

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ŞANLIURFA'DA AİLE PLANLAMASI
HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HAZIRLAYAN
MESUT HAMİDANOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
YRD. DOÇ.DR İBRAHİM KORUK

ŞANLIURFA
2011

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ŞANLIURFA'DA AİLE PLANLAMASI
HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**HAZIRLAYAN
MESUT HAMİDANOĞLU**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

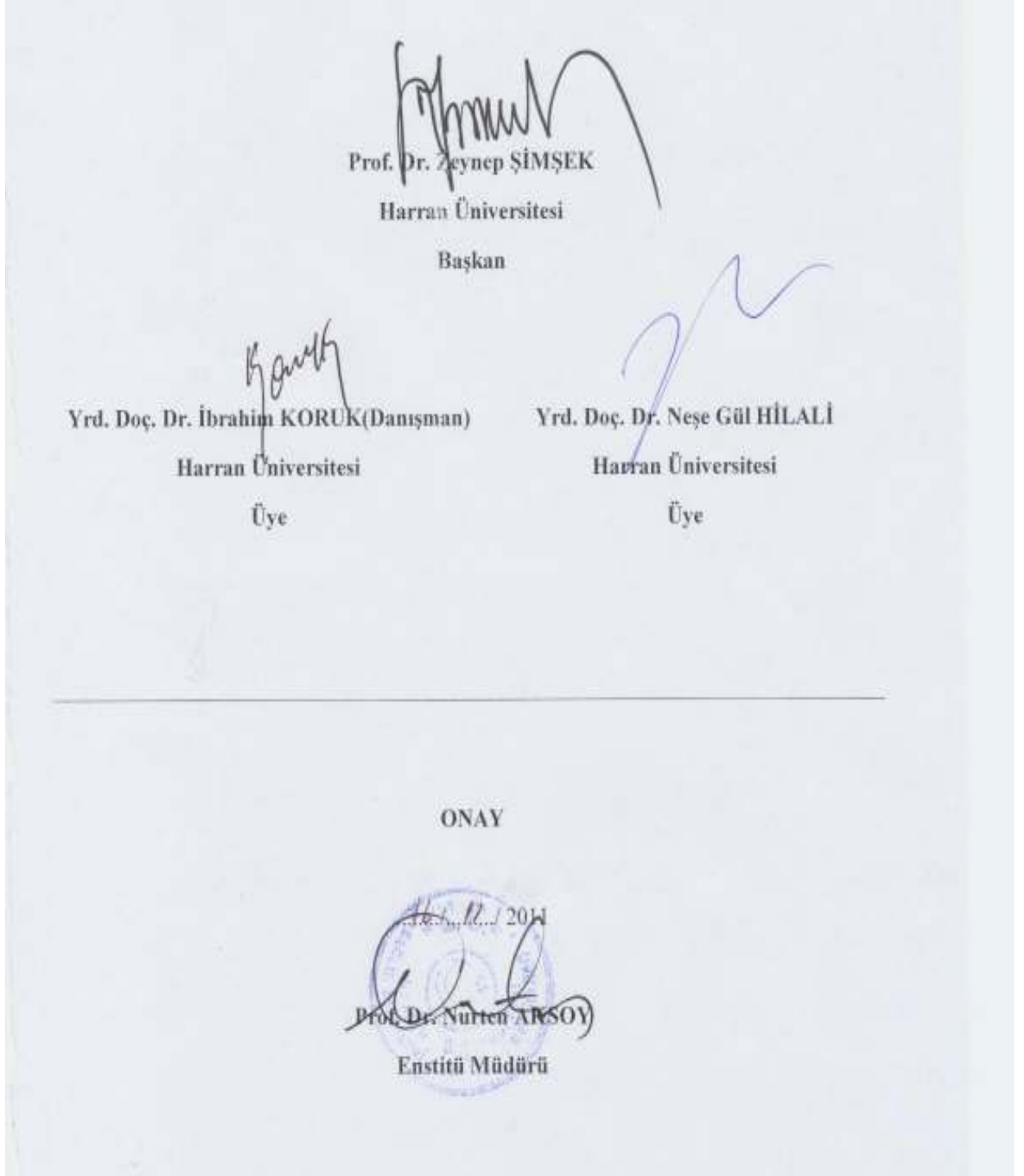
**DANIŞMAN
YRD. DOÇ.DR İBRAHİM KORUK**

**Bu tez, Harran Üniversitesi bilimsel Araştırma projeleri komisyonu tarafından 1031
proje olarak desteklenmiştir.**

**ŞANLIURFA
2011**

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Mesut HAMİDANOĞLU'nun hazırladığı "Şanlıurfa'da Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi" konulu çalışma, 16.11.2011 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Halk Sağlığı Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.



TEŞEKKÜR

Benimle beraber sahada ve tezin yazımında emeğini ve becerisini esirgemeyen bundan sonrada çalıőmalarımnda yardımlarını esirgemeyeceğine inandığım, eğitimimde, halk sağlığı bilgi ve becerimin oluőmasında katkıları bulunan hocalarım Prof. Dr. Zeynep ŞİMŞEK, Yrd. Doç. Dr. İbrahim KORUK, Yrd. Doç. Dr. Suda TEKİN KORUK'a, sınıf arkadaşlarım Suzan HAVLİOĞLU, Seher KUTLU' ya, alan çalıőmalarım sırasında desteklerini esirgemeyen Şanlıurfa İl Sağlık M¼d¼r¼ Dr. Hasan DEMİR'e, Şanlıurfa İl Sağlık M¼d¼r Yardımcısı Dr Yaőar ŞİMŞEK'e Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Őube M¼d¼r¼ Cemal ELÇİ'ye, Bulaşıcı Hastalıklar Őube M¼d¼r¼ Muharrem ÖNC¼L'e, tezimin yazımında emeklerini esirgemeyen evre Sağlık Teknisyeni Hatice KILIÇ'a ve desteklerinden dolayı eőime ve biricik kızım Duru'ya çok teşekkür ederim

Mesut HAMİDANOĞLU

2011

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	İ
İÇİNDEKİLER	İİ-V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VI-IX
KISALTMALAR	X
ÖZET	XI
ABSTRACT	XII
1. GİRİŞ	1-2
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Nüfus Ve Sağlık	2-3
2.2. Temel Sağlık Hizmetlerinde Aile Planlaması Hizmetlerinin Yeri	3-6
2.3. Aile Planlaması Yöntemleri ve Türkiye'deki Kullanım Düzeyleri	7
2.3.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri	7
2.3.1.1. Oral Kontraseptifler	7
2.3.1.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler	7
2.3.1.1.2. Mini Haplar	8
2.3.1.2. Enjekte Edilen Kontraseptifler	8
2.3.1.3. Deri Altı İmplantları	9
2.3.1.4. Rahim İçi Araçlar	9
2.3.1.5. Bariyer Yöntemler	10
2.3.1.5.1. Kondom	10
2.3.1.5.2. Kadın Kondomu	10
2.3.1.5.3. Diyafram	11
2.3.1.5.4. Spermisitler	11
2.3.1.6. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon	11
2.3.1.6.1. Kadın Cerrahi Sterilizasyonu: Tüpligasyon	12
2.3.1.6.2. Erkek Cerrahi Sterilizasyonu: Vazektomi	12

2.3.1.7. Doğal Aile Planlaması	13
2.3.1.7.1. Servikal Mukus Yöntemi	13
2.3.1.7.2. Bazal Vücut Isısı Yöntemi	13
2.3.1.7.3. Servikal Palpasyon Yöntemi	14
2.3.1.7.4. Semptotermal Yöntem	14
2.3.1.7.5. Takvim Yöntemi	14
2.3.1.7.6. Emzirme	15
2.3.1.8. Acil Kontrasepsiyon	16
2.3.1.8.1. Ria	16
2.3.1.8.2. Post Koital Haplar	17
2.3.2. Geleneksel Yöntemler	17
2.3.2.1. Geri Çekme	17
2.3.2.2. Vajinal Duş	17
2.4. Ülkemizde Aile Planlaması Yöntemlerinin Yeterli Düzeyde Kullanılmamasının Nedenleri Ve Engelleyen Faktörler	18-20
2.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	18-19
2.5.1. İlk Başvuru	20
2.5.2. Kapsayıcılık	20
2.5.3. Süreklilik	22
2.5.4. Eşgüdüm	23
2.5.5. Kapsama düzeyi	23
3. MATERYAL VE METOD	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırma Evreni	24
3.3. Katılımcı Seçme Kriterleri	24
3.4. Örneklem Büyüklüğü	24
3.5. Veri Toplama Araçları	25
3.6. Kapsama Düzeyi Hesaplaması	
3.7. Aile Planlaması Hizmetleri Değerlendirmesi İçin Puan Hesaplaması	26

3.8. Araştırmanın Uygulanması	27
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.9.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	27
3.9.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	27
3.10. Tanımlar	28
3.10.1. Sosyal Sınıf	28
3.10.2. Evde Konuşulan Dil	28
3.10.3. Sağlık kurumunun kent merkezine uzaklığı	28
3.11. İstatistiksel Analiz	29
4.BULGULAR	
4.1.Sosyo Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	30-33
4.2.Aile Planlaması yöntemlerinin Kullanımının İncelenmesi	34-38
4.3.Aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi	39
4.3.1.İlk Başvuru Puanını Etkileyen Değişkenlerin İkili Analizlerle İncelenmesi	40-44
4.3.2.Kapsayıcılık Puanını Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi	45-48
4.3.3.Süreklilik Puanını Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi	49-52
4.3.4.Eşgüdüm Puanını Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi	53-57
4.3.5 Kurum İlk Başvuru Puanını Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi	58
4.3.6 Kurum Kapsayıcılık Puanını Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi	59-60
4.4. Kapsama Düzeyini Etkileyen Değişkenlerin İkili Analizlerle İncelenmesi	60-65
5-TARTIŞMA	66-71
6.KAYNAKLAR	72-78
7.EKLER	79

TABLÖLAR DİZİNİ

	SAYFA
Tablo1. Kadınların bazı sosyo demografik özelliklerinin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre ortalama ve standart sapmaları	29
Tablo 2. Kadınların ailelerinin gelir sağladıkları işlerin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı	30
Tablo 3. kadının eşinin işine göre sosyal statü durumuna göre dağılımı	31
Tablo 4. Kadınların öğrenim durumunun sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı	31
Tablo 5. Kadınların eşlerinin öğrenim durumunun sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı	32
Tablo 6. Evde en sık konuşulan dilin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı	32
Tablo 7. kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumunun sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı	33
Tablo.8 Kadınların son 1 yıldır en uzun süre kullandıkları aile planlaması yönteminin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı	33
Tablo 9. Kadınların son 1 yıldır en uzun süre kullandıkları aile planlaması yöntemine karar verenin sağlık ocağı ve	34

AÇSAP merkezine göre dağılımı	
Tablo. 10 Kadınların herhangi bir zamanda kullandığı ve bildiği yöntemlerin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı	35
Tablo 11. Modern yöntem temin edilen yerin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı	36
Tablo.12 Aile planlaması kullanmama nedenlerinin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı	37
Tablo 13. İlçelere göre sağlık ocaklarındaki ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik, eşgüdüm, kurum ilk başvuru, kurum kapsayıcılık puanlarının ortalama-standart sapması	38
Tablo 14. Bazı özelliklerin ilk başvuru puanına göre ortalama-standart sapmaları	39
Tablo 15. sosyo demoğrafik özelliklerin ilk başvuru puanına göre dağılımı	40
Tablo 16. doğurganlık ile ilgili özelliklerin ilk başvuru puanına göre dağılımı	41
Tablo:17. ilk başvuru puanı için lojistik regresyon modelinde kullanılan değişkenler	42
Tablo 18. ilk başvuru puanı için lojistik regresyon modeli	43
Tablo 19. Bazı özelliklerin kapsayıcılık puanına göre ortalama-standart sapmaları	44
Tablo 20. Sosyo-demografik özelliklerin kapsayıcılık puanına göre dağılımı	45
Tablo 21. Doğurganlık ile ilgili özelliklerin kapsayıcılık puanına göre dağılımı	46
Tablo 22. Kapsayıcılık puanı için lojistik regresyon	47

modelinde kullanılan bağımsız değişkenler	
Tablo 23. Kapsayıcılık puanı lojistik regresyon modeli	48
Tablo 24. Bazı özelliklerin süreklilik puanına göre ortalama-standart sapmaları	48
Tablo 25. Sosyo-demografik özelliklerinin süreklilik puanına göre dağılımı	49
Tablo 26. Doğurganlık ile ilgili özelliklerinin süreklilik puanına göre dağılımı	50
Tablo 27. Süreklilik puanı için lojistik regresyon modelinde kullanılan bağımsız değişkenler	51
Tablo 28. Süreklilik puanı lojistik regresyon modeli	51
Tablo 29. Bazı özelliklerin eşgüdüm puanına göre ortalama-standart sapmaları	52
Tablo 30. Sosyo-demografik özelliklerin eşgüdüm puanına göre dağılımı	53
Tablo 31. Doğurganlık ile ilgili özelliklerin eşgüdüm puanına göre dağılımı	54
Tablo 32. Eşgüdüm puanı için lojistik regresyon modelinde kullanılan bağımsız değişkenler	55
Tablo 33. Eşgüdüm puanı lojistik regresyon modeli	56
Tablo 34. Yerleşim yeri özelliğinin kurum ilk başvuru puanına göre dağılımı	57
Tablo 35. Kurum ilk başvuru puanı durumuna göre bazı özelliklerin ortalama ve standart sapmaları	57
Tablo 36. Yerleşim yeri özelliğinin kurum kapsayıcılık puanına göre dağılımı	58

Tablo 37. Kurum kapsayıcılık puanı durumuna göre bazı özelliklerin ortalama ve standart sapmaları	58
Tablo 38. Bazı özelliklerin kapsama düzeyine göre ortalama-standart sapmaları	59
Tablo 39. Sosyo-demografik özelliklerin kapsama düzeyine göre dağılımı	60
Tablo 40. Doğurganlık ile ilgili özelliklerin kapsama düzeyi puanına göre dağılımı	61
Tablo.41 Aile planlaması değerlendirme puan ortalama-standart sapmalarının kapsama düzeyine göre dağılımı	62
Tablo 42. Kapsama düzeyi lojistik regresyon modelinde kullanılan değişkenler	63
Tablo 43. Kapsama düzeyi lojistik regresyon analiz sonuçları	64

KISALTMALAR

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

RIA: Rahim İçi Araç

KOK: Kombine Oral Kontraseptifler

LNG: Levonorgestrel

ÖZET

ŞANLIURFA'DA AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mesut HAMİDANOĞLU

Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışmada Şanlıurfa İli'nde aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Şanlıurfa İli'nde yaşayan 15-49 yaş grubundaki 347.366 kadın araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

30 küme örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Sokakların her biri bir küme kabul edilerek sağlık ocağı nüfusuna orantılı olarak belirlenmiştir. Her kümede 10'ar kişi olmak üzere toplam 300 kişiye ulaşılmıştır. Şanlıurfa'da bulunan 4 Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi de araştırmaya dahil edilmiş ve her merkezden gelişigüzel olarak 10'ar kişi seçilmiştir.

Veri toplama aracı olarak 'Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Formu'(APHDF) geliştirilmiştir.

APHDF, hizmet kullanıcı bölümü ve kurum değerlendirmesi bölümlerinden oluşmuştur.

Hizmet kullanıcı bölümü, iletişim bilgileri, sosyodemografik bilgiler ve aile planlaması hizmetlerini değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşmuştur.

Kurum değerlendirmesi bölümü, kurumla ilgili bazı özellikler ile kurumda ilk başvuru ve kurumda kapsayıcılık alt bölümlerini sorgulayan sorulardan oluşmuştur. Bu değerlendirme 30 kuruluştaki yapılmıştır.

Analizlerde Ki Kare, Mann Whitney U Testi ve Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Sağlık ocağı ve AÇSAP merkezindeki kadınlarda ilkokul altı öğrenim düzeyinde olma sırası ile %59.4 ve % 37.5'dir. Sağlık ocağı grubundaki kadınların %7.7'si, AÇSAP merkezi grubundaki kadınların %5.0'ı Türkçe bilmemektedir. Sağlık ocağı grubunda çocuk sayısı 3.8 ± 2.4 iken AÇSAP merkezi grubunda 3.4 ± 2.1 'dir. Sağlık ocağı grubunda modern yöntem kullanımını %51.7 iken AÇSAP merkezi grubunda %92.5'tir.

