiye Nüfus ve Konut Araştırması (2011), Engellilik [Internet] <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/5677/nufus-ve-konut-arastirmasi-engellilik-arastirma-sonuclari.pdf> (Erişim: 21.12.2021).
8. Addlakha R, Price J, Heidari S. Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. Taylor & Francis; 2017;25(50):4-9
9. KOKANALI D, Karaca M, Şule Ö, Üstün YE. Engelli kadınlarda üreme sağlığı. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2018;15(1):28-30.
10. Inter Press Service, Women with Disabilities Speak out Against Exclusion at Icpd25 [Available from: <http://www.ipsnews.net/2019/11/women-disabilities-speak-exclusion-icpd25/>] (Erişim: 21.12.2021).
11. United Nation, ICPD25, Informal summary of the President of the General Assembly [Internet] <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/08/Summary-ICPD-25.pdf> (Erişim: 21.12.2021).
12. United Nation, ESCAP Guide on Disability Indicators for the Incheon Strategy [Internet] <https://www.unescap.org/resources/escap-guide-disability-indicators-incheon-strategy> (Erişim: 21.12.2021).
13. Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme, Resmi gazete, 15137 sayılı ve 14/7/2009 tarihli, [Internet] <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090714-1.htm>, (Erişim: 21.12.2021).
14. Türkiye STK Gölge Raporu, Engelliler Konfederasyonu Ankara, Türkiye, 2018. [Internet] <https://www.engellilerkonfederasyonu.org.tr/wp-content/uploads/2020/04/1-8-BM-Engelli-Haklar%C4%B1-Komitesi-CRPD-T%C3%BCrkiye-STK-G%C3%B6lge-Raporu-min.pdf> Erişim: 21.12.2021.
15. Burcu E. Engellilik Sosyolojisi. Ankara, Türkiye: Anı Yayıncılık; 2020. 11-83 p.
16. World Health Organization, Disability [Internet] [https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1) (Erişim :22.12.2021).



17. World Health Organization, World Report on Disability 2011, [Internet] <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability> (Erişim: 22.12.2021).
18. Frohmader C, Ortoleva S, editors. The sexual and reproductive rights of women and girls with disabilities. ICPD International Conference on Population and Development Beyond; 2014.
19. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik, [Internet] <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm> (Erişim: 22.12.2021).
20. Özürüllüğe Dayalı Ayrımcılığın Ölçülmesi Araştırması.(2010), OZİDA, [Internet] <https://www.aile.gov.tr/media/5597/ozurluluge-dayali-ayrimciligin-olculmesi-arastirmasi.pdf> Erişim tarihi:02.01.2022.
21. High-Level Task Force for the ICPD (2013) Policy Recommendations for the ICPD Beyond 2014: Sexual and Reproductive Health & Rights for All [Internet] <http://www.icpdtaskforce.org/beyond-2014/policy-recommendations-for-the-icpd-beyond-2014-sexual-and-reproductive-health-rights-for-all/> erişim tarihi:02.01.2022.
22. UN, Police Brief: A Disability-Inclusive Response to COVID-19, Mayıs 2020 [Internet] [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg\\_policy\\_brief\\_on\\_persons\\_with\\_disabilities\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_persons_with_disabilities_final.pdf) Erişim: 22.12.2021.
23. Prevalence of Disability and Disability Types by Urban-Rural County Classification, United States, 2016, [Internet] <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/features/disability-prevalence-rural-urban.html> Erişim: 25.12.2021.
24. Oliver M. Understanding disability: From theory to practice: Macmillan International Higher Education; 2018.
25. Hughes B, Paterson K. The social model of disability and the disappearing body: Towards a sociology of impairment. Disability & society. 1997;12(3):325-40.
26. İlknur M. Engelliliği Açıklayan Sosyal Model Nedir? Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. (33).
27. Marmot M. Social determinants of health inequalities. The lancet. 2005;365(9464):1099-104.
28. Health CoSDo. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health: World Health Organization; 2008.
29. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO Document Production Services; 2010.
30. Organization WH. World report on disability 2011: World Health Organization; 2011.
31. UN, Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development Data Booklet [Internet] [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning\\_DataBooklet\\_2019.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning_DataBooklet_2019.pdf) Erişim: 25.12.2021.

32. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/435). [Internet] [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un\\_2019\\_contraceptiveusebymethod\\_databooklet.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf) Erişim tarihi:05.01.2022.
33. Family planning/contraception methods, WHO [Internet] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> Erişim 25.12.2021.
34. Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı, Kahire, 5-13 Eylül 1994, Birleşmiş Milletler, Ankara, 1994, s.1, 8-12.
35. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güler Ç, Akın L (Eds), Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi,Genişletilmiş II. Baskı, Ankara, 2012.
36. Nairobi Summit (ICPD+25), 12-14 November 2019, Nairobi, Kenya Background, UN [Available from: <https://www.un.org/en/conferences/population/nairobi2019> Erişim: 02.02.2022.
37. Review of the implementation of the programme of action of the international conference on population and development fulfilling the ICPD promise progress, gaps and working at scalere view of the implementation of the ICPD programme of action dignity and human, rights: what has been achieved? Sustainable Development Goals 4, 5 and 8, UNFPA Publication, 2019.
38. Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2013;27(1):3-12.
39. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun No.557, Resmi Gazete,Ankara, 10 Nisan 1965 [Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/11976.pdf> erişim tarihi:07.01.2022.
40. Fişek NH.,Halk Sağlığına Giriş, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, Yayın No:2, Çağ Matbaası, Ankara, 1983 [
41. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun; 18059 Sayılı Resmi Gazete, Ankara, 27 Mayıs 1983 [Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18059.pdf> erişim tarihi: 07.01.2022.
42. Margulies L. History of intrauterine devices. Bull N Y Acad Med. 1975;51(5):662-7.
43. A History: The IUD [Internet] <https://www.reproductiveaccess.org/2013/01/a-history-the-iud/> Erişim: 29.12.2021.
44. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 1983 Türkiye Doğurganlık ve Aile Sağlığı Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı, Ankara,Türkiye. [Internet] [https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/1983%20dasa/1983\\_TPHS.pdf](https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/1983%20dasa/1983_TPHS.pdf)
45. Özel Durumlarda Aile Planlaması Danışmanlığı, Sağlık Bakanlığı [Internet] <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap35.pdf> Erişim tarihi:28.12.2021.
46. Intrauterine devices: an effective alternative to oral hormonal contraception. Prescire Int. 2009;18(101):125-30.