Araştırmanın kapsama düzeyi %51.7'dir.

Kırsal yerleşim, Türkçe bilmeme, 1 ve üzeri ölü doğum yapma, yöntem kullanımına akraba/arkadaşın karar vermesi, tek başına eşin karar vermesi, tek başına sağlık personelinin karar vermesi ilk başvuru puanını olumsuz olarak etkilemektedir. Kentsel yerleşim, yöntem kullanımına akraba/arkadaşın karar vermesi, tek başına eşin karar vermesi kapsayıcılık puanını olumsuz olarak etkilemektedir. Kentsel yerleşim süreklilik puanını olumsuz etkilemektedir. Kentsel yerleşim, yöntem kullanımına akraba/arkadaşın karar vermesi, tek başına eşin karar vermesi eşgüdüm puanını olumsuz olarak etkilemektedir. Yöntem kullanımına akraba/arkadaşın ve tek başına eşinin karar vermesi, ilk başvuru puanının, kapsayıcılık puanının düşük olması kapsama düzeyini olumsuz etkilemektedir.

Şanlıurfa'da aile planlaması hizmetine ihtiyacı olanlar bu hizmete yeterince ulaşamamakta ya da yeterince kullanmamaktadır.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, aile planlaması, değerlendirme

SUMMARY

ASSESSMENT OF SERVICES OF FAMILY PLANNING IN SANLIURFA

Mesut HAMİDANOĞLU

Public Health Master's Degree Thesis

In this study, it is aimed to assess family planning services in Sanliurfa. 347.366 married women (15-49) who live in the city has been generated the universe of the research. Cottage hospital sampling has been choosed by the 30 cluster sampling technique. Each street has been assumed as a cluster and determined comparatively to the population of cottage hospitals. It has been reached to ten in each cluster and 300 in total. Four maternal and child health and family planning centres are added to the research and ten have been chosen from each centre at random.

A form to assess family planning services has been developed as a tool of bringing datas together.

This form has two parts; service user part foundational assessment part. First is consisted of communication informations, sociodemographic informations and questions about assessing family planning services. Second is consisted of questions interrogating some features pertaining to the foundation and first application in the foundation and being including secondary parts. This assesment has been practiced at 30 foundations. To evaluate the datas Chi square, Mann Whitneys U test and logistic regression analysis have been used.

Being under primary school level in women in cottage hospitals and maternal and child health and family planning centres respectively are 59.4% and 37.5%. 7.7% of women in the cottage hospital group and 5.0% of maternal and child health and family planning centre group cant understand Turkish.

While children number is 3.8 ± 2.4 at cottage hospital group, it is 3.4 ± 2.1 at maternal and child health and family planning centre group. While the use of modern technique is 51.7% in cottage hospital group, it is 92.5% in maternal and child health and family planning centre group.

Including level of the research is 57.8%. Countryside, not understanding Turkish, 1 or more still birthing, only relatives or friends decision to use the methods, only husbands decision, only health personnel decision effect first application point negatively. Countryside, only relatives or friends decision to use the methods, only husbands decision effect the being including point negatively. Urban settlement effects the continuity point negatively. Countryside, only relatives or friends decision to use the methods, only husbands decision effect coordination point negatively. only relatives or friends decision to use the methods, low level of women education, low level of first application point and being including point and coordination point effect containment level negatively. Who needs family planning services cant get this service or cant use it properly.

Key words: Primary health care services, family planning, assessment

1. GİRİŞ

Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri ÷lkelerin öncelik vermesi gereken konulardan olup sağlık düzeyinin en önemli belirleyicilerinden biridir. Anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesinin en etkili yollarından birisi, aile planlaması (AP) hizmetlerinin etkili olarak verilmesine bağlıdır. Gelecek nesillerin sağlıklı olmaları toplumsal gelişmenin ön koşulu olarak kabul edilmesine karşı ÷lkemizde nüfusun yarısını (%49) oluşturan kadın ve çocuklar, sağlıkla ilgili risk faktörlerinden en çok etkilenen grubu oluşturmaktadırlar AP uygulamalarının asıl hedefi anne ve çocukların sağlıklarının korunması ve sağlık düzeylerinin yükseltilmesidir(1,2).

Türkiye'deki gebeliklerin yaklaşık yarısı riskli gruptadır. Bu grup aynı zamanda aile planlaması yöntemi kullanmayan veya geleneksel yöntemle korunan gruptur. Her yıl dünyada yarım milyondan fazla kadın gebelik ve doğumla ilgili sorunlar yüzünden ölmekte ve geride bir milyondan fazla annesiz çocuk bırakmaktadır. Hem kontraseptif kullanmayan kadınların yaklaşık yarısı hem de kontraseptif kullandığı halde yöntemleri tekniğine uygun ve doğru kullanmayanların da yaklaşık yarısı istenmeyen gebeliklerle karşı karşıya kalabilmektedir (3,4).

Üreme sağlığı ile ilgili istenmeyen durumları en aza indirmek için toplumun gereksinimini karşılayabilmek ve hizmete ulaşılabilişliğini sağlamak gerekir. Ancak bunun için gereken ölçme ve değerlendirmelerin yapılması gerekir. Temel sağlık hizmetlerinde, kliniklerde gör÷len organ sistemlerine göre yapılan bireysel tanı yaklaşımı yerine birey olarak hastaların ve onların toplumlarının morbidite durumu dikkate alınarak yapılan sağlık ya da hastalık söylemleri daha yararlı olmuştur. Sağlık hizmetlerinin değerlendirme amacını kısaca dört madde ile özetleyebiliriz. Klinik sağlık hizmetlerinin ulaştırılmasını kolaylaştırmak, toplumlar ve alt gruplar arasında ki halk sağlığı aktivitelerini ve sağlık politikalarını karşılaştırmak, genişleyen sağlık ihtiyaçlarına yönelik kaynakları düzenlemek ve sağlık hizmetlerinin yarattığı etkiyi ölçmektir. Ancak bu da klinik uygulamalardan farklı olarak toplum temelli hizmet yaklaşımı ile yapılmalıdır. Dolayısı ile morbidite daha çok bireysel tanı ile ilgili olduğu için hastalık yükünü göstermesi açısından yeterince hassas değildir. Bu nedenle pek çok ÷lkede toplumu temsil eden ev halkı örneklerinde s÷rveyans araştırmaları

yapılmaktadır. Bu surveyans araştırmalarından elde edilen kişisel sağlık algısı ile sonuçlar da özellikle sağlık sistemi karşılaştırmalarında ve sağlık hizmeti eşişsizliklerini ortaya koymada ve farklı grupları değerlendirmede çok başarılı olmaktadır(5).

Bu nedenle bu araştırmada birinci basamak hizmetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Nüfus ve Sağlık

Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra ilk nüfus sayımı 1927 yılında yapılmış ve Türkiye'nin nüfusu 13.6 milyon olarak saptanmıştır. 1935 yılı sayımından başlayarak 1990'a kadar düzenli olarak her beş yılda bir nüfus sayımı uygulaması yapılmıştır. 1990'den sonra ise nüfus sayımının sonu "0" la biten yıllarda uygulanması kanunla belirlenmiştir. 22 Ekim 2000 tarihinde gerçekleştirilen en sonuncu ve on dördüncü genel nüfus sayımında Türkiye nüfusu 67.4 milyon olarak tespit edilmiştir. Türkiye dünyanın en kalabalık 20 ülkesi arasındadır. Türkiye, Avrupa'nın Almanya'dan sonra en fazla nüfusa sahip ikinci ülkesi ve Orta Doğu'nun ise İnan'dan sonra en fazla nüfusa sahip ülkesidir. Günümüzdeki nüfusu 71.517.100'dr. 1927–2008 dönemi içinde Türkiye nüfusu sürekli olarak artmıştır. Yıllık nüfus artış hızı en yüksek değerine (binde 29) 1955–1960 dönemi içinde ulaşmıştır. 1990–2000 dönemi için hesaplanan, sayımlar arası nüfus artış hızı binde 18'dir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TİİK) tahminlerine göre 2025

yılında da 88 milyona ulaşması beklenmektedir. Toplam nüfusun yaklaşık 21. yüzyıl ortasında 88 ve 90 milyon arasında durağanlaşacağı öngörülmektedir (6).

Hızlı nüfus artışı, insan sağlığını, birlikte getirdiği ekonomik, çevresel, hızlı kentleşme ve diğer sosyal sorunlar nedeniyle dolaylı olarak, aşırı doğurganlık nedeni ile de doğrudan olumsuz etkilemektedir (7).

Hızlı nüfus artışı, özellikle gelişmekte olan ülkelerin çeşitli sosyoekonomik ve çevresel sorunlarını daha da ağırlaştırarak hükümetlerin bu konuda aldığı yetersiz önlemleri daha da yetersiz hale getirmektedir(8). Doğurganlığın fazla olduğu ülkelerde anne ve bebek ölümlerinin de yüksek olduğu görülür. Gelişmiş ülkelerin nüfus artış hızları gelişmekte olanların ülkelere göre çok düşük olmasına paralel olarak anne ölüm hızları ve bebek ölüm hızları da çok düşüktür (9).

Araştırmalara göre, gelişmekte olan ülkelere, aile planlaması uygulamaları ile riskli gebeliklerin önlenmesi durumunda, anne ve çocuk morbidite ve mortalitelerinde %30-40 oranında azalma meydana gelmektedir. Bu derece önemli sağlık hizmetinin temel sağlık hizmetleri içerisinde planlanması, organize edilmesi ve nitelikli hizmet olarak sunulması gerekmektedir (7).

2.2. Temel Sağlık Hizmetlerinde Aile Planlaması Hizmetlerinin Yeri

Temel sağlık hizmetleri kavramı, çağımızdaki sağlık hizmetleri anlayışı,1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde, hemen bütün ülkelerin ve ilgili uluslar arası kuruluşların katılımı ile toplanan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansında tartışılmış ve şekillendirilmiştir. Toplantı sonunda yayınlanan Alma-Ata Bildirgesinde verilen tanıma göre:"Temel sağlık hizmetleri(TSH), bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımı ile ülke ve toplumlarca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın

vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur (10,11).

Temel sağlık hizmetleri felsefesine göre sağlık hizmetleri doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Aile planlaması hizmetleri de yalnızca onu satın alabilecek sosyal sınıflara değil, toplumdaki herkese ve en uzak yerleşim yerlerinde oturanlara da, sosyal adalet anlayışı içinde ve hakkaniyet ölçülerinde (equity) götürülmelidir. Sağlıklı bir yaşamın sürdürülebilmesi için bireylerin öz sorumluluk kazanmaları gereklidir. Bunun için kişiler eğitilmeli ve bilinçlendirilmelidir. Aile planlaması hizmetlerinde de kişiler ve toplumlar sorumluluk duygusu içinde sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve sunulduğunda söz sahibi olmalı, yani, toplum sağlık hizmetlerine katılmalıdır. Temel sağlık hizmetlerinin tam olarak verilebilmesi için sağlık örgütlenmesinde, toplum sağlık hizmetlerine katılmalı, sağlık hizmetleri “ekip anlayışı” içinde verilmeli, kademeli hasta sevki sistemi işletilmeli koruma, entegre hizmet olmalı, hizmetler sürekli olmalıdır. Sağlık yönünden tehlike (risk) altındakileri belirlemek için evlere ve işyerlerine kadar uzanan bir sistem oluşturulmalı, hizmet modeli, kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını destekler biçimde olmalı, hizmet modeli o ülkenin toplumuna ve diğer koşullara uygun olmalıdır.(10,11)

Birinci basamak sağlık hizmeti olarak uygulanması, temel sağlık hizmetlerinin en yaygın olarak bilinen yönüdür. Bu tanım korucu hizmetlerle evde ve ayaktan tedavi hizmetlerinin bir arada sunulduğu hizmet basamağını anlatır. Burası halkın ilk başvuru basamağıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında, halkın sağlık eğitimi, beslenme durumunun geliştirilmesi, temiz su sağlanması ve sanitasyon, başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, endemik hastalıkların kontrolü, sık görülen hastalıkların uygun tedavisi, temel ilaçların sağlanması gibi temel sağlık hizmeti faaliyetlerinin yanı sıra ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması çalışmaları da vazgeçilemezdir (10).

1978 Alma Ata'dan günümüze gelindiğinde, 2008 Dünya Sağlık Örgütü raporu “Şimdi Her Zamankinden Daha Fazla Temel Sağlık Hizmetleri” mesajı ile temel sağlık hizmetlerinin önemine daha güçlü vurgu yapmaktadır. Birinci

basamak sağlık hizmetlerinin ucuz olmadığı, ciddi bir yatırım gerektirdiği ancak harcanan paradan daha fazla kazanımlar elde edilmesini sađladđıđı vurgulanmıştır. Rapor, sağlığın üniversal kullanımı ve sosyal sağlığın korunması için sağlık sistemlerinde gerekli düzenlemelerin yapılması gerektiğine, aile planlaması hizmetlerinin de içinde olduğu tüm temel sağlık hizmetleri faaliyetlerinin toplum içerisinde herkesi kapsamasına, kişilerin ihtiyaçlarına ve beklentilerine yanıt verebilmesine, riskleri ve hastalıkları içine alacak kadar kapsamlı olmasına, sağlıklı yaşam tarzlarını iletmeyi hedeflemesine, çevresel ve sosyal zararların etkilerini hafifletmeyi öncelenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Ayrıca, sağlık kuruluşlarının kişilerin hizmete ulaşımını kolaylaştırması ve uygun teknoloji ve sağlık hizmeti sunmasının gerekliliğine işaret etmektedir. (10,11)

Ülkemizde temel sağlık hizmeti faaliyetleri içerisinde önemli bir yeri olan aile planlaması hizmetleri de anayasa ve bazı yasalarla düzenlenmiştir. 1982 Anayasası ailenin korunması başlığı altında 41.maddesinde; "Devlet ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretilmesi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar" diyerek, konunun anayasal bir hak olduğunu ve ne kadar önem tařıdđını açıkça ortaya koymaktadır(7.12). 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun nüfus planlaması esaslarını, gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon ameliyelerini, acil müdahale ile gebeliği önleyici ilaç ve araçların temin, imal ve saptanmasına ilişkin hususları düzenlemektir. Ayrıca hekim, hemşire ve ebelerin gebelik önleyici yöntem uygulamalarını da düzenlemektedir (13).

510 Sayılı rahim tahliyesi ve sterilizasyon hizmetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesine yönelik tüzük, rahim tahliyesinde acil müdahale hallerinin nelerden ibaret olduğunu ve yapılacak ihbarların şekil ve mahiyetini, rahim tahliyesini ve sterilizasyonu kabul edenlerden istenecek izin belgesinin şeklini ve doldurulma esaslarını rahim tahliyesi ve sterilizasyonun yapılacağı yerleri, bu yerlerde bulunması gereken sağlık koşulları ve diğer koşullarla buraların denetim ve gözetim esaslarını belirlemektedir(14).

2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'a dayanarak çıkartılan 509 Sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği, gebeliği önleyici yöntemler hakkında halk ve personel eğitimi, gebeliği önleyici ilaç ve araçların

dağıtımını, on haftaya kadar olan gebeliklerin rahim, on haftadan fazla olan gebeliklerde tüzükte belirtilen esaslara göre rahim tahliye, acil durumlarda rahim tahliye, isteyen kadın ve erkeğe sterilizasyon ameliyatı hizmetlerinin Sağlık Bakanlığının koordinatörlüğünde ülke düzeyinde yürütülmesini sağlamaktır. Yine bu yönetmelikte birinci basamak sağlık kuruluşlarından sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması dispanserleri ve sağlıklı evlerinde yürütülecek aile planlaması hizmetlerini tanımlamıştır (15).