47. Hakim-elahi E. Contraception for the disabled. *Female Patient*. 1991;16(10):19-20, 4, 7.
48. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. *Family Planning: A Global Handbook for Providers* (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and, WHO, 2018. [Internet] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1> Erişim tarihi:27.12.2021.
49. Brechin S, Bigrigg A. Male and female sterilisation. *Current Obstetrics & Gynaecology*. 2006;16(1):39-46.
50. Male Sterilisation, CDC [Internet] [https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/spr/male\\_sterilization.htm](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/spr/male_sterilization.htm) | Erişim tarihi:07.01.2022.
51. Cooper DB, Mahdy H. *Oral contraceptive pills*. 2017.
52. World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 5th ed. Geneva, Switzerland: WHO; 2015. [Available from: file:///C:/Users/duygu-hp/AppData/Local/Temp/9789241549158\_eng.pdf erişim tarihi: 07.01.2022.
53. Eckstein P, Whitby M, Fotherby K, Butler C, Mukherjee T, Burnett J, et al. Clinical and laboratory findings in a trial of norgestrel, a low-dose progestogen-only contraceptive. *Br Med J*. 1972;3(5820):195-200.
54. Veisi F, Zangeneh M. Comparison of two different injectable contraceptive methods: Depo-medroxy progesterone acetate (DMPA) and cyclofem. *Journal of family & reproductive health*. 2013;7(3):109.
55. *Contraception*, CDC.
56. Delangue AF. [The Billings method]. *Soins Gynecol Obstet Pueric Pediatr*. 1993(141):15-6.
57. Parenteau-carreau S. [The sympto-thermal methods]. *Contracept Fertil Sex (Paris)*. 1983;11(11):1189-203.
58. Schneider M, Fehring RJ. Descriptive Statistical Evaluation of the Standard Days Method of Family Planning. *The Linacre Quarterly*. 2012;79(4):460-73.
59. Fabic MS, Choi Y. Assessing the quality of data regarding use of the lactational amenorrhea method. *Studies in family planning*. 2013;44(2):205-21.
60. İNCE N, ÖZYILDIRIM AB. Gebelikten korunmada geri çekme yöntemi. *Jinekoloji ve Obstetrik Derg*. 2003;17(3):180-2.
61. Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Özkömür E, Keskin U. Koitus interruptus (geri çekme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2006;48(1):8-10.
62. Martino JL, Vermund SH. Vaginal douching: evidence for risks or benefits to women's health. *Epidemiologic reviews*. 2002;24(2):109-24.
63. WHO, *Emergency contraception Fact sheet* [Internet] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception> Erişim tarihi: 08.02.2022.

64. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception*. 2011;84(4):363-7.
65. Mauldin WP. Fertility studies: Knowledge, attitude, and practice. *Studies in Family Planning*. 1965;1(7):1-10.
66. Bradley SE, Casterline JB. Understanding unmet need: history, theory, and measurement. *Stud Fam Plann*. 2014;45(2):123-50.
67. Temel S. Karşılanmamış aile planlaması gereksinimlerinin azaltılmasında kültürel faktörlerin belirlenmesi ve hizmet modelinin geliştirilmesi. 2018.
68. Bradley SE. Revising unmet need for family planning: ICF International; 2012.
69. Investing in Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries, 2019 [Internet] <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/investing-sexual-and-reproductive-health-low-and-middle-income-countries> Erişim tarihi: 05.01.2022.
70. Aile, T. C., & Bakanlığı, S. P. (2018). Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023. Ankara. Ocak, 4, 2019. [Internet] <https://www.aile.gov.tr/media/6315/kad%C4%B1n%C4%B1n-gue%C3%A7lenmesi-strajesi-belgesi-ve-eylem-plan%C4%B1-2018-2023.pdf> Erişim tarihi: 07.01.2022.
71. Fonu BMN, Turan B, Döner H. Engelli Kadınlar ve Kız Çocukları için Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişim ve Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddetle Mücadele. 2020.
72. Becker H, Stuijbergen A, Tinkle M. Reproductive health care experiences of women with physical disabilities: a qualitative study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 1997;78(12):S26-S33.
73. Nagata KK. Gender and disability in the Arab region: the challenges in the new millennium. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2003,14:10-17.
74. Rao I. Equity to women with disabilities in India. Bangalore, CBR Network. 2004.
75. Rusinga O. Perceptions of deaf youth about their vulnerability to sexual and reproductive health problems in Masvingo District, Zimbabwe. *African journal of reproductive health*. 2012;16(2):271-82.
76. Tun W, Okal J, Schenk KD, Sheehy M, Kuffour E, Esantsi SF, et al. Situation analysis of programs to meet the HIV prevention, care, and treatment needs of persons with disabilities in Ghana, Uganda, and Zambia. 2013.
77. Basson R. Sexual health of women with disabilities. *Cmaj*. 1998;159(4):359-62.
78. Rodriguez P, Rosenthal E, Ahern L, Santos N, Cancino I, Chuhcan C. Twice violated, Abuse and denial of sexual and reproductive rights of women with psychosocial disabilities in Mexico. Disability Rights International, Washington DC. 2015.
79. Powell RM, Mitra M, Smeltzer SC, Long-Bellil LM, Smith LD, Iezzoni LI. Family attitudes and reactions toward pregnancy among women with physical disabilities. *Women's Health Issues*. 2017;27(3):345-50.
80. Çebitürk Bayrak N. EBE ve hemşirelerin engelli kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerine yönelik düşünce ve deneyimleri: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