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 181 Sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43 üncü maddesi ve 6/3470 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik hükümlerine dayanılarak hazırlanmış olan Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'de sağlık ocaklarında yürütülecek olan üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini açıkça tanımlamıştır. Anne ve çocukta aşırı doğurganlığa bağlı olan olumsuzlukları önlemek ve kısır çiftlerin tedavi edilerek çocuk sahibi olmaları temel amaç kabul edilerek; bunu sağlayabilmek için sağlık ocağı personelinin aile planlaması becerisi almasını, uygulama ve danışmanlık becerisi kazanmasını, sosyo ekonomik düzeyi düşük olanlara öncelik vermesini, eğitim için sadece kadınları değil erkeklerin de hedeflemesini, aile planlaması eğitimlerine toplum önderlerini de dahil etmesini, geleneksel yöntem kullananlara ve yöntem kullanmayanlara öncelik vermesini, aile planlaması danışmanlıklarının ve hizmetlerinin uygun ortamlarda yapılmasını, sosyal güvencesi olmayanlara öncelik vermesini, on beş-kırk dokuz yaş kadın izlemi yapmasını görevleri arasına almıştır (16,17).

Ülkemizde aile planlaması yöntemlerinin Dikey bir örgütlenmeye sahip olmakla birlikte üreme sağlığı ve aile planlaması hakkında önemli bir birinci basamak kuruluşu olan Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin çalışma usulleri "Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezleri Hakkında Yönetmelik" ile belirlenmiştir. Bu merkezlerin görevleri arasında başvuruya dayalı aile planlaması hizmeti sunumu ve danışmanlık hizmetleri, gebelik sonlandırması, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde işbirliği sağlamak, hizmet içi eğitimlere destek olmak bulunmaktadır (18).

2004 yılında yürürlüğü giren Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile Sağlıkta Dönüşüm Projesinin birinci basamak sağlık hizmetleri ayağı aile hekimliği sistemine dönüşüm ile devam etmiştir. Bu yasaya bağlı çıkarılan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” de aile planlaması hizmetlerini aile hekimlerinin görevi olarak tanımlamıştır (19).

Temel sağlık hizmeti olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulan aile planlaması hizmetlerinin ihtiyacı olanlara ulaştırılabilmesi toplum sağlığı açısından yaşamsaldır. Bu nedenle hizmetin toplum tarafından kullanılma düzeyinin, toplum tarafından kullanımındaki engellerin ve topluma sunumundaki başarısının bilinmesi gerekmektedir(16).

2.3. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ VE TÜRKİYE’DEKİ KULLANIM DÜZEYLERİ

TNSA 2008 verilerine göre yöntem bilen kadınların %99,8’i herhangi bir yöntemi, %99,6’sı modern yöntemleri, %93,6’sı geleneksel yöntemleri bildiği belirlenmiştir. Yöntem kullanmış olan kadınların %91,3’ü herhangi bir yöntemi bilirken %77,6’sı modern yöntemleri, %63,8’i geleneksel yöntemleri bilmektedir (20).

Diğer yandan evli kadınların %46,0’sı modern ve % 27,1’i de geleneksel yöntem olmak üzere toplam %73,1’i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır (20).

2.3.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri

2.3.1.1. Oral Kontraseptifler

2.3.1.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler

2008 TNSA'ya göre Türkiye'deki evli kadınların %98'i oral kontraseptifleri bildiğini bildirirken bu yöntemi kullananların düzeyinin %34.4 olduğu tespit edilmiştir. Güneydoğu Anadolu' bölgesi için oral kontraseptif kullanımı %5.4 olarak belirtilmiştir. Sak ME ve arkadaşlarının (2008) doğu bölgesinde yaş ortalaması 29,7 olan kadınlar ile yaptıkları araştırmada ise, %15,8'inin hap kullandığı belirtilmektedir (21).

Kombine oral kontraseptifler (KOK) çok güvenilir kontraseptif yöntemlerdendir. Doğal kadınlık hormonları östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerirler. KOK'ların 21 ve 28 günlük paketleri bulunmaktadır. İçerdikleri östrojenin ve progesteronun etkisi ile ovulasyonu baskılar, servikal mukusu kalınlaştırarak spermin geçişini engeller ve endometriyumu incelterek implantasyonu engellerler. Doğru şekilde kullanıldığında %99,9 etkilidirler. Yöntemin etkinliği sürekli ve düzenli kullanımına bağlıdır. KOK'lar menstruasyonun ilk günü başlanarak her gün aynı saatte alınmalıdır. Menstruasyonun birinci veya beşinci günü başlanan 28 günlük paketlerde, her siklusun son haftasında alınan yedi hap demir içermektedir. Bu yedi hapın temel amacı kadının her gün hap alma alışkanlığını kaybetmemesidir. Yirmi bir günlük paketlerde hapların tamamı hormon içermektedir. Paketteki haplar bitene dek her gün bir hap alınır. Daha sonra altı gün hap almaya ara verilir. Bu süre içinde menstrüel kanama olur. Menstrüel kanama olmasa bile yedi gün sonra yeni pakete

başlanmalıdır. Hapların her gün bir adet ve aynı saatte alınması gerekmektedir (22,23,24).

2.3.1.1.2. Mini Haplar

Mini haplar sadece progesteron içermektedirler. Bunlar ovulasyonu baskılar, servikal mukusu kalınlaştırarak spermın uterusu geçmesini engeller ve endometriyumda incelmeye neden olarak implantasyon olasılığını azaltırlar. Menstruel siklusun ilk gününde başlanarak ara vermeden sürekli alınmalıdırlar. İlk yedi gün için ek yöntem kullanılması gerekmektedir. Mini haplar emziren kadınlarda ilk dokuz ayda %98,5 oranında, emzirmeyenlerde ise %96 oranında etkili olduğu bildirilmektedir (24,25, 26)

2.3.1.2. Enjekte Edilen Kontraseptifler

2008 TNSA'ya göre Türkiye'deki evli kadınların %84.9'u enjekte edilen kontraseptifleri bildiğini bildirirken bu yöntemi kullananların düzeyinin %7.5 olduğu tespit edilmiştir. Güneydoğu Anadolu' bölgesi için oral kontraseptif kullanımı %1.4 olarak belirtilmiştir. Enjekte edilen hormonal kontraseptifler yalnız progesteron içeren ya da östrojen ve progesteron içeren kontraseptif yöntemlerdir. Progesteronun etkisiyle ovulasyonu önler, servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engeller ve endometriyumunu inceltirler. Kombine enjekte edilen hormonal kontraseptifler sadece progesteron içeren kontrasetiflere

göre ovulasyonu daha fazla baskırlar. Doğru kullanıldığında koruyuculuğu %100'e yakındır (27,28, 29,30).

2.3.1.3. Deri Altı İmplantları

2008 TNSA'ya göre Türkiye'deki evli kadınların %41'i deri altı implantları bildiğini bildirirken bu yöntemi kullananların düzeyinin %0.0 olduğu tespit edilmiştir. Güneydoğu Anadolu' bölgesi için deri altı implantı kullanımını %0.0 olarak belirtilmiştir(24).

Deri altı implantları, derinin altına yerleştirilen levonorgestrel (LNG) içeren kapsüllerdir. LNG sentetik bir progestindir. Küçük cerrahi bir girişimle üst kolun iç kısmına derinin hemen altına yerleştirilir. İçeriğinde bulunan progestin ile ovulasyon baskılanır, servikal mukus kalınlaşarak sperm geçişi engellenir ve endometriyum incelir. Koruyuculuğu %99,9'dur (24,31)

2.3.1.4. Rahim İçi Araçlar

2008 TNSA'ya göre Türkiye'deki evli kadınların %98'i rahim içi araçları bildiğini bildirirken bu yöntemi kullananların düzeyinin %40.8 olduğu tespit edilmiştir. Güneydoğu Anadolu' bölgesi için rahim içi araç kullanımını %13.5 olarak belirtilmiştir. Sak ve arkadaşlarının (2008) doğu bölgesinde yaş ortalaması 29,7 olan kadınlar ile yaptıkları araştırmada ise, %9.1'inin rahim içi araç kullandığı belirtilmektedir(21).

RİA spermin üst genitel yollara ulaşmasını önleyerek ovumun transportunu engeller. Ayrıca hormonlu RİA'lar servikal mukusu kalınlaştırarak spermin uterusu geçmesine engel olur. Koruyuculuğu %98'dir. Günümüzde Cu-T 380A pek çok ülkede ve ülkemizde daha yaygın olarak kullanılan RİA türüdür . RİA'lar aşağıda belirtilen üç etki mekanizmasının kombinasyonu sonucu gebeliği önlerler. Bunlar (28,32 ,33).

Meteoğlu ve arkadaşlarının (2001) Aydın'da yaptığı çalışmalarında kadınların %32,4'ünün RİA kullandıklarını bildirmişleridir. Şen ve Erbek (2001) çalışmalarında kadınların %35,5'inin RİA kullandığını rapor etmişleridir. Kaya ve arkadaşlarının (2008) doğu bölgesinde yaptıkları çalışmalarında ise kadınların sadece %21,5'inin RİA kullandığını bildirilmiştir. 33 Avrupa ülkeleri arasında yapılan karşılaştırmada RİA'yı en çok kullanan ülke (%27) Norveç, en az ise İngiltere (%2) olduğu bildirilmiştir (32,34, 35,36,37).

2.3.1.5. Bariyer Yöntemler

2.3.1.5.1. Kondom

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmalarına göre kondom kullanımı giderek artmaktadır. 2008 TNSA'ya göre Türkiye'deki evli kadınların %92.3'ü kondom bildiğini bildirirken bu yöntemi kullananların düzeyinin %42.7 olduğu tespit edilmiştir. Güneydoğu Anadolu' bölgesi için kondom kullanımı %14.3 olarak belirtilmiştir. TNSA–2003 verilerinde %10,8, bildirilmiştir. RİA'dan sonra kullanılan ikinci modern yöntemdir (35,40). Meteoğlu ve arkadaşları (2001) Aydın ilinde kadınların %43,6'sının kondom kullandığını bildirmişlerdir. Kaya ve arkadaşları (2008) Bingöl'de kadınların %19,8'inin kondom kullandığını, Çakmak

ve Ertem (2004) Diyarbakır'da kadınların %12'sinin kondom kullandığını rapor etmişlerdir.(31,32,36). Kondom cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen lateks kauçuktan yapılmış ince bir kılıftır. Kontrasepsiyon sorumluluğunu erkeklerin de paylaşmasını sağlayan bir yöntemdir (24).

2.3.1.5.2. Kadın Kondomu

2008 TNSA'ya göre Türkiye'deki evli kadınların %17'sinin kadın kondomunu bildiğini bildirirken bu yöntemi kullananların düzeyinin %0.2 olduğu tespit edilmiştir. Güneydoğu Anadolu' bölgesi için kadın kondomu kullanımı %0.0 olarak belirtilmiştir(38).

Kadın kondomu 17cm uzunluğunda, şeffaf, ince ve yumuşak bir poliüretan tabakasından yapılmış, vajinanın içini tümüyle kaplayan, tek tarafı kapalı silindir bir kılıftır. Poliüretan özelliği nedeni ile vajinanın içine yerleştirildiğinde kısa zamanda vajina duvarına sıkı bir şekilde tutunur ve vücut ısısı ile uyum sağlar. Kılıfın açık olan ucunun etrafında sabit ve kapalı olan ucun içinde ise serbest olarak bulunan bükülebilir iki halkası vardır. Kapalı olan kısımdaki halka serviksi sararken, açık uçtaki halka kadının dış genital sisteminde kalır (38,39).

2.3.1.5.3. Diyafram

2008 TNSA'ya göre Türkiye'deki evli kadınların %34.8'inin diyaframı bildiğini bildirirken bu yöntemi kullananların düzeyinin %0.1 olduğu tespit edilmiştir. Güneydoğu Anadolu' bölgesi için diyafram %0.1 olarak belirtilmiştir. Amerika'da yapılan bir çalışmada diyafram kullanımı %3,6 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde de diyafram kullanımı yok denecek kadar azdır. (40).

Diyafram serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış kontraseptif bir yöntemdir. Koitustan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Böylece mekanik ve kimyasal bariyer etkilerin birleşimi sonucu spermlerin üst genital kanala geçmeleri engellenerek oldukça yüksek düzeyde kontrasepsiyon sağlamış olur. Çeşitli türleri geliştirilmiştir, çapları farklı ölçülerde diyaframlar mevcuttur(40).

2.3.1.5.4. Spermisitler

Spermisitler spermlerin servikse ulaşmadan etkisiz hale getirilmesi için vajenin derinliklerine yerleştirilen kimyasal maddelerdir. Krem, köpük, köpük tablet, fitil, film tablet, sünger ya da jel gibi değişik çeşitleri vardır. Tek başına kullanıldığında etki düzeyi yetersiz kalır bu nedenle kondom veya diyafram ile kullanılması önerilmektedir(24,41).

2.3.1.6. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon

2.3.1.6.1. Kadın Cerrahi Sterilizasyonu: Tüp ligasyonu

2008 TNSA'ya göre Türkiye'deki evli kadınların %91.6'sının diyaframı bildiğini bildirirken bu yöntemi kullananların düzeyinin %8.2 olduğu tespit edilmiştir. Güneydoğu Anadolu' bölgesi için diyafram %8.1 olarak belirtilmiştir. Sak ve arkadaşları (2008) Güneydoğu Anadolu'da yaptıkları çalışmalarında kadınların %7,2'sinin tüp ligasyonu yöntemini kullandıklarını bildirmişlerdir. Bozkurt ve arkadaşları (2005) Ankara'da yaptıkları çalışmalarında ise kadınların %8,8'inin tüp ligasyonu olduğunu rapor etmişleridir. Aydın'da kadınların %6,7'sinin tüp ligasyonu olduğu bildirilmiştir (36).

Tüp ligasyonu spermin yumurtaya ulaşmasını ve döl lenmesini önleyecek şekilde fallop tüplerinin kapatılmasıdır. Lokal ya da genel anestezi altında uygulanabilir. %0,1 başarısızlık şansı vardır (23).

2.3.1.6.2. Erkek Cerrahi Sterilizasyonu: Vazektomi

2008 TNSA'ya göre Türkiye'deki evli kadınların %42.8'inin diyaframı bildiğini bildirirken bu yöntemi kullananların düzeyinin %0.1 olduğu tespit edilmiştir. Güneydoğu Anadolu' bölgesi için diyafram %0.0 olarak belirtilmiştir.

Erkeklerde vasdeferenslerin kapatılması ile sperm transportunun engellenmesi olan vazektomi, basit, kolay bir işlemle gerçekleştirilir. Son derece etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Çocuk istemeyen aileler için uygundur (24, 42,43).

2.3.1.7. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

Çiftlerin, kadının adet döngüsünün fertil ve infertil dönemlerinde, kadındaki doğal belirtileri ve semptomları gözleyerek gebeliği planlamaları veya gebelik istenmiyorsa fertil dönem boyunca cinsel ilişkiden kaçınmaları doğal aile planlamasıdır. Bu konuda yapılan araştırmalarda, bu yöntemler için başarısızlık hızı %20-25 olarak belirtilmektedir. Bu nedenle; bu yöntemlerin, gebelikten korunmak için değil, gebeliği oluşturmak için kullanılması daha uygundur. Erkeğin katılımını ve işbirliğini gerektirir. Kullanım için kadının en az üç ay bir sağlık personeli tarafından eğitimini gerektirir. Servikal mukus, bazal vücut ısısı ve servikal palpasyon yöntemlerinin birleşimi olan semptotermal yöntem ve takvim yöntemi doğal aile planlaması yöntemini oluştururlar. (44)

2.3.1.7.1. Servikal Mukus Yöntemi:

Kadının siklus boyunca servikal mukus salgısındaki niteliğin değişimini öğrenmesiyle; mukus miktarının arttığı, incelendiği, renginin berrak, kıvamının daha

elastik ve kaygan olduğu dönemde (fertil d6nem), çiftler cinsel perhiz uygular (44).