81. Okuyan YÇ, Şen S, Bolsoy N. Experiences of midwifery students, about to give care for women with disability: Ebelik öğrencilerinin engelli kadınlara bakım verme deneyimleri. Journal of Human Sciences. 2018;15(1):24-34.
82. UN DESA (n.d.) Factsheet on Persons with Disabilities. [Internet] <https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/factsheet-on-persons-with-disabilities.html> Erişim tarihi:02.02.2022.
83. UNFPA (2018). Young Persons with Disabilities: Global Study On Ending Gender-based Violence And Realising Sexual and Reproductive Health Rights. [Internet] <https://www.unfpa.org/publications/young-persons-disabilities> Erişim tarihi: 05.03.2022.
84. Client for disabilities, Family Planning a Global Handbook For Providers [Internet] <https://fphandbook.org/clients-with-disabilities-21> erişim tarihi: 02.02.2022.
85. Timur Taşhan S, Ege E, Bakış E. Engelli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. 2006.
86. Yimer AS, Modiba LM. Modern contraceptive methods knowledge and practice among blind and deaf women in Ethiopia. A cross-sectional survey. BMC women's health. 2019;19(1):1-13.
87. O'Connor J. Literature review on provision of appropriate and accessible support to people with an intellectual disability who are experiencing crisis pregnancy. 2010.
88. Dowse L. Moving forward or losing ground? The sterilisation of women and girls with disabilities in Australia. Disabled Peoples' International (DPI) World Summit, Winnipeg, September. 2004:8-10.
89. Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması - ISCO 08, TÜİK, [Internet] <https://biruni.tuik.gov.tr/DIESS/SiniflamaSatirListeAction.do?surumId=210&seviye=1&detay=H&turId=41&turAdi=%20Meslek%20S%C4%B1n%C4%B1flamalar%C4%B1> Erişim tarihi: 15.02.2022.
90. İstatistiklerle Aile, 2020, TÜİK [Internet] <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2020-37251> Erişim tarihi: 03.03.2022.
91. İstatistiklerle Kadın, 2021,TÜİK [Internet] <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2021-45635> Erişim tarihi 08.03.2022.
92. Aydın R. Engelli kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
93. Ünal B. The development of disability pride through challenging internalized idealist and ableist norms in Turkish society: A grounded theory study. 2018.
94. Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, Ocak 22, [Internet] [https://www.aile.gov.tr/media/98625/eyhgm\\_istatistik\\_bulteni\\_ocak\\_2022.pdf](https://www.aile.gov.tr/media/98625/eyhgm_istatistik_bulteni_ocak_2022.pdf) Erişim tarihi:04.03.2022.
95. VAROL ZS. POSTPARTUM DÖNEMDEKİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ [Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi]: Ege Üniversitesi; 2019.

96. Cinsiyet KHÜT, Merkezi KÇA. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Algısı Araştırması (2020). 2020.
97. TEMÜRLENK S. EDİRNE MERKEZ İLÇEDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI DURUMU [Yüksek Lisans Tezi]: Trakya Üniversitesi; 2019.

**EKLER****EK-1. Veri Toplama Formu****18-49 Yaş Yeti Kaybı Olan Kadınların Aile Planlaması Hizmetine Erişim Durumları  
ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Saptanması**

Değerli Katılımcı,

Aile planlaması ihtiyacının karşılanma durumu kadın sağlığı açısından oldukça önemlidir. Engelli (yeti kaybı olan) kadınların bu hizmeti almada karşılaştıkları toplumsal ve bireysel sorunları tanımlamak bu sorunların giderilmesi bakımından gereklidir. Bu araştırmada 18-49 yaş aile planlaması ihtiyacı olan engelli kadınların karşılaştıkları sorunları saptamak amaçlanmaktadır.

Araştırmaya katılımınız tamamen isteğinize bağlıdır. Çalışmada vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak, yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır.

Anketimiz 72 sorudan oluşmaktadır. Yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından size uygun olan seçeneği işaretleyerek ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz.

**NOT:** Araştırmaya katılma durumunuzda en sonda e-posta adresinizi yazmanız isteğe bağlıdır. Adresiniz belirtildiği takdirde araştırmanın sonunda, özet sonuçlar ve aile planlaması konusunda broşür paylaşılacaktır. Çalışmada eğitim ihtiyacı değerlendirilerek isteyenlerle aile planlaması eğitimi için tekrar iletişim kurulacaktır.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmacı ile iletişim kurabilirsiniz:

**Araştırmacı:** Dr. Duygu KAVAKLI

**Danışman:** Prof. Dr. Ü. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ

**İletişim:** Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

(Tel: 0312 305 15 90 – 0312 324 46 23)

**Araştırmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?**

Evet

- 1) Yaşınızı yazınız.....
- 2) Medeni durumunuz nedir?
  1. Hiç evlenmemiş
  2. Hâlen evli, eşi ile birlikte yaşıyor
  3. Evli, eşinden ayrı yaşıyor
  4. Eşinden ayrılmış
  5. Eşi ölmüş
  6. Diğer (Belirtiniz: .....)
- 3) Hangi ilde yaşıyorsunuz? .....
- 4) Mesleğiniz var mıdır?
  1. Evet
  2. Hayır
- 5) Mesleğiniz varsa ne olduğunuzu belirtiniz.....
- 6) Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
  1. Evet
  2. Hayır
- 7) Halen gelir getiren bir işte çalışıyorsanız ne iş yapıyorsunuz? .....
- 8) Size göre ekonomik durumunuz çevrenizdekilerle karşılaştırdığınızda nasıldır?
  1. Çok iyi
  2. İyi
  3. Orta
  4. Kötü
  5. Çok kötü
- 9) Aşağıdaki aile tipi tanımlarından hangisi halen birlikte yaşadığınız aile tipine uymaktadır?
  1. Yalnız yaşıyorum.
  2. Evliyim, eşimle birlikte yaşıyorum.
  3. Çekirdek aile (Karı, koca ve evlenmemiş çocuklardan oluşan aile tipi)
  4. Geniş aile (Karı, koca ve çocuk [lar]la birlikte akrabalarından en az bir kişinin birlikte yaşadığı aile tipi)
  5. Eşimi kaybettim.
  6. Eşimden ayrı yaşıyorum.
  7. Diğer (belirtiniz): .....
- 10) Evde siz dâhil kaç kişi yaşıyorsunuz? .....



- 11) Hayatınız boyunca en uzun süre nerde yaşadınız?**
1. Büyükşehir
  2. İl merkezi
  3. İlçe merkezi
  4. Bucak veya köy
  5. Yurtdışı
- 12) Ailenizde sağlık çalışanı var mıdır?**
1. Evet
  2. Hayır
- 13) Mevcut engel(yeti kaybı) türünüz nedir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)**
1. Görme kaybı
  2. İşitme kaybı
  3. Fiziksel/ ortopedik engelli (yeti kaybı)
  4. Duygusal/ruhsal bozukluk
  5. Dil ve konuşma bozukluğu
  6. Süreğen/kronik hastalık
  7. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
  8. Diğer (açıklayınız.....)
- 14) Engeliniz (yeti kaybınız) olduğuna dair sağlık raporunuz var mı?**
1. Evet
  2. Hayır
- 15) Sağlık raporunuz varsa engel oranınız yüzde kaç? .....**
- 16) Eğitim durumunuz nedir?**
1. Okur yazar değilim.
  2. Okur yazar veya ilkokul terk
  3. İlkokul mezunu
  4. Orta okul mezunu
  5. Lise mezunu
  6. Yüksek okul/Üniversite mezunu
  7. Yüksek lisans/ Doktora mezunu
- 17) Eşiniz veya partneriniz var mıdır?**
1. Evet
  2. Hayır
- 18) Eşiniz/partneriniz kaç yaşındadır?.....**
- 19) Eşinizin/partnerinizin bir mesleği var mıdır?**
1. Evet
  2. Hayır
- 20) Eşinizin/partnerinizin bir mesleği varsa belirtiniz.....**
- 21) Eşiniz/partneriniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?**
1. Evet
  2. Hayır