2.3.1.7.2. Bazal Vücut Isısı Yöntemi:

Kadında ovulasyondan sonra salgılanan progesteron hormonu, vücut ısısını 0,2–0,5 C yükseltir. Bu ısı artışı ovulasyonun olduğunu gösterir, fakat ovulasyonun ne zaman olacağı önceden belirlenemez. Kadının, hergün sabah özel bir termometre ile vücut ısısını dikkatli bir şekilde ölçerek kaydeder ve ovulasyon dönemini saptayabilir. Isı artışının saptandığı günden üç gün öncesi ve iki gün sonrasına kadar çiftler cinsel ilişkiden kaçınmalıdır. Vücut ısısı hastalık, stres, uyku bozuklukları gibi değişik faktörlerden etkilenebildiği için, ısı değişikliklerinin çok titiz yorumlanması şarttır. Farklı kadınlarda bu ısı değişikliği farklı olabileceği gibi, bazı kadınlarda da hiç ısı yükselmesi saptanmayabilir(44).

2.3.1.7.3. Servikal Palpasyon Yöntemi:

Kadının kendi kendine palpasyonla ,serviksin kıvamındaki ve servikal os'un durumundaki değişiklikleri hissederek, fertil ve infertil dönemlerini bilmesi esasına dayanır. Serviksin sert (burun ucu sertliğinde) olduğu, servikal os'un kapalı ve kolay ulaşıldığı dönem infertil dönemdir. Ovulasyonda 4-5 gün önce servikte

yumuşama(kulak memesi yumuşaklığında)başlar,servikal os açılır, serviks daha yüksektedir, zor ulaşılır ve daha ıslak akıntılıdır. Bu durum başlar başlamaz, fertil dönemi başlaması nedeniyle çiftlerin cinsel perhiz uygulamaları gerekir (44).

2.3.1.7.4. Takvim Yöntemi:

Çiftlerin, kadının fertil olduğu günlerde cinsel ilişkiden kaçınmasıdır. Bu yöntem, düzenli adet döngüsü olan kadınlar için uygundur. Bir sonraki (beklenen) adetten yaklaşık 12–14 gün önce ovulasyonun olacağı varsayımı ve ovulasyon sonrası ovumun 24-48 saat, spermlerin ise ortalama 72 saat yaşayabildiği ve önleme yeteneğinin olduğu varsayımı üzerine kurulmuştur. Bunun için, beklenen adet tarihinde 12–14 gün geri giderek ovulasyon tarihi hesaplanır ve bu tarihin 2 gün öncesinden 3 gün sonrasına kadar çiftler cinsel perhiz uygular. Ancak, ovulasyonun ne zaman olacağı çok kesin olarak saptanamadığından bu yöntemin koruyuculuğunda düşüktür(39).

2.3.1.7.5. Emzirme:

Doğumdan sonraki ilk aylarda, aşağıdaki koşullar yerine geldiğinde emzirmenin ilk 6 ay %98 oranında gebeliğin önleyici etkisinden söz edilebilir:

*bebek 6 aydan küçük olacak

*adet kanamaları başlamamış olacak

*bebek tam olarak, sık sık ve uzun süre anne sütü ile besleniyor olacak(bebek her istediğinde, günde en az 6–10 kez, iki dakika ya da daha uzun sürede her iki memede emziriliyor, gece emzirmeye devam ediliyor olacak ve hiçbir ek gıda verilmiyor olacak).

Doğum sonu ovulasyonun baskılanabilmesi için, annenin tam olarak emzirmesi ve adet görmemesi gerekir. Bu koşullarda kadınların yaklaşık %0-12'sinde ilk 6 ay içinde ovulasyon olabilir,%2'si gebe kalır. Tam emzirme sürerken, adet kanamaları başlamasa bile, postpartum yaklaşık 6 ay sonra ovulasyon yeniden başlayabilir. Ayrıca çocuğa ek gıda vermeye başlanması nedeniyle de,6 aydan sonra emzirmenin gebeliği önleyici etkisinden söz edilemez. Bu nedenle, doğumdan sonra uygun olabilecek herhangi bir etkili aile planlaması yöntemi kullanılmalıdır. Doğumdan sonra adet kanamaları başlayan bir kadın emziriyor olsa bile, gebelik riski emzirmeyen bir kadınla aynıdır, bu dönem için uygun, etkili aile planlaması yöntemlerinden birini kullanmalıdır(44).

2.3.1.8. Acil Kontrasepsiyon

2.3.1.8.1. RİA

Acil kontrasepsiyon amacıyla kullanıldığında bakır iyonların etkisiyle implantasyonu önler. Koruyuculuğu % 99 'dur.8400 olguluk bir çalışmada 8 gebelik saptanmıştır. Gebelik hızı %0,1 den azdır. Korunmasız cinsel ilişkiden 5 gün sonraya kadar kullanılması tavsiye edilir(45).

2.3.1.8.2. Post Koital Haplar

Dede ve arkadaşları post koital hapların etkinliği ile ilgili yaptıkları araştırmalarında korunmasız cinsel ilişki yaşayan kadınların post koital hapi kullandıktan sonra hiçbirinde gebeliğin oluşmadığını bildirmişlerdir. Bilgili ve Ayaz kadınların %26,8'inin post koital hapları duyduğunu %9,1'inin bu hapları kullandığını bildirmişlerdir. Gold ve arkadaşları Amerika'da kadınların %80'inin post koital hapları kullandıklarını bildirmişlerdir(46,47,48)

Post koital haplar acil kontrasepsiyon gerektiren durumlarda kullanılırlar. Kontraseptif amaçlı sürekli kullanılmamalıdır. Kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alınmanın unutulması, planlanmamış bir cinsel ilişki veya tecavüz gibi durumlarda acil kontrasepsiyona gereksinim duyulmaktadır. Bu ilaçlar yüksek doz östrojen ve progesteron ya da sadece progesteron içerdikleri için uzun süre kullanılmaları sakıncalıdır. Koruyuculuğu %98'dir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde kullanılmalıdır(24,49).

2.3.2. Geleneksel Yöntemler

2.3.2.1. Geri Çekme

Türkiye'de geri çekme yöntemi en çok kullanılan geleneksel yöntemdir. 2008 TNSA'ya göre Türkiye'deki evli kadınların %92.4'ünün geri çekme

yöntemini bildiğini bildirirken bu yöntemi kullananların düzeyinin %26.3 olduğu tespit edilmiştir. Güneydoğu Anadolu' bölgesi için takvim yöntemi %19.6 olarak belirtilmiştir(40).

Geri çekme (Coitus interruptus), ilişki sırasında erkeğin boşalmadan hemen önce penisini vajinadan çıkarıp dışarıya boşalmasıdır. Koruyuculuğu düşük olduğundan istenmeyen gebeliklerin büyük kısmı bu yöntemi kullananlarda olmaktadır(40,50.51).

2.3.2.2. Vajinal Duş

Koitudan hemen sonra kadının vajinasını su, sirke veya bir takım temizlik ürünleri ile yıkamasıdır. Yıkama için kullanılan maddenin cinsine göre değişik türde vajinit oluşabilir. Özellikle hijyen açısından sağlıklı bir yöntemdir. Kadında ve erkekte cinsel doyumsuzluğa yol açabilir. Koitus sırasında spermler ejakulasyondan 15 saniye sonra servikal kanala geçtiği için güvenli olmayan bir yöntemdir(24,41).

4. ÜLKEMİZDE AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN YETERLİ DÜZEYDE KULLANILMAMASININ NEDENLERİ VE ENGELLEYEN FAKTÖRLER

Yeterli düzeyde kullanımını etkileyen çok sayıda etken bulunmaktadır. Bu etkenlerin başında, sağlık hizmetinin sunumundaki yetersizlikler gösterilmektedir. Hizmetlerin sunumundaki yetersizliğin temel nedenleri olarak ise, sağlık personelinin yetersizliği, örgütlenme hataları ve ülkenin mali gücünün yetersizliği gösterilmektedir(20). İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kadınların aile

planlaması yöntemi kullanmama nedenleri arasında gebe olmaları, emzirme döneminde olmaları, çocuk istiyor olmaları, eşlerinin yöntem kullanmasına karşı olması, çocuğunun olmaması gösterilmiştir(52). Şahin ve arkadaşlarının Van'da yaptıkları çalışmada da aile planlaması yöntemlerinin kullanılmama nedenleri; aile büyüklerinin istememesi, kısırlık yapması, kanama yapması, kasık ağrısı yapması, kanser yapması, günah olması olarak bildirilmiştir(53).

Hizmetin yürütülmesi ile ilgili engeller arasında, aile planlaması hizmetini yürüten sağlık kuruluşlarının herkesin ulaşabileceği yerde ve sayıda olmaması, bu hizmeti yürüten sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından yetersiz olması, aile planlaması hizmetlerinin ana ve çocuk sağlığı açısından bilimsel olarak değerlendirilmemesi, aile planlaması hizmetlerinin plan ve programların yapılmasında değerlendirme sonuçlarından yararlanılmaması, haberleşme ve ulaşımdaki güçlükler olarak belirtilmektedir(54).

İstenilen sonucun alınabilmesi için eğitim, hizmeti sunan ve kullanan açısından çok önemli bir faktördür. Eğitimle ilgili engeller arasında, aile planlaması ile ilgili sağlık personelinin bu hizmeti yürütebilecek nitelikte yetiştirilmemesi ve sürekli hizmet içi eğitimlerinin yapılmaması ya da geciktirilmesi, toplumun aile planlaması konusunda yeterince motive edilememesi, toplumun sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olmasıdır(54).

Toplumdan kaynaklanan engeller de göz ardı edilemeyecek kadar hizmetin kullanılmamasında önemli faktörlerdir. Tarıma dayalı bir toplum olması, sosyal güvenlik kanunlarının gelişmemiş olması, geniş aile ve ataerkil aile yapısı, “Daha fazla insan ülkeyi güçlü kılar” düşüncesi, “Daha fazla nüfus askeri ve siyasi gücü artırır” düşüncesi, “Sadece sosyo-ekonomik gücü yüksek olanların aile planlamasından yararlanacakları” düşüncesi, “Ülke topraklarının daha fazla insan besleyeceği” anlayışının olması önemli engeller olarak belirtilmektedir(54,55,56).

5. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Hastalıkların azaltılıp sağlık seviyesini en üst düzeye çıkarmak, toplumu oluşturan alt grupların bölünmesini engellemek ve belli grupların en uygun sağlık hizmetlerinden yararlanamamasının önüne geçmek sağlık hizmetlerinin temel amaçlarındandır.

Hemen hemen tüm ülkelerdeki sağlık alanında ve sosyal konularda artan eşitsizliklere dikkat çeken Dünya Sağlık Örgütü(WHO), Ljubljana Şartlarında sağlık hizmetlerini; *Tarafsızlık, dayanışma ve profesyonel etik ilkelerine göre idame

*Sağlığı koruma ve arttırmanı amaçlanması

*İnsan merkezli olmalı,

*Vatandaşların sağlık hizmetleri konusunda söz sahibi olmalarına ve kendi sağlıklarının *Sorumluluklarını almalarına izin verilmesi

*Hem kalite hem de mali etkinliğin göz önüne alınmasını

*Sürdürülebilir mali kaynaklara dayanmasını,

*Evrensel ve eşit olması olarak vurgulamaktadır.

Avrupa Topluluğu bu ilkeleri 1996 yılında kabul etti ve çoğu Avrupa toplumlarında dayanışma ve tarafsızlık mücadelesi veren bir geleneği yerleştirdi. Her ne kadar bireysel hastalıklarda en etkili bakımı sağlayan, en güncel bilgilere dayanan uzmanlaşmaya doğru bir eğilim olsa da bu durum oldukça etkili bir temel bakım sunamayacağına benzemektedir. Peki neden? Hastalıkların tedavisine yönelik olan uzmanlaşma sağlık düzeyini maksimum hale getiremez. Çünkü etkili tıbbi bakım hastalığın tedavisiyle sınırlı değildir, aynı zamanda hastalığın oluştuğu ve hastanın içinde bulunduğu durum da göz önüne alınmalıdır. Hastalığın uzmanları belirli özel

bir alanda, belirli bir hastalık için en uygun bakımı sağlamalıdır ama birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanları da hastalığın bakımını bireylerin zaman içinde geçirmiş oldukları sağlık problemlerinin içine yerleştirmeli ve entegre etmelidir. Diğer bir neden ise hiç bir toplumun sağlık sistemi için bitmez tükenmez kaynakları yoktur. İkinci basamak sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetine göre daha pahalıdır. Sağlığı etkileyen sebepler zinciri karmaşıktır. Bir başka neden ise çevresel şartlar, sosyal koşullar, sosyal ilişkiler ve genetik risk faktörleridir. Bunlar doğrudan ya da dolaylı olarak hem bireylerin hem de nüfusun sağlığını etkilerler. Bu toplumun sağlığı bireysel düzenden çok ekolojik seviyede, aynı koşullardan etkilenir demektir. Bu yüzden bir toplumun sağlığı toplumu oluşturan çevresel karakteristiklerinden, nüfusun karakteristik davranışlarından, toplumdaki kültürel anlayıştan etkilenir. Aynı durum gelir seviyeleri ve toplumun zenginliği gibi sosyal koşullar, toplum içi eğitim seviyesi ve toplum bireylerinin karakteristik çalışma koşulları içinde geçerlidir. Örneğin, daha fazla ulusal gelir, daha yüksek düzeyde sağlık hizmeti sunan sosyal ve ekonomik koşulları garanti etmez. Dahası, sosyal mahrumiyetin daha vasat bir sağlık hizmeti sunması olasılığı daha fazladır. Bu da herhangi bir toplumdaki belirgin gelir farklılıkları belirgin sağlık hizmetleri farklılığına yol açar demektir. Sonuç, gelir eşitsizliği ne kadar büyükse sağlık hizmetindeki adaletsizliğin de o kadar büyük olduğunu göstermiştir. Gelir oranlarındaki farklılaşma hayattan beklentilerdeki farklılaşmayla da ilişkilidir. Sağlık hizmetleri, zenginliğin dağılımındaki eşitsizliklere rağmen sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde doğrudan bir belirleyici rolünü oynayabilir. Birinci derece sağlık uygulamaları toplum içi tarafsızlığı en uygun seviyede hizmet vermek suretiyle sağlayabilir. Bu da toplumdaki sağlık hizmetlerinden yararlanan ve yararlanamayan nüfusun arasındaki uçurumu azaltır. Endüstrileşmiş batılı 12 toplum arasında yapılan karşılaştırma göstermiştir ki, birinci basamak sağlık hizmetine daha fazla ağırlık veren toplumlarda daha iyi bir sağlık seviyesi ve daha az maliyet gözlenmiştir(5).

Birinci basamak sağlık hizmetinden elde edilen sonuçların geliştirilmesi için bazı özelliklerinin de geliştirilmesi gerekmektedir. Bu özellikler aynı zamanda bu sistemlerin değerlendirme özelliklerini de oluşturmuştur. Bunlar, kişinin başka yere girmeden önce birinci basamak sağlık hizmetinde görev alan hekime gitmesini, insanlarla bu basamakta yer alan hekimlerin ilişkisini, türlerine bakmaksızın genel ihtiyaçlara cevap vermesini, birinci basamak sağlık hizmetlerinin diğer sağlık basamak hizmetleri ile koordinasyonunu, aile

odaklı birinci basamak sağlık hizmeti ile toplum odaklı birinci basamak sağlık hizmeti gibi özellikleri kapsamaktadır.

2.5.1. İlk Başvuru

İlk başvuru özelliği birinci basamağın bireylerin bir sağlık sorunu nedeniyle ortaya çıkan her bir yeni bakım gereksiniminde sağlık sistemi ile ilk karşılaştıkları aşama olmasını tanımlar. Sürekli hizmetin ön koşuludur ve aynı zamanda düzenli hizmet alınan yerdir-) İlk başvuru hizmetinin yapı bileşeni “Ulaşılabilme”, işleyiş (faaliyet) bileşeni ise “birinci basamak kurumunun kullanımı”dır(5).. İlk başvurunun değerlendirilmesi toplumsal ulaşılabilirlik düzeyi ve kurumsal ulaşılabilirlik düzeyinin ölçülmesi şeklinde yapılabilmektedir. İlk başvuru, örgütsel, sosyo-kültürel, coğrafi ve ekonomik ulaşılabilirlik olarak dört başlık altında değerlendirilmesi ile yapılmaktadır(57).