- 22)** Eşiniz/partneriniz çalışıyorsa ne iş yapıyor?.....
- 23)** Eşinizin/partnerinizin eğitim durumu nedir?
1. Okur yazar değil
  2. Okur yazar veya ilkokul terk
  3. İlkokul mezunu
  4. Orta okul mezunu
  5. Lise mezunu
  6. Yüksek okul/Üniversite mezunu
  7. Yüksek lisans/ Doktora mezunu
- 24)** Eşiniz/partneriniz ile akrabalık bağınız var mıdır?
1. Yok
  2. 2. dereceden (kardeş çocukları vb.)
  3. 3. dereceden ( kardeş torunları)
  4. Uzak akrabam
- 25)** Sizce ideal çocuk sayısı nedir? Sayıyla yazınız.....
- 26)** Şimdiye kadar hiç gebe kaldınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
- 27)** Kaç kez gebe kaldınız?.....
- 28)** İlk gebe kaldığınızda kaç yaşındaydınız? .....
- 29)** Şimdiye kadar hiç canlı doğum yaptınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
- 30)** Kaç kez canlı doğum yaptınız? .....
- 31)** Şimdiye kadar hiç ölü doğum yaptınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
- 32)** Kaç kez ölüm doğum yaptınız? (Ölü doğum yapmadıysanız soruyu boş bırakınız.) .....
- 33)** Çocuğunuz var mı?
1. Evet
  2. Hayır
- 34)** Kaç çocuğunuz var? .....
- 35)** En son doğan çocuğunuz kaç yaşındadır? .....
- 36)** En son doğan çocuğunuza isteyerek mi gebe kalmıştınız?
1. Evet
  2. Hayır
- 37)** Şimdiye kadar hiç kendiliğinden düşük yaptınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
- 38)** Şimdiye kadar kaç kez düşük yaptınız? (Düşük yapmadıysanız soruyu boş bırakınız.) .....

- 39)** Korunma yöntemi kullanırken hiç gebe kaldınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
- 40)** Korunma yöntemi kullanırken kaç kez gebe kaldınız? (Korunma yöntemi kullanırken gebe kalmadıysanız soruyu boş bırakınız.) .....
- 41)** Gebelik istemediğiniz halde korunma yöntemi kullanmazken hiç gebe kaldınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
- 42)** Gebelik istemediğiniz halde korunma yöntemi kullanmazken kaç kere gebe kaldınız? (Gebelik istemediğiniz halde korunma yöntemi kullanmazken gebe kalmadıysanız soruyu boş bırakınız.) .....
- 43)** İstenmeyen gebelik nasıl sonuçlandı?
1. İstenmeyen gebeliğim olmadı.
  2. Kendiliğinden düşük
  3. Kürtaj/çocuk aldırma
  4. Doğum
- 44)** Şimdiye kadar hiç kürtaj oldunuz mu veya çocuk aldırınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
- 45)** Şimdiye kadar kaç kez kürtaj oldunuz/çocuk aldırınız? (Eğer hiç kürtaj olmadıysanız soruyu boş bırakınız.) .....
- 46)** Eğer kürtaj olduysanız kürtaj olmanıza/çocuk aldırmanıza kim karar verdi?
1. Kendim
  2. Eşim
  3. Eşim ve kendim birlikte
  4. Aile büyüklerim
  5. Doktor/sağlık personeli
  6. Diğer.....
- 47)** Önümüzdeki iki yıl içinde çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz?
1. Evet
  2. Hayır
  3. Kararsızım

- 48)** Herhangi bir zamanda çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz?
1. Evet
  2. Hayır
  3. Kararsızım
- 49)** Şimdiye kadar hiç gebeliği önlemek ve geciktirmek için gebeliği önleyici bir yöntem kullandınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
- 50)** Hangi yöntemi/yöntemleri kullandınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Doğum kontrol hapi
  2. Rahim içi araç
  3. Aylık/ üç aylık iğne
  4. Kondom
  5. Geri çekme
  6. Takvim yöntemi
  7. Diğer (Yazınız.....)
- 51)** Şimdiye kadar doğum kontrol yöntemi kullanmamanızın nedeni nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Eşim izin vermiyor
  2. Dini açıdan uygun olduğunu düşünmüyorum
  3. Aile büyükleri istemiyor
  4. Nasıl kullanacağımı bilmiyorum
  5. Nasıl ulaşacağımı bilmiyorum.
  6. Sağlık etkilerinden korkuyorum.
- 52)** Halen gebeliği önlemek için bir yöntem kullanıyor musunuz?
1. Evet
  2. Hayır
- 53)** Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?
1. Doğum kontrol hapi
  2. Rahim içi araç
  3. Aylık/ üç aylık iğne
  4. Kondom
  5. Geri çekme
  6. Takvim yöntemi
  7. Diğer (Yazınız.....)
- 54)** Kullandığınız yöntemin etkili olduğunu düşünüyor musunuz?
1. Evet
  2. Hayır

**55)** Kullandığınız yöntemi seçme nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Etkili olması
2. Ucuz olması
3. Kolay ulaşılabilir olması
4. Kolay uygulanabilir olması
5. Doktor tavsiyesi
6. Eş isteği
7. Diğer.....

**56)** Korunmamanızın nedeni nedir?

1. Cinsel ilişkide bulunmuyorum.
2. Çocuk istiyorum.
3. Kısırım (Doktor tarafından infertilite tanısı almış)
4. Eşim istemiyor.
5. Hamileyim.
  - a. İsteyerek gebe kaldım.
  - b. Gebeliği istemiyordum.
6. Menopoza girdim.
7. Korunmayı dini açıdan doğru bulmuyorum.
8. Yöntemi nasıl kullanacağımı bilmiyorum.
9. Diğer.....

**57)** Gebeyseniz isteyerek mi gebe kaldınız? (Gebe değilseniz soruyu boş bırakınız.)

1. Evet
2. Hayır

**58)** Aile planlaması yöntemlerini kimden öğrendiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Doktor
2. Diğer sağlık personelleri
3. Yakın çevre, arkadaşlar
4. İnternet veya basın
5. Diğer...

**59)** Kullanılan ya da daha önce kullanılmış olan aile planlaması yöntemine kim karar verdi?

1. Aile planlaması yöntemi kullanmadım.
2. Kendim
3. Eşim
4. Kendim ve eşim birlikte
5. Aile büyükleri
6. Doktor/sağlık personeli
7. Diğer.....