2.5.2. Kapsayıcılık

Kapsayıcılık, bireyin sağlık gereksinimlerini karşılayacak olan tüm hizmet yelpazesinin kullanılabilir olması demektir. Bu yelpaze, koruyucu, sağlığı geliştirici, sık görülen sağlık sorunlarının tanısı, sağaltımı, gerektiğinde uzman hekime sevk, kronik sağlık sorunlarının izlenmesi, rehabilitasyon ve palyatif bakımı ve sosyal hizmetleri içermelidir. Hizmet kapsamı ile ilgili temel ilke, birinci basamağın toplumda sık görülen tüm sağlık sorunlarını tanımlayabilecek ve müdahale edebilecek düzeyde olmasıdır. Bu nedenle kapsayıcılık

değerlendirilirken personelin eğitiminin, sayısının, kurumun olanaklarının, donanımının ve destek hizmetlerinin bu sorunları tanımlayabilme ve müdahale edebilme açısından yeterliliği sorgulanır. Bağışıklama, sağlık eğitimi ve tarama gibi etkinliklerin uygulanma düzeyi de kapsayıcılığı yansıtır. Kapsayıcılığın değerlendirmesinde kullanılan bir diğer ölçüt olan sevk oranının yüksek olması ise kapsayıcılığın yetersiz kaldığını gösterir (5).

2.5.3. Süreklilik

Sürekliliğin tanımı, hastanın geçmişi hakkındaki ulaşılabilir olan temel bilgilerden, birey ve hekim arasındaki güven ve sorumluluğa dayalı kişiler arası kompleks ilişkiye kadar uzanan hiyerarşik bir kavram şeklinde yapılabilir. Başka bir tanımla süreklilik, hasta ve birinci basamak kurumu arasındaki herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız, uzun erimli ilişkidir. Sürekliliğin toplum açısından tanımı, düzenli bir birinci basamak sağlık hizmeti kaynağının varlığını ve bunun kullanımını kapsar. Hizmet veren taraf açısından ise süreklilik, hizmet verdiği toplumu tanıma, bu toplumun gereksinimlerini bilme ve gereksinimlerin karşılanıp karşılanmadığını izleme düzeyidir (5, 58).

2.5.4. Eşgüdüm

Birinci basamak ile sistemin diğer aşamaları arasında bilgi aktarımının gerçekleşmesini tanımlar. Eşgüdüm sağlanabilmesi için üç temel koşulun varlığı zorunludur. Birinci koşul kapı tutuculuk uygulamasıdır. Diğer koşullar ise birinci

basamağın yanı sıra ikinci ve üçüncü basamakta da hastalarla ilgili tüm bilgilerin kaydedilmesi ve bu bilgilerin birinci basamağa aktarılmasının resmi yönergelerle zorunlu tutulmasıdır. OECD ülkelerindeki sağlık hizmetlerini değerlendiren bir araştırmada, diğer birinci basamak özellikleri açısından oldukça başarılı olan ülkelerde bile eşgüdümün yetersiz kaldığı bildirilmiştir. Bu nedenle eşgüdümü görece daha zor ulaştırılabilir bir özellik olarak tanımlamak yanlış olmayacaktır(5,59).

2.5.5. Kapsama düzeyi

Bir sağlık hizmeti veya kuruluşuna gereksinimi olan kişiler veya hane halkı arasından, bu hizmetten gerçekten yararlanan kişilerin yüzdesi ile ölçülür. Ancak şu da bir gerçektir ki hizmetin kapsama düzeyinin yüksek olması için hizmetin ulaşılabilir olması da gereklidir(60).

Bu çalışmada Şanlıurfa ilinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen aile planlaması hizmetlerinin ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik, eşgüdüm ve kapsama düzeyi özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Evreni

Şanlıurfa İli ve ilçelerinde birinci basamak düzeyindeki aile planlaması hizmeti 92 Sağlık Ocağı(SO) ve 4 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi(AÇSAP) olmak üzere 96 sağlık kuruluşu tarafından verilmektedir. Sağlık Ocaklarının hizmet sağladığı tanımlanmış bir nüfusu ve bölgesi vardır. AÇSAP merkezinin tanımlanmış bir nüfusu ve bölgesi yoktur. Ancak tüm başvuranlara hizmet vermektedir.

Araştırmada yer alacak aile planlaması kullanıcıları evrenini, Şanlıurfa İli'nde yaşayan 15-49 yaş grubundaki 347.366 kadın oluşturmaktadır(61)

3.3. Katılımcı Seçme Kriterleri

Şanlıurfa İli'nde yaşayan, 15-49 yaş grubunda olan, evli kadınlar araştırmaya alınmıştır.

3.4. Örneklem Büyüklüğü

Örneklem seçiminde DSÖ'nün 30 küme örneklem tekniği kullanılmıştır(62). Sonuçların güvenilirliğini arttırmak amacıyla DSÖ'nün önerdiği sayı arttırılarak her kümede 10 kişiye ve toplamda 300 kişiye ulaşılmıştır.

Her bir sağlık ocağı bir küme olarak kabul edilmiştir. Küme seçimi nüfusa orantılı olarak 92 sağlık ocağından seçilmiştir.

Her sağlık ocağı bölgesinde rastgele yöntemle bir sokak ve her sokakta başlangıç hanesi rastgele yöntemle seçilmiş ve 10 kişiye ulaşılan kadar devam edilmiştir.

Ayrıca, birinci basamak sağlık kuruluşu olarak AP hizmeti veren AÇSAP'lar, başvuru temelli hizmet vermesine ve tanımlanmış bir bölgeleri olmamasına rağmen araştırma içinde yer alacak ancak sağlık ocakları ile karşılaştırmak için kullanılmamıştır. Her AÇSAP'a sağlık hizmeti almak için başvuran 10 kişi gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilmek üzere toplam 40 kişi alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak 'Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Formu'(APHDF) geliştirilmiştir.

APHDF, hizmet kullanıcı bölümü ve kurumda değerlendirme bölümlerinden oluşmuştur. Hizmet kullanıcı bölümü, iletişim bilgileri, sosyo-demografik ve aile planlaması kullanımına ilişkin bilgiler, kapsama düzeyini belirlemek için kullanılacak bilgiler ile ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm puanlarını elde etmeye yarayacak sorulardan oluşmuştur. Bu bilgiler araştırmaya katılan tüm hizmet kullanıcılarından elde edilmiştir.

Kurum değerlendirmesi, kurumla ilgili bazı 6zellikler ile kurumda ilk başvuru ve kurumda kapsayıcılık alt b6l6mlerini sorgulayan sorulardan oluşmuştur. Bu değerlendirme 30 kuruluşta yapılmıştır.

APHDF, Barbara Starfield tarafından geliştirilen Primary Care Assessment Tools(PCAT)(63) aile planlaması hizmetlerine uyarlanarak, ayrıca Quick Investigation of Quality of Family Planning(QIQ)(64) ve 2008 TNSA anketinden de yararlanılarak oluşturulmuştur(65).

3.6. Kapsama D6zeyi Hesaplaması

Aile planlaması hizmetleri açısından, ocuk istemeyenler, emzikliler, istemeden gebe kalanlar gereksinimi olanlar olarak kabul edilmiştir.

ocuk istememesine rağmen etkili AP y6ntemi kullanmayanlar, 6 aydan daha az s6redir emzirenler ancak laktasyonel amenore y6ntemini etkin olarak kullanmayanlar, 6 aydan daha fazla s6redir emzikli olduğu halde etkin bir y6ntemle korunmayanlar, etkili bir AP y6ntemi kullanmayıp istenmeyen gebelik geçirenler kapsanmayanlar olarak kabul edilmiştir.

3.7. Aile Planlaması Hizmetleri Değerlendirmesi İçin Puan Hesaplaması

Puanların elde edilmesi hem hizmet kullanıcısının bildirimine hem de kurumda yapılan incelemeye g6re yapılmıştır. İlk başvuru, kapsayıcılık, eşg6d6m puanları sadece katılımcıların bildirimlerine g6re elde edilirken, kurumda ilk başvuru ve kurumda kapsayıcılık puanları kurumlarda yapılan incelemelere g6re belirlenmiştir. S6reklilik puanı ise katılımcıların bildirimleri ve aynı katılımcılara ait kurumlardaki 15-49 Yaş Kadın İzleme Formu incelenerek elde edilmiştir.

Hizmet kullanıcılarına yöneltilen sorular ve kurumlarda yapılan değerlendirme çalışmaları “evet” ve “hayır” olarak cevaplanmıştır.

Geliştirilen ‘Aile Planlaması Hizmetleri Değerlendirme Formu’nda(APHDF) belirlenen her bir bölüm puanı 100 üzerinden hesaplanmıştır.

İlk başvuru değerlendirmesinde 6 soru kullanılmıştır. 19, 20, 23. sorular için “Evet” belirtilenler, 21, 22, 24. sorular için “Hayır” belirtilenler olumlu cevap olarak kabul edilmiştir.

Kapsayıcılık değerlendirmesinde 14 soru kullanılmıştır. 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36. sorular için “Evet” belirtilenler, 33, 37, 38. sorular için “Hayır” belirtilenler olumlu cevap olarak kabul edilmiştir

Süreklilik değerlendirmesinde 10 soru kullanılmıştır. 39-46 dahilindeki sorular için “Evet” belirtilenler olumlu cevap olarak kabul edilmiştir. 47 ve 48. Soruların cevapları kurumlarda her bir katılımcı kadın için 15-49 Yaş Kadın İzleme Formu incelenerek belirlenmiştir. Her iki soru için de “Evet” cevabı olumlu kabul edilmiştir.

Eşgüdüm değerlendirmesinde 2 soru kullanılmıştır. 49 ve 50. sorular için “Evet” belirtilenler olumlu cevap olarak kabul edilmiştir.

Kurumda ilk başvuru değerlendirmesinde 6 soru kullanılmıştır. 55, 56, 57, 58, 59, 60. sorular için “Evet” belirtilenler olumlu cevap olarak kabul edilmiştir.

Kurumda kapsayıcılık değerlendirmesinde 1 soru kullanılmıştır. 61. soru için “Evet” belirtilenler olumlu cevap olarak kabul edilmiştir

3.8. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın saha çalışması Ekim 2009-Nisan 2010 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- *Kapsama düzeyi
- *İlk başvuru puanı
- *Kapsayıcılık puanı
- *Süreklilik puanı
- *Eşgüdüm puanı
- *Kurumda ilk başvuru puanı
- *Kurumda kapsayıcılık puanı

3.9.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- *Yerleşim yeri
- *İkamet süresi
- *Yaş
- *İlk evlenme yaşı
- *Gebelik sayısı
- *Çocuk sayısı
- *Kendiliğinden düşük yapma
- *İstemli düşük yapma

*Ölü doğum yapma

*AP yöntemine karar veren

*Meslek(ikili analizlerde sosyal sınıf değişkenine dönüştürülerek kullanılmıştır)

*Sosyal sınıf

*Evde konuşulan dil

*Türkçe bilme durumu

*Kadın öğrenim durumu

*Koca öğrenim durumu

*Hekim başına düşen nüfus

*Ebe-hemşire başına düşen nüfus

*Sağlık kurumunun kent merkezine uzaklığı

3.10. Tanımlar

3.10.1. Sosyal Sınıf

Hanenin işe/mesleğe dayalı sosyal sınıfı, Prof. Dr. Korkut Boratav'ın kentsel ve kırsal sosyal sınıf şemasına göre belirlenmiştir. Sosyal sınıf hane reisinin mesleğine göre sınıflandırılmıştır. Esnaf, memur, emekli ve kendi hesabına çalışanlar(avukat, mühendis) orta ve üst sınıf olarak gruplandırılırken, niteliksiz hizmet işçileri, şoför, mevsimlik tarım işçileri ve kendi hesabına çalışan küçük çiftçiler alt sosyal sınıfa, işsizlerde işsiz sosyal sınıfına alınmışlardır(66).

3.10.2. Evde Konuşulan Dil

Arapça, Kürtçe ve Türkçe konuşabilme durumudur.

3.10.3. Sağlık kurumunun kent merkezine uzaklığı

Sağlık kurumunun il merkezinde valilik binasına uzaklığı, ilçelerde kaymakamlık binasına uzaklığıdır.

3.11. İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı istatistiklerden ortalama, standart sapma ve yüzde hesaplanmıştır.AP hizmeti değerlendirme puanları değişkenleri ortancaya göre düşük ve yüksek puanlı olarak gruplandırılarak kategorik hale getirilmiş, kategorik değişkenlerle ikili analizlerde Ki Kare testi, sürekli değişkenlerle analizde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratan bağımsız değişkenlerle lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur.

Kapsama düzeyi, kapsananlar ve kapsanmayanlar olarak gruplandırılarak iki değişkenli analizleri yapılmıştır. Araştırmadaki bağımsız değişkenlere ek olarak AP hizmeti değerlendirme puanları(ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm, kurumda ilk başvuru, kurumda kapsayıcık) da kapsama düzeyine olan etkisini göstermek için ikili analize alınmıştır. İki değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratan bağımsız değişkenlerle lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur.

Bu araştırmanın tüm istatistiksel analizleri ‘‘Statistical Package for Social Sciences’’ (SPSS 11.5) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

4.BULGULAR

Bu bölümde sosyo-demografik özellikler, aile planlaması yöntemlerinin kullanımı ile ilgili değişkenler, sağlık ocağı bölgeleri esas alınarak seçilen toplum örneği ve Aile Planlaması Merkezine başvuranlar olmak üzere karşılaştırmalı verilmiştir.

4.1. Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 1. Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre ortalama ve standart sapmaları

Özellikler	Toplum örneği	AÇSAPM'lerine
	Ort±ss*	Başvuranlar Ort±ss*
Yaş	32.3±8.1	34.7±8.2
Evlenme yaşı	20.1±4.4	20.1± 4.2
Gebelik sayısı	4.7±2.9	3.8 ±2.4
Çocuk sayısı	3.8±2.4	3.4 ±2.1
Kendiliğinden düşük sayısı	0.5±0.9	0.2± 0.4
İstemli düşük sayısı	0.09±0.3	0.05±0.2
Ölü doğum sayısı	0.1±0.5	0.08±0.2

*ortalama±standart sapma

Kadınların yaş, evlenme yaşı, gebelik sayısı, çocuk sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, istemli düşük sayısı ve ölü doğum sayıları toplum örneği ve AÇSAP merkezine başvuranlara göre ortalama ve standart sapmaları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Kadınların ailelerinin gelir sağladıkları işlerin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı

Kazanç	Toplum örneği		AÇSAPM'lerine Başvuranlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Esnaf	45	15.0	3	7.5
İşçi	62	20.7	2	5.0
Çiftçi	51	17.0	0	0.0
Memur	24	8.0	10	25.0
Emekli	7	2.3	1	2.5
İşsiz	71	23.7	11	27.5
Hayvancılık	6	2.0	0	0.0
Göçebe mevsimlik tarım işçisi	20	6.7	11	27.5
Serbest	2	0.7	1	2.5
Şoför	12	4.0	1	2.5
Toplam	300	100.0	40	100.0

Kadınların ailelerinin gelir sağladıkları işlerin Sağlık ocağı(Toplum örneği) ve AÇSAP merkezine(Başvuranlar) göre dağılımları Tablo 2’de gösterilmiştir. Sağlık ocaklarında, en sık gelir sağlanan işler incelendiğinde; % 20.7’si işçilik, %17.9’u çiftçilik iken %23.7 işsizdir. AÇSAP merkezinde ise en sık gelir sağlanan işler incelendiğinde; % 27.5 göçebe mevsimlik tarım işçisi, % 25 memur iken % 27.5’i işsizdir. Kadınların ailelerinin %74.0’ı işsiz ve alt sosyal statüdedir.

Tablo 3. Kadının eşinin işine göre sosyal statü durumuna göre dağılımı

Sosyal statü	Sayı	%
İşsiz	71	23.7
Alt	151	50.3
Orta	76	25.3
Üst	2	0.7
Toplam	300	100.0

Kadınların öğrenim durumunun Sağlık ocağı(Toplum örneği) ve AÇSAP merkezine(Başvuranlar) göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir. Sağlık ocağı grubunda kadınların %59.4' ünün ilkokul altı, %41.6'sının ilkokul ve üstü düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

AÇSAP merkezinde ise kadınların %37.5'inin ilkokul altı % 62.5'inin ilkokul ve üstü düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Kadınların öğrenim durumunun sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı

Öğrenim durumu	Toplum örneği		AÇSAPM'lerine Başvuranlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Türkçe bilmiyor	23	7.7	2	5.0
Okur-yazar değil	120	40.0	7	17.5
Okur-yazar	35	11.7	6	15.0
İlkokul	91	30.3	10	25.0
Ortaokul	14	4.7	3	7.5
Lise	12	4.0	8	20.0
Yüksekokul	5	1.7	4	10.0
Toplam	300	100.0	40	100.0

Tablo 5. Kadınların eşlerinin öğrenim durumunun sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı

Öğrenim durumu	Toplum örneği		AÇSAPM'lerine Başvuranlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Türkçe bilmiyor	4	1.3	2	5.0
Okur yazar değil	18	6.0	1	2.5
Okur-yazar	54	18.0	2	5.0
İlkokul	128	42.7	9	22.5
Ortaokul	32	10.7	7	17.5
Lise	41	13.7	8	20.0
Yüksekokul	23	7.6	11	27.5
Toplam	300	100.0	40	100.0

Kadınların eşlerinin öğrenim durumunun Sağlık ocağı(Toplum örneği) ve AÇSAP merkezine(Başvuranlar) göre dağılımları Tablo 5'te verilmiştir. Sağlık ocağı grubunda kadınların eşlerinin %25.3'ünün ilkokul altı, %74.7'sinin ilkokul ve üstü öğrenim düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. AÇSAP merkezinde ise kadınların eşlerinin % 12.5'inin ilkokul altı, %87.5'inin ilkokul üstü öğrenim düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6. Sağlık ocağı ve AÇSAP merkezinde kadınların evde en sık konuşulan dile göre dağılımı

Dil	Toplum örneği		AÇSAPM'lerine Başvuranlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Kürtçe	125	41.7	10	25.0
Arapça	66	22.0	1	2.5
Türkçe	106	36.3	29	72.5
Toplam	300	100.0	40	100.0

Sağlık ocağı(Toplum örneği) ve AÇSAP merkezine(Başvuranlar) göre kadınların evde en sık konuşulan dile göre dağılımı Tablo 6’da verilmiştir. Sağlık ocağı grubunda en çok konuşulan dil %41.7 ile Kürtçe iken AÇSAP merkezi grubunda en çok konuşulan dil %72.5 ile Türkçe’dir.

4.2.Aile Planlaması Kullanımının İncelenmesi

Tablo 7. Kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumunun sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı

	Toplum örneği		AÇSAPM'lerine Başvuranlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Modern yöntem kullanıyor	155	51.7	37	92.5
Etkisiz yöntem kullanıyor	51	17.0	0	0.0
Yöntem kullanmayanlar	94	31.3	3	7.5
Toplam	300	100.0	40	100.0

Kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumunun Sağlık ocağı(Toplum örneği) ve AÇSAP merkezine(Başvuranlar) göre dağılımı Tablo 7’de verilmiştir. Sağlık ocağı grubunda modern yöntem kullananlar % 51.7 iken AÇSAP merkezi grubunda modern yöntem kullananlar 92.5’tir

Tablo 8. Kadınların son 1 yıldır en uzun süre kullandıkları aile planlaması yönteminin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı

Yöntemler	Toplum örneği		AÇSAPM'lerine Başvuranlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Tüp ligasyonu	19	6.3	3	7.5
Hap	28	9.3	8	20.0
RİA	46	15.3	15	37.5
Enjeksiyon	4	1.3	0	0.0
Kondom	58	19.3	11	27.5
Geri çekme	39	13.0	0	0.0
Emzirme	11	3.7	0	0.0
Takvim	1	0.3	0	0.0
Yöntem kullanmayanlar	94	31.3	3	7.5
Toplam	300	100.0	40	100.0

Kadınların son 1 yıldır en uzun süre kullandıkları aile planlaması yönteminin sağlık Sağlık ocağı(Toplum örneği) ve AÇSAP merkezine(Başvuranlar) göre dağılımı Tablo 8'de verilmiştir. Kadınların son bir yıldır en uzun süre kullandıkları aile planlaması yöntemleri; Sağlık ocağı gurubunda sırası ile kondom(%19.3), RİA(%15.3), hap(%9.3) iken; AÇSAP gurubunda RİA(%37.5), kondom(%27.5), hap(%20.0) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 9. Kadınların son 1 yıldır en uzun süre kullandıkları aile planlaması yöntemine karar verenin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı

Karar veren	Toplum örneği		AÇSAPM'lerine Başvuranlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Kendim	70	23.3	15	37.5
Eşim	43	14.3	1	2.5
Eşimle birlikte	124	41.3	15	37.5
Sağlık personeli yardımı ile	26	8.7	8	20.0
Akraba/arkadaş	37	12.3	1	2.5
Toplam	300	100	40	40

Tablo 9’da belirtildiği gibi Sağlık ocağı(Toplum örneği) ve AÇSAP merkezine(Başvuranlar) göre kararı veren sağlık ocağı grubunda en sık %41.3 eşi ile birlikte, AÇSAP grubunda %37.5 eşi ile birlikte ve % 37.5 kendisi olarak tespit edilmiştir.

Tablo 10. Kadınların herhangi bir zamanda kullandığı ve bildiği yöntemlerin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı

Yöntemler	Toplum örneği				AÇSAPM’lerine Başvuranlar			
	Yöntem bilme		Yöntem kullanma		Yöntem bilme		Yöntem kullanma	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
RIA	257	85.7	95	31.7	38	95.0	28	70.0
Kondom	256	85.3	107	35.7	37	92.5	26	65.0
Hap	267	89.0	79	26.3	37	92.0	18	45.0
Enjeksiyon	217	72.3	30	10.0	29	72.5	2	5.0
Tüp ligasyonu	160	53.3	16	5.3	18	45.0	0	0.0
Vazektomi	27	9.0	0	0.0	9	22.5	0	0.0
Deri altı implantları	38	12.7	0	0.0	7	17.5	0	0.0
Kadın kondomu	14	4.7	1	0.3	4	10.0	0	0.0
Diyafram-spermisit	30	10.0	0	0.0	6	15.0	0	0.0
Takvim	49	16.3	8	2.7	9	22.5	1	2.5
Geri çekme	195	65.0	116	38.7	28	70.0	18	45.0
Acil korunma hapi	25	8.3	2	0.7	9	22.5	1	2.5

Kadınların herhangi bir zamanda kullandığı ve bildiği yöntemlerin Sağlık ocağı(Toplum örneği) ve AÇSAP merkezine(Başvuranlar) göre dağılımı Tablo 10’da verilmiştir. Sağlık

ocağı gurubunda kadınların en çok bildikleri modern yöntemler sırası ile hap(%89.0), RİA(% 85.7), kondom(%85.3), enjeksiyon(%72.3) iken en çok kullandıkları modern yöntemler kondom(%35.7), RİA(%31.7), hap(%26.3), enjeksiyondur(%10.0). Sağlık ocaklarında geleneksel yöntemler içinde geri çekme en çok bilinen(%65.0) ve en çok kullanılmış olan(%38.7) yöntemdir.

AÇSAP gurubunda ise kadınların en çok bildikleri yöntemler RİA(% 95.0), kondom(%92.5), hap(%92.0) ve enjeksiyon(%72.5)'dur. En çok kullanılan yöntemler ise RİA(%70.0), kondom(%65.0), hap(%45.0), enjeksiyon(%5.0)'dur. Geleneksel yöntemlerden geri çekme en çok bilinen(%70.0) ve en çok kullanılan(%45.0) yöntemdir.

Tablo 11. Modern yöntem temin edilen yerin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı

Kurum	Toplum örneği		AÇSAPM'lerine Başvuranlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Devlet Hastanesi/ doğumevi	16	10.4	3	8.1
AÇSAP Merkezi	21	13.6	30	82.5
Sağlık Ocağı	94	60.6	4	9.4
Özel Hastane	6	3.9	0	0.0
Özel Poliklinik/Tıp Merkezi	3	1.9	0	0.0
Özel Ebe/Hemşire	1	0.7	0	0.0
Eczane/Medikal	12	7.7	0	0.0
Market/Dükkan	2	1.2	0	0.0
Toplam	155	100.0	37	100.0

Sağlık ocağı için n=155, AÇSAP merkezi için n=37 kişi üzerinden hesaplanmıştır

Modern yöntem temin edilen yerin Sağlık ocağı(Toplum örneği) ve AÇSAP merkezine(Başvuranlar) göre dağılımı Tablo 11'de verilmiştir. Sağlık ocağı gurubunda modern yöntem temin edilen yer % 60.6 ile sağlık ocağı ilk sırada yer alırken, AÇSAP gurubunda modern yöntem temin edilen yer %82.5 ile AÇSAP merkezi ilk sırada yer almıştır.

Tablo 12. Aile planlaması kullanmama nedenlerinin sağlık ocağı ve AÇSAP merkezine göre dağılımı

Kurum	Toplum rneği		AÇSAPM'lerine Başvuranlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Cinsel ilişki yok	10	16.1	1	50.0
Nadir cinsel ilişki	3	4.8	0	0.0
Menapoz/ histerektomi	7	11.3	0	0.0
Gebe kalması zor/ kısır	9	14.5	0	0.0
Kocası kısır	1	1.6	0	0.0
Kaderci	8	12.9	0	0.0
Pahalı	1	1.6	0	0.0
Temin etmeyi bilmiyor	2	3.2	0	0.0
Eşi istemiyor	17	27.4	1	50.0
Dini nedenler	2	3.2	0	0.0
Yan etki	2	3.2	0	0.0
Toplam	62	100.0	2	100.0

Sağlık ocağı(n= 62), AÇSAP merkezi(n=2) kişi üzerinden hesaplanmıştır

Aile planlaması kullanmama nedenlerinin Sağlık ocağı(Toplum rneği) ve AÇSAP merkezine(Başvuranlar) göre dağılımı Tablo 12'de verilmiştir. Sağlık ocağı gurubunda kadınların en sık aile planlaması kullanmama nedenleri sırası ile eşinin istememesi(%27.4) ve cinsel ilişki olmaması(%16.1) iken, AÇSAP gurubunda en sık nedenler cinsel ilişki olmaması(%50.0) ve eşinin istememesi(% 50.0) olarak bulunmuştur.

4.3. Aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi

Tablo 13. İlçelere göre sağlık ocaklarındaki ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik, eşgüdüm, kurum ilk başvuru, kurum kapsayıcılık puanlarının ortalama ve standart sapmaları

	İlk başvuru puanı	Kapsayıcılık puanı	Süreklilik puanı	Eşgüdüm puanı	Kurum ilk başvuru puanı	Kurum kapsayıcılık puanı
Yerleşim yerleri	*Ort-ss	Ort-ss	Ort-ss	Ort-ss	Ort-ss	Ort-ss
Merkez	69.4±16.7	60.6±31.5	44.9±34.5	21.5±35.1	82.0±18.5	69.2±48.0
Birecik	83.5±14.8	91.7±8.4	65.5±31.3	37.5±39.3	83.3±23.5	50.0±70.7
Suruç	72.1±16.5	75.5±22.4	70.4±25.3	33.3±32.9	41.6±58.9	50.0±70.7
Siverek	71.4±13.5	67.3±28.8	69.6±34.4	46.6±41.3	77.7±9.6	66.6±57.7
Harran	80.0±15.3	77.8±28.4	85.0±14.3	20.9±25.8	50.0±0.0	0.0±0.0
Hilvan	85.7±6.7	90.7±15.8	56.0±14.2	30.0±34.9	100.0±0.0	100.0±0.0
Ceylanpınar	71.4±11.6	80.0±24.9	72.0±28.9	55.0±36.8	100.0±0.0	100.0±0.0
Akçakale	73.6±19.7	71.0±24.5	68.9±33.4	60.5±42.7	91.6±11.7	50.0±70.7
Bozova	87.1±10.5	84.2±21.5	67.0±17.6	50.0±15.8	83.3±0.0	100.0± 0.0
Viranşehir	75.7±14.6	73.3±23.4	67.6±30.7	31.6±35.9	38.8±25.4	33.3±57.7
Halfeti	51.4±20.4	60.7±28.8	84.0±25.4	25.0±42.4	50.0±0.0	100.0±0.0
Toplam	72.6±16.9	69.3±28.8	59.0±33.7	30.3±37.8	74.4±26.1	63.3±49.0

*ortalama –standart sapma

İlçelere göre sağlık ocaklarındaki ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik, eşgüdüm, kurum ilk başvuru, kurum kapsayıcılık puanlarının ortalama ve standart sapmaları Tablo 13’de gösterilmiştir. Şanlıurfa toplam ilk başvuru puanı ortalaması 72.6±16.9’dur. İlk başvuru puanı açısından Halfeti ve Merkez ilçe Şanlıurfa ortalamasının altındadır. Şanlıurfa toplam kapsayıcılık puanı ortalaması 69.3±28.8’dir. Kapsayıcılık puanı açısından Halfeti, Siverek, Harran ve Merkez ilçe Şanlıurfa ortalamasının altındadır. Şanlıurfa toplam süreklilik puanı

ortalaması 59.0 ± 33.7 'dir. Süreklilik puanı açısından Hilvan ve merkez ilçe Şanlıurfa ortalamasının altında değer almışlardır. Şanlıurfa toplam eşgüdüm puanı ortalaması 30.3 ± 37.8 'dir. Eşgüdüm puanı açısından merkez ilçe, Birecik, Suruç, Siverek, Harran, Hilvan, Viranşehir, Halfeti, Şanlıurfa ortalamasının altında değer almışlardır. Şanlıurfa toplam kurum ilk başvuru puanı 74.4 ± 26.12 'dir. Kurum ilk başvuru puanı açısından Suruç, Harran, Viranşehir ve Halfeti ilçeleri ortalamasının altında değer almışlardır. Şanlıurfa toplam kurum kapsayıcılık puanı 63.3 ± 49.0 'dir. Birecik, Suruç, Harran, Akçakale, Viranşehir ilçeleri ortalamasının altında değer almışlardır.

4.3.1. İlk Başvuru Puanını Etkileyen Değişkenlerin İkili Analizlerle İncelenmesi

Tablo 14. Bazı özelliklerin ilk başvuru puanına göre ortalama-standart sapmaları

Özellikler	Yüksek puan	Düşük puan	M-W U	P
	Ort±ss	Ort±ss		
İkamet süresi	96.8±95.0	81.9±107.1	7714.00	0.01
Yaş	32.5±8.2	31.9±7.8	9048.00	0.61
Evlenme yaşı	18.9±3.3	19.2±3.8	9066.50	0.63
Gebelik sayısı	4.8±3.0	4.6±2.8	9169.00	0.74
Çocuk sayısı	3.9±2.4	3.5±2.3	8762.00	0.35

Tablo 14'te gösterildiği gibi ikamet süresi açısından yüksek ilk başvuru puanı ve düşük ilk başvuru puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Ancak yaş, evlenme yaşı, gebelik sayısı, çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 15. Sosyo-demografik özelliklerin ilk başvuru puanına göre dağılımı

Özellik	Yüksek puanlı		Düşük puanlı		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Yerleşim yeri						
Kent	173	75.5	56	24.5	11.56	0.00
Kır	38	53.5	33	46.5		
Sosyal sınıf						
İşsiz	55	77.5	16	22.5	4.47	0.10
Alt sosyal sınıf	98	64.9	53	35.1		
Orta-üst sosyal sınıf	58	74.4	20	25.6		
Türkçe bilme						
Biliyor	201	72.6	76	27.4	8.61	0.00
Bilmiyor	10	43.5	13	56.5		
Evde konuşulan dil						
Arapça*	35	53.0	31	47.0	12.14	0.00
Türkçe	86	78.9	23	21.1		
Kürtçe	90	72.0	35	28.0		
Kadın öğrenim durumu						
İlkokul üstü	91	74.6	31	25.4	1.78	0.18
Okur yazar değil	120	67.4	58	32.6		
Koca öğrenim durumu						
İlkokul üstü	165	73.7	59	26.3	4.69	0.03
Okur yazar değil	46	60.5	30	39.5		

*Fark yaratan grup

Tablo 15'te gösterildiği gibi yüksek ve düşük ilk başvuru puanları arasında yerleşim yeri, Türkçe bilme, evde konuşulan dil, koca öğrenim durumu açısından istatistiksel olarak

anlamli farklilik vardir. Arapca konuşanlarda ilk başvuru puanı daha dūřuktur. Ancak, sosyal sınıf, kadın öğrenim durumu istatistiksel olarak anlamli farklilik yaratmamıştır.

Tablo 16. Doğurganlık ile ilgili özelliklerin ilk başvuru puanına göre dağılımı

Özellik	Yüksek puanlı		Dūřük puanlı		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Yönteme karar veren						
Kendisi	56	80.0	14	20.0	39.33	0.00
Eşi*	23	53.5	20	46.5		
Eşiyle birlikte	103	83.1	21	16.9		
Sağlık personeli*	15	57.7	11	42.3		
Akraba-arkadaş*	14	37.8	23	62.2		
Ölü doğum durumu						
Yok	196	72.6	74	27.4	6.60	0.01
Var	15	50.0	15	50.0		
Kendilięinden dūřük durumu						
2 ve altı	200	70.9	82	29.1	0.78	0.37
3 ve üstü	11	61.1	7	38.9		
İstemli dūřük durumu						
Yok	194	69.3	86	30.7	1.52	0.21
Var	17	85.0	3	15.0		

*fark yaratan gurup

Tablo 17. İlk başvuru puanı için lojistik regresyon modelinde kullanılan değişkenler

Değişken			Veri tipi
İkamet süresi			Sürekli
Yerleşim yeri	Kent	Referans	Kategorik
	Kır		
Türkçe bilme	Bilme	Referans	Kategorik
	Bilmeme		
Evde konuşulan dil	Diğer	Referans	Kategorik
	Arapça		
Koca öğrenim durumu	İlkokul ve üstü	Referans	Kategorik
	Okuryazar değil		
Karar veren 1	Diğerleri	Referans	Kategorik
	Akraba/arkadaş		
Karar veren 2	Diğerleri	Referans	Kategorik
	Tek başına eşim		
Karar veren 3	Diğerleri	Referans	Kategorik
	Eşimle beraber		
Karar veren 4	Diğerleri	Referans	Kategorik
	Sağlık personeli		
Ölü doğum	Yok	Referans	Kategorik
	Var		

Tablo 16’da gösterildiği gibi yüksek ve düşük ilk başvuru puanı alanlar arasında yonteme karar veren ve ölü doğum durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Ancak kendiliğinden düşük durumu, istemli düşük durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 17’de ilk başvuru puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin birlikte değerlendirildiği lojistik regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler gösterilmiştir. Evde konuşulan dil, Arapça ve diğerleri şeklinde gruplandırılmıştır. Karar veren değişkeni 5 alt değişkenden oluşan kategorik bir değişken olduğu için (n-1) kukla değişkeni yöntemiyle 4 yeni değişken oluşturularak modele alınmıştır.

Tablo 18. İlk başvuru puanı lojistik regresyon modeli

Değişken	Regresyon katsayısı	Standart hata	P	Odds oranı	Güven aralığı
Yerleşim yeri(kır)	1.04	0.32	0.00	2.84	1.492-5.421
Konuşulan dil (Arapça)	0.13	0.35	0.71	1.13	0.565-2.297
Türkçe (bilmeme)	1.25	0.53	0.19	3.51	1.232-10.01
Koca öğrenim durumu (okur yazar değil)	0.35	0.32	0.26	1.43	0.762-2.683
Ölü doğum (var)	1.36	0.43	0.00	3.91	1.670-9.162
Karar veren (akraba-arkadaş)	2.22	0.49	0.00	9.24	3.502-24.432
Karar veren(tek başına eşi)	1.26	0.46	0.00	3.53	1.415-8.847
Karar veren (eşimle beraber)	-0.00	0.41	0.99	0.99	0.446-2.233
Karar veren (sağlık personeli)	1.19	0.53	0.02	3.30	1.155-9.452
İkamet süresi	-0.00	0.00	0.46	0.999	0.996-1.002

Tablo 18’de gösterildiği gibi ilk başvuru puanını yerleşim yerinin kır olması 2.84 kat, Türkçe bilmeme 3.51 kat, ölü doğumun 1 ve üzerinde olması 3.91 kat, karar verenin akraba /arkadaş olması 9.24 kat, karar verenin tek başına kadının eşinin olması 3.51 kat, karar verenin sağlık personeli olması 3.3 kat olumsuz etkilemektedir.

4.3.2.Kapsayıcılık Puanını Etkileyen Değişkenlerin İkili Analizlerle İncelenmesi

Tablo 19. Bazı özelliklerin kapsayıcılık puanına göre ortalama-standart sapmaları

Özellikler	Yüksek puan	Düşük puan	M-W U	P
	Ort±ss	Ort±ss		
İkamet süresi	94.6±93.8	89.9±1044.5	10436.50	0.31
Yaş	31.9±7.6	32.8±8.7	10645.00	0.46
Evlenme yaşı	18.9±3.4	19.1±3.5	11000.00	0.79
Gebelik sayısı	4.6±2.7	4.8±3.1	10984.00	0.78
Çocuk sayısı	3.9±2.3	3.6±2.5	10351.500	0.25

Tablo19’da gösterildiği gibi ikamet süresi, yaş, evlenme yaşı, gebelik sayısı, çocuk sayısı açısından yüksek kapsayıcılık puanı ve düşük kapsayıcılık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 20. Sosyo-demografik özelliklerin kapsayıcılık puanına göre dağılımı

Özellik	Yüksek puanlı		Düşük puanlı		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Yerleşim yeri						
Kent	104	45.4	125	54.6	26.4	0.00
Kır	57	80.3	14	19.7		
Sosyal sınıf						
İşsiz	36	50.7	35	49.3	1.328	0.51
Alt sosyal sınıf	86	57.0	65	43.0		
Orta-üst sosyal sınıf	39	50.0	39	50.0		
Türkçe bilme						
Biliyor	148	53.4	129	46.6	0.08	0.77
Bilmiyor	13	56.5	10	43.5		
Evde konuşulan dil						
Arapça	42	63.6	24	36.4	3.38	0.06
Türkçe	60	55	49	45		
Kürtçe	59	47.2	66	52.8		
Kadın öğrenim durumu						
İlkokul üstü	68	55.7	54	44.3	0.35	0.55
Okur yazar değil	93	52.2	85	47.8		
Koca öğrenim durumu						
İlkokul üstü	125	55.8	99	44.2	1.62	0.2
Okuryazar değil	36	47.4	40	52.6		

Tablo 20’de gösterildiği gibi yüksek ve düşük kapsayıcılık puanları arasında yerleşim yeri, açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Ancak sosyal sınıf, kadın öğrenim

durumu, Türkçe bilme, evde konuşulan dil, koca öğrenim durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır.

Tablo 21. Doğurganlık ile ilgili özelliklerin kapsayıcılık puanına göre dağılımı

Özellik	Yüksek puanlı		Düşük puanlı		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Yönteme karar veren						
Kendisi	43	61.4	27	38.6	22.29	0.00
Eşi*	17	39.5	26	60.5		
Eşiyle birlikte	74	59.7	50	40.3		
Sağlık personeli	18	69.2.	8	30.8		
Akraba-arkadaş*	9	24.3	28	75.7		
Ölü doğum durumu						
Yok	146	54.1	124	45.9	0.18	0.67
Var	15	50.0	15	50.0		
Kendiliğinden düşük sayısı						
2 ve altı	159	56.4	123	43.6	13.94	0.00
3 ve üstü	2	11.1	16	88.9		
İstemli düşük durumu						
Yok	151	53.9	129	46.1	0.01	0.91
Var	10	50	10	50		

*Fark yaratan grup

Tablo 21’de gösterildiği gibi yüksek ve düşük kapsayıcılık puanı alanlar arasında yonteme karar veren ve kendiliğinden düşük durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Ancak ölü doğum durumu ve istemli düşük durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır.

Tablo 22. Kapsayıcılık puanı için lojistik regresyon modelinde kullanılan bağımsız değişkenler

Değişken		Referans	Veri Tipi
Yerleşim yeri	Kır	Referans	Kategorik
	Kent		
Karar veren 1	Akraba/arkadaş Diğerleri	Referans	Kategorik
Karar veren 2	Tek başına eşim Diğerleri	Referans	Kategorik
Karar veren 3	Eşimle beraber Diğerleri	Referans	Kategorik
Karar veren 4	Sağlık personeli Diğerleri	Referans	Kategorik
Kendiliğinden sayısı	düşük 2 ve altı 3 ve üstü	Referans	

Tablo 22’de ilk başvuru puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin birlikte değerlendirildiği lojistik regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler gösterilmiştir. Kendiliğinden düşük sayısı 3 ve üstü, 2 ve altı olarak gruplandırılmıştır. Karar veren değişkeni 5 alt değişkenden oluşan kategorik bir değişken olduğu için (n-1) kukla değişkeni yöntemiyle 4 yeni değişken oluşturularak modele alınmıştır.

Tablo 23. Kapsayıcılık puanı lojistik regresyon modeli

Değişken	Regresyon	Standart	P	Odds oranı	Güven Aaallığı
	katsayısı	hata			
Yerleşim yeri(kır)	1.80	0.36	0.00	6.08	2.95- 12.53
Karar veren (akraba, arkadaş)	1.69	0.49	0.00	5.46	2.06- 14.45
Karar veren(tek başına eşi)	1.34	0.45	0.00	3.84	1.57-9.35
Karar veren (eşimle beraber)	-0.09	0.33	0.78	0.91	0.47-1.74
Karar veren (sağlık personeli)	-0.36	0.52	0.49	0.69	0.24-1.95
Kendiliğinden düşük sayısı(3 ve üstü)	2.07	0.77	0.00	7.99	1.75- 36.47

Tablo 23’de gösterildiği gibi kapsayıcılık puanını yerleşim yerinin kır olması 6.08 kat ,karar verenin akraba/arkadaş olması 5.46 kat, karar verenin tek başına kadının eşinin olması 3.84 kat olumsuz etkilemektedir

4.3.3.Süreklilik Puanını Etkileyen Değişkenlerin İkili Analizlerle İncelenmesi

Tablo 24. Bazı özelliklerin süreklilik puanına göre ortalama-standart sapmaları

Özellikler	Yüksek puan	Düşük puan	M-W U	P
	Ort±ss	Ort±ss		
İkamet süresi	94.4±101.5	90.1±95.8	10475.50	0.34
Yaş	32.2±7.9	32.5±8.4	10868.00	0.67
Evlenme yaşı	19.2±3.6	18.8±3.3	10406.50	0.29
Gebelik sayısı	4.7±2.8	4.7±3.0	11054.50	0.86
Çocuk sayısı	3.9±2.3	3.7±2.5	10374.50	0.27

Tablo 24’te gösterildiği gibi ikamet süresi yaş, evlenme yaşı, gebelik sayısı, çocuk sayısı açısından yüksek ve düşük ilk başvuru puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 25. Sosyo-demografik özelliklerinin süreklilik puanına göre dağılımı

Özellik	Yüksek puanlı		Düşük puanlı		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Yerleşim yeri						
Kent	107	46.7	122	53.3	20.61	0.00
Kır	55	77.5	16	22.5		
Sosyal Sınıf						
İşsiz	43	60.6	28	39.4	2.59	0.27
Alt sosyal sınıf	82	54.3	69	45.7		
Orta-üst sosyal sınıf	37	47.4	41	52.6		
Türkçe bilme						
Biliyor	149	53.8	128	46.2	0.64	0.8
Bilmiyor	13	56.5	10	43.5		
Evde konuşulan dil						
Arapça	40	60.6	26	39.4	1.48	0.22
Türkçe	57	52.3	52	47.7		
Kürtçe	122	52.0	112	48.0		
Kadın öğrenim durumu						
İlkokul üstü	64	52.5	58	47.5	0.19	0.65
Okur yazar değil	98	55.1	80	44.9		
Koca öğrenim durumu						
İlkokul üstü	119	53.1	105	46.9	0.27	0.60
Okur yazar değil	43	56.6	33	43.4		

Tablo 25’te gösterildiği gibi yüksek ve düşük süreklilik puanları arasında yerleşim yeri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Ancak Türkçe bilme, evde konuşulan dil, koca öğrenim durumu, sosyal sınıf, kadın öğrenim durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır.

Tablo 26. Doğurganlık ile ilgili özelliklerinin süreklilik puanına göre dağılımı

Özellik	Yüksek puanlı		Düşük puanlı		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Yönteme karar veren						
Kendisi	43	61.4	27	38.6	9.41	0.05
Eşi	23	53.5	20	46.5		
Eşiyle birlikte	65	52.4	59	47.6		
Sağlık personeli	18	69.2	8	30.8		
Akraba-arkadaş	13	35.1	24	64.9		
Ölü Doğum Durumu						
Yok	145	53.7	125	46.3	0.95	0.75
Var	17	56.7	13	43.3		
Kendiliğinden düşük sayısı						
2 ve altı	156	55.3	126	44.7		
3 ve üstü	6	33.3	12	66.7		
İstemli düşük sayısı						
Yok	150	53.6	130	46.4	0.31	0.57
Var	12	60.0	8	40.0		

Tablo 26’da gösterildiği gibi yüksek ve düşük süreklilik puanı alanlar arasında yöntemle karar veren, ölü doğum durumu, kendiliğinden düşük durumu, istemli düşük durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 27. Süreklilik puanı için lojistik regresyon modelinde kullanılan bağımsız değişkenler

Değişken	Veri tipi	
Yerleşim yeri	Kent	Referans
	Kır	

Tablo 27’de süreklilik puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin birlikte değerlendirildiği lojistik regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler gösterilmiştir.

Tablo 28. Süreklilik puanı lojistik regresyon modeli

Değişken	Regresyon katsayısı	Standart hata	P	Odds oranı	Güven aralığı
Yerleşim yeri(kır)	1.58	0.32	0.00	4.89	2.58-9.27

Tablo 28’de gösterildiği gibi süreklilik puanını yerleşim yerinin kır olması 2.84 kat olumsuz etkilemektedir.

4.3.4. Eşgüdüm Puanını Etkileyen Değişkenlerin İkili Analizlerle İncelenmesi

Tablo 29. Bazı özelliklerin eşgüdüm puanına göre ortalama-standart sapmaları

Özellikler	Yüksek Puan	Düşük Puan	M-W U	P
	Ort±ss	Ort±ss		
İkamet süresi	95.8±105.0	89.7±93.8	10836.500	0.73
Yaş	31.6±8.21	32.9±8.0	9915.500	0.11
Evlenme yaşı	18.7±3.3	19.2±3.5	10133.500	0.19
Gebelik sayısı	4.8±3.0	4.6±2.9	10645.00	0.55
Çocuk sayısı	3.9±2.4	3.7±2.4	10428.500	0.37

Tablo 29’da gösterildiği gibi ikamet süresi, yaş, evlenme yaşı, gebelik sayısı, çocuk sayısı açısından yüksek ve düşük eşgüdüm puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 30. Sosyo-demografik özelliklerin eşgüdüm puanına göre dağılımı

Özellik	Yüksek puanlı		Düşük puanlı		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Yerleşim yeri						
Kent	91	39.7	138	60.3	7.13	0.00
Kır	41	57.7	30	42.3		
Sosyal sınıf						
İşsiz	31	43.7	40	56.3	0.91	0.63
Alt sosyal sınıf	70.	46.4	81	53.6		
Orta-üst sosyal sınıf	31	39.7	47	60.3		
Türkçe bilme						
Biliyor	121	43.7	156	56.3	0.14	0.70
Bilmiyor	11	47.8	12	52.2		
Evde konuşulan dil						
Arapça	33	50.0	33	50.0	1.23	0.53
Türkçe	46	42.2	63	57.8		
Kürtçe	53	52.4	72	57.6		
Kadın öğrenim durumu						
İlkokul üstü	54	44.3	68	55.7	0.00	0.94
Okuryazar değil	78	43.8	100	56.2		
Koca öğrenim durumu						
İlkokul üstü	100	44.6	124	55.4	0.14	0.70
Okuryazar değil	32	42.1	44	57.9		

Tablo 30'da gösterildiği gibi yüksek ve düşük eşgüdüm puanları arasında yerleşim yeri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Ancak sosyal sınıf, kadın öğrenim

durumu, Türkçe bilme, evde konuşulan dil, koca öğrenim durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır

Tablo 31. Doğurganlık ile ilgili özelliklerin eşgüdüm puanına göre dağılımı

Özellik	Yüksek puanlı		Düşük puanlı		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Yönteme karar veren						
Kendisi *	41	58.6	29	41.4	10.7	0.03
Eşi	18	41.9	25	58.1		
Eşiyle birlikte	46	37.1	78	62.9		
Sağlık personeli	14	53.8	12	46.2		
Akraba-arkadaş	13	35.1	24	64.9		
Ölü doğum durumu						
Yok	119	44.1	151	55.9	0.00	0.93
Var	13	43.3	17	56.7		
Kendiliğinden düşük sayısı						
2 ve altı	126	44.7	156	55.3	0.88	0.34
3 ve üstü	6	33.3	12	66.7		
İstemli düşük durumu						
Yok	144	45.3	174	54.7		
Var	11	50.0	11	50.0		

*Fark yaratan grup

Tablo 31’de gösterildiği gibi yüksek ve düşük eşgüdüm puanı alanlar arasında yonteme karar veren açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Ancak ölü doğum durumu,

istemli düşük ve kendiliğinden düşük durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır.

Tablo 32. Eşgüdüm puanı için lojistik regresyon modelinde kullanılan bağımsız değişkenler

Değişken			Veri Tipi
Yerleşim yeri	Kır Kent	Referans	Kategorik
Karar veren 1	Akraba/arkadaş Diğerleri	Referans	Kategorik
Karar veren 2	Tek başına eşim Diğerleri	Referans	Kategorik
Karar veren 3	Eşimle beraber Diğerleri	Referans	Kategorik
Karar veren 4	Sağlık personeli Diğerleri	Referans	Kategorik

Tablo 32’de ilk başvuru puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin birlikte değerlendirildiği lojistik regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler gösterilmiştir. Karar veren değişkeni 5 alt değişkenden oluşan kategorik bir değişken olduğu için (n-1) kukla değişkeni yöntemiyle 4 yeni değişken oluşturularak modele alınmıştır.

Tablo 33. Eşgüdüm puanı lojistik regresyon modeli

Değişken	Regresyon	Standart	P	Odds	Güven
	katsayısı	hata			
Yerleşim yeri(kent)	1.91	0.36	0.00	6.81	3.32-13.98
Karar veren (akraba, arkadaş)	1.67	0.49	0.00	5.35	2.04-14.04
Karar veren(tek başına eşi)	1.31	0.45	0.00	3.73	1.54-9.00
Karar veren (eşimle beraber)	-0.08	0.32	0.78	0.91	0.48-1.72
Karar veren (sağlık personeli)	-0.38	0.51	0.45	0.67	0.24-1.86

Tablo 33'te gösterildiği gibi eşgüdüm puanını yerleşim yerinin kır olması 6.81 kat, karar verenin akraba/arkadaş olması 5.35 kat, karar verenin tek başına kadının eşinin olması 3.73 kat olumsuz etkilemektedir

4.3.5. Kurum ilk başvuru puanını etkileyen değişkenlerin incelenmesi

Tablo 34. Yerleşim yeri özelliğinin kurum ilk başvuru puanına göre dağılımı

Özellik	Yüksek puanlı		Düşük puanlı		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Kent	17	63.0	10	37.0	1.315	0.25
Kır	6	85.7	1	14.3		

Tablo 34’te gösterildiği gibi yerleşim yeri açısından yüksek ve düşük kurum ilk başvuru puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 35. Kurum ilk başvuru puanı durumuna göre bazı özelliklerin ortalama ve standart sapmaları

Özellikler	Yüksek Puan		Düşük Puan		M-W U	P
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Hekim başına düşen nüfus	2087.26±916.74	3011.46±2263.92	71.00	0.14		
Hemşire başına düşen nüfus	785.98±578.44	834.24±314.60	80.00	0.29		
Merkez ilçeye uzaklık	44.58±45.62	64.73±47.11	82.00	0.33		

Tablo 35’te gösterildiği gibi hekim başına düşen nüfus, hemşire başına düşen nüfus, merkez ilçeye uzaklık açısından yüksek ve düşük kurum ilk başvuru puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

4.3.6 Kurum kapsayıcılık puanını etkileyen değişkenlerin incelenmesi

Tablo 36. Yerleşim yeri özelliğinin kurum kapsayıcılık puanına göre dağılımı

Özellik	Yüksek puanlı		Düşük puanlı		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Kent	18	66.7	9	33.3	0.58	0.81
Kır	5	71.4	2	28.6		

Tablo 36’da gösterildiği gibi yerleşim yeri açısından yüksek ve düşük kurum kapsayıcılık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 37. Kurum kapsayıcılık puanı durumuna göre bazı özelliklerin ortalama ve standart sapmaları

Özellikler	Yüksek Puan	Düşük Puan	M-W U	P
	Ort±ss	Ort±ss		
Hekim başına düşen nüfus	2299.04±981.88	2645.65±2326.81	98.00	0.78
Hemşire başına düşen nüfus	746.92±346.14	901.71±685.93	100.00	0.84
Uzaklık	51.42±50.60	52.91±40.48	95.50	0.69

Tablo 37’de gösterildiği gibi hekim başına düşen nüfus, hemşire başına düşen nüfus, merkez ilçeye uzaklık açısından yüksek ve düşük kurum kapsayıcılık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

4.4. Kapsama düzeyi ve etkileyen değişkenlerin ikili analizlerle incelenmesi

Şanlıurfa genelinde verilen hizmetlerin aile planlaması hizmetine ihtiyacı olanları kapsama düzeyi %51.7(n=155)’dir.

Tablo 38. Bazı özelliklerin kapsama düzeyine göre ortalama-standart sapmaları

Özellikler	Kapsanan	Kapsanmayan	M-W U	P
	Ort±ss	Ort±ss		
İkamet süresi	96.3±94.5	98.4±109.8	6066.00	0.54
Yaş	32.7±7.7	32.5±8.9	5920.50	0.38
Evlenme yaşı	18.5±2.9	19.0±3.6	6046.50	0.52
Gebelik sayısı	5.0±2.7	4.7±3.1	5970.00	0.43

Çocuk sayısı	4.2±2.3	3.7±2.4	5894.00	0.35
Hekim başına düşen nüfus*	2309.5±1014.3	2741.3±2205.1	94.00	0.92
Hemşire başına düşen nüfus*	813.0±616.3	829.4±327.1	73.00	0.28
Kurumun kent merkezine uzaklığı*	63.6±52.7	40.2±36.9	72.5	0.27

*n=30 kurum üzerinden değerlendirilmiştir.

Bazı özelliklerin kapsama düzeyine göre ortalama-standart sapmaları Tablo 38'de gösterilmiştir. İkamet süresi, yaş, evlenme yaşı, gebelik sayısı, çocuk sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, istemli düşük sayısı, ölü doğum sayısının kapsama düzeyine etkisi gösterilmemiştir.

Tablo 39. Sosyo-demografik özelliklerin kapsama düzeyine göre dağılımı

Özellik	Kapsanan		Kapsanmayan		X²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Yerleşim yeri						
Kent	153	63.0	90	37.0	0.08	0.76
Kır	39	60.9	25	39.1		
Sosyal sınıf						
İşsiz	47	61.8	29	38.2	0.74	0.69
Alt sosyal sınıf	88	60.7	57	39.3		
Orta-üst sosyal sınıf	57	66.3	29	33.7		
Türkçe bilme						

Biliyor	149	96.1	102	90.3	3.78	0.05
Bilmiyor	6	3.9	11	9.7		
Evde konuşulan dil						
Türkçe*	93	73.2	34	26.8	10.90	0.04
Arapça	32	58.2	23	41.8		
Kürtçe	67	53.6	58	46.4		
Kadın öğrenim durumu						
İlkokul üstü	73	67.6	35	32.4	6.40	0.01
Okuryazar değil	82	51.3	78	48.8		
Koca öğrenim durumu						
İlkokul üstü	118	58.4	84	41.6	0.37	0.84
Okuryazar değil	37	56.1	29	43.9		

*Fark yaratan grup

Sosyo-demografik özelliklerin kapsama düzeyine göre dağılımı Tablo 39'da gösterilmiştir. Yerleşim yeri, sosyal sınıf, Türkçe bilme durumu, koca öğrenim durumu açısından kapsanan ve kapsanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ancak, evde konuşulan dil ve kadın öğrenim durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmıştır.

Tablo 40. Doğurganlık ile ilgili özelliklerin kapsama düzeyi puanına göre dağılımı

Özellik	Kapsanan		Kapsanmayan		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Yönteme karar veren						
Kendisi	46	71.9	18	28.1	33.88	0.00
Eşi*	17	42.5	23	57.5		
Eşiyle birlikte	71	63.4	41	36.6		
Sağlık personeli	17	70.8	7	29.2		
Akraba-arkadaş	4	14.3	24	85.7		
Ölü doğum durumu						
Yok	174	62.4	105	37.6	0.04	0.84
Var	18	64.3	10	35.7		
Kendiliğinden düşük durumu						
2 ve altı	188	64.2	105	35.8	7.22	0.00
3 ve üstü	4	28.6	10	71.4		
İstemli düşük durumu						
Yok	174	61.1	111	38.9	3.759	0.05
Var	18	81.8	4	18.2		

Tablo 40'da gösterildiği gibi kapsanan ve kapsanmayanlar arasında yönteme karar veren ve kendiliğinden düşük durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Ancak ölü doğum durumu ve istemli düşük durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır

Tablo 41. Aile planlaması değerlendirme puan ortalama-standart sapmalarının kapsama düzeyine göre dağılımı

	Kapsanan	Kapsanmayan	M-W U	P
	Ort±ss	Ort±ss		
İlk başvuru puanı	79.4±16.1	66.7±14.0	4869.50	0.00
Kapsayıcılık puanı	77.8±24.2	60.1±30.6	6016.50	0.00
Süreklilik puanı	64.6±31.0	52.0±35.7	7061.50	0.00
Eşgüdüm puanı	35.4±39.0	22.1±30.0	7124.00	0.00
Kurum ilk başvuru puanı*	81.2±21.8	63.8±30.0	57.50	0.06
Kurum kapsayıcılık puanı*	62.5±50.0	66.6±49.2	92.00	0.82

*n= 30 kurum üzerinden değerlendirilmiştir.

Aile planlaması değerlendirme puan ortalama-standart sapmalarının kapsama düzeyine göre dağılımı Tablo 41’de gösterilmiştir. Kapsananlarda ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdüm puanları kapsanmayanlara göre yüksek bulunmuştur ve farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Kapsananlar ve kapsanmayanlar arasında kurum ilk başvuru ve kurum kapsayıcılık puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 42. Kapsama düzeyi lojistik regresyon modelinde kullanılan değişkenler

Değişken			Veri Tipi
Evde konuşulan dil	Türkçe	Referans	kategorik
	Diğerleri		
Kadın öğrenim durumu	İlkokul ve üstü	Referans	Kategorik
	Okuryazar değil		
Karar veren 1	Diğerleri	Referans	Kategorik
	Akraba/arkadaş		
Karar veren 2	Diğerleri	Referans	Kategorik
	Tek başına eşim		
Karar veren 3	Diğerleri	Referans	Kategorik
	Eşimle beraber		
Karar veren 4	Diğerleri	Referans	Kategorik
	Sağlık personeli		
Kendiliğinden düşük	2 ve altı	Referans	
	3 ve üstü		
İlk başvuru puanı	Yüksek	Referans	Kategorik
	Düşük		
Kapsayıcılık puanı	Yüksek	Referans	Kategorik
	Düşük		
Süreklilik puanı	Yüksek	Referans	Kategorik
	Düşük		
Eşgüdüm puanı	Yüksek	Referans	Kategorik
	Düşük		

Tablo 42’de lojistik regresyon modelinde kullanılan değişkenlerin birlikte değerlendirildiği lojistik regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler gösterilmiştir. “Karar veren değişkeni” 5 alt değişkenden oluşan kategorik bir değişken olduğu için (n-1) kukla değişkeni yöntemiyle 4 yeni değişken oluşturularak, “ilk başvuru”, “kapsayıcılık”, “süreklilik”, “eşgüdüm” puanları median puanına göre yüksek ve düşük olarak kategorik hale getirilerek, “evde konuşulan dil” değişkeni Türkçe ve Arapça-Kürtçe olarak gruplandırılarak modele eklenmiştir.

Tablo 43. Kapsama düzeyi lojistik regresyon analiz sonuçları

Değişken	Regresyon	Standart	P	Odds	Güven
	katsayısı	hata			
Evde konuşulan dil(Arapça-Kürtçe)	0.54	0.29	0.06	1.71	0.95-3.08
Kadın öğrenim durumu(Okur yazar değil)	-0.16	0.33	0.06	0.84	0.43-1.64
Karar veren (akraba-arkadaş)	2.37	0.64	0.00	10.72	3.04-37.73
Karar veren(tek başına eşi)	0.94	0.44	0.03	2.56	1.06-6.17
Karar veren (eşimle beraber)	0.45	0.35	0.19	1.57	0.79-3.15
Karar veren (sağlık personeli)	-0.22	0.55	0.68	0.79	0.27-2.35
Kendiliğinden düşük durumu(3 ve üstü)	1.28	0.65	0.05	3.59	0.99-13.04
İlk başvuru puanı(düşük)	0.79	0.33	0.01	2.21	1.15-4.22
Kapsayıcılık puanı(düşük)	0.72	0.31	0.02	2.07	1.12-3.83
Süreklilik puanı(düşük)	-0.08	0.33	0.80	0.92	0.47-1.78
Eşgüdüm(düşük)	0.49	0.37	0.11	1.64	0.89-3.04

Tablo 43’de gösterildiği gibi karar verenin akraba-arkadaş olması 10.7 kat, karar verenin tek başına eşi olması 2.5 kat, ilk başvuru puanının düşük olması 2.2 kat, kapsayıcılık puanının düşük olması 2.0 kat kapsanmayı olumsuz etkilemektedir.

TARTIŞMA

Araştırmada, toplum örneğinde kadınların ortalama yaşı 32.3 ± 8.1 iken ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerine müracaat edenlerde 34.7 ± 8.2 'dir. Bu sonuçlar Tokuç ve Kaya tarafından saptanan 32.5 ± 7.3 ve 32.1 ± 6.21 değerleri ile uyumludur(67).

Bu çalışmada kadınların evlenme yaşı toplum örneğinde 20.1 ± 4.4 , bulunurken ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde 20.1 ± 4.2 dir. Bu bulgular Bolu'da saptanan 20.0 ve 2008 TNSA 20.8 ile benzerlik göstermektedir(65,68).

Bu çalışmada toplum örneğinde gebelik sayısı 4.7 ± 2.9 , ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerine başvuranlarda 3.8 ± 2.4 iken Bolu'da 2.8, Isparta'da 2.2, Sivas'ta 3.3, Elazığ'da 3.7'dir. Yine bu çalışmada toplum örneğinde çocuk sayısı 3.8 ± 2.4 ve AÇSAP merkezlerinde 3.4 ± 2.1 dir. TNSA 2008'e göre toplam doğurganlık hızı Türkiye için 2.16, iken GAP ya da Güneydoğu Anadolu Bölgesi için 3.47'dir. Buradan da anlaşılacağı gibi Şanlıurfa'nın da içinde bulunduğu Güneydoğu Anadolu Bölgesinde doğurganlık hala yüksektir(65,68,69,70,71,72).

Bu çalışmada toplum örneğinde ve AÇSAP merkezleri için saptanan kendiliğinden düşük sayısı, istemli düşük sayısı ve ölü doğum sayısı(sağlık ocakları için sırası ile 0.5 ± 0.9 , 0.09 ± 0.3 , 0.1 ± 0.5 AÇSAP merkezler için sırası ile 0.2 ± 0.4 , 0.05 ± 0.2 , 0.08 ± 0.2) Bingöl'de saptanan 0.07 ± 0.35 , 0.02 ± 0.18 ve 0.06 ± 