- 60)** Aile planlaması hizmetine erişmede hiç zorluk yaşadınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
  3. Aile planlaması yöntemi kullanmadım.
- 61)** Aile planlaması hizmetine erişmek için bir sağlık kurumuna başvurduğunuz oldu mu?
1. Evet
  2. Hayır
- 62)** Yöntemi kendi kendinize uygulayabilecek şekilde danışmanlık verip anlattılar mı/ gösterdiler mi?
1. Evet
  2. Hayır
- 63)** Sağlık kurumunda engelinizle ilgili düzenlemeler yapılmış mıydı? (İşaret dili tercümanı, Braille alfabesi vb.)
1. Evet
  2. Hayır
- 64)** Aile planlaması hizmetine erişimde en sık hangi alanda sorunla karşılaştınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
1. Çevresel/ fiziksel kısıtlılıklar
  2. Ekonomik zorluklar/ yöntemlerin pahalı olması
  3. Yöntemi nasıl kullanacağını bilmemek
  4. Yöntemi kullanma ve bilgi sahibi olma konusunda psikolojik destek eksikliği
  5. Yakın çevrenin engelli bir bireyin cinsel yaşamı konusunda önyargıları
  6. Sağlık personelinin engelli bireylere yönelik önyargılı olması
  7. Sağlık personelinin bilgi eksikliği
  8. Diğer.....
- 65)** Herhangi bir sağlık personeli şimdiye kadar size hiç, engelli bir kadının çocuk doğurmaması gerektiği şeklinde bir ifadede bulundu mu?
1. Evet
  2. Hayır
- 66)** Herhangi bir yakınınız şimdiye kadar size hiç, engelli bir kadının çocuk doğurmaması gerektiği şeklinde bir ifadede bulundu mu?
1. Evet
  2. Hayır
- 67)** Aile planlaması hizmeti almak için hangi kuruma başvurursunuz?
1. Aile hekimi
  2. Eczane
  3. Hastane
  4. Özel muayenehane
  5. Özel hastane
  6. Diğer.....

**68)** Aile planlaması ile ilgili hiç eğitim aldınız mı?

1. Evet
2. Hayır

**69)** Aile planlaması ile ilgili eğitim almak ister misiniz?

1. Evet
2. Hayır

**70)** Herhangi bir engelli sivil toplum örgütüne üyeliğiniz var mı?

1. Evet
2. Hayır

**71)** Aşağıdaki cümleler ile ilgili yanıtınızı “Doğru”, “Yanlış”, “Bilmiyorum” sütunlarında yer alan kutulara işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Emzirmek gebelikten korur.			
İki gebelik arasında iki yıldan az olmasında sakınca yoktur.			
Geri çekme yöntemi kullanırken gebe kalınabilir.			
Bebeğin kalbi atmaya başladıktan sonra kürtaj yaptırılmaz.			
Aile planlaması yöntemleri kısırlığa neden olur.			
Aile planlaması sadece korunma yöntemleri ile ilgilidir.			
Çocuk sahibi olmayı istemek aile planlaması içinde ele alınmaz.			
Bir adet döneminden diğerine kadar olan döngüde iki döngünün ortasına gelen günlerde gebe kalma ihtimali diğer zamanlara göre daha fazladır.			
Sigara doğum kontrol haplarının pıhtı atma riskini artırır.			
Prezarvatif kullanımı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmakta etkilidir.			

72) Aşağıdaki önermelerde size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılıyorum	Biraz katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Gebelikten korunmak gūnahtır.					
Korunmasız cinsel ilişkiye girersem gebe kalabileceğimd en korkarım.					
Korunma yöntemlerini uygulamak bana zor gelir.					
Gebelik istemediğim halde gebe kalırsam kūrtaaj olmakta bir sakınca görmem.					
Gebelikten korunmak kadının görevidir.					
Evli olmayanların aile planlaması yöntemi almaları doğru değildir.					

Anketimiz bitmiştir. Katıldığınız için teşekkür ederiz. Sonradan sizinle döküman paylaşabilmemiz ve aile planlaması eğitimi amacıyla haberdar edebilmemiz için e-posta adresinizi yazınız. ....

Ankete aşağıdaki linkten ulaşabilirsiniz:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe5Uy5HmoCpNZZK-KfHC5OACBo6wwsrEZMR45otAMV2aPtMUw/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe5Uy5HmoCpNZZK-KfHC5OACBo6wwsrEZMR45otAMV2aPtMUw/viewform?usp=sf_link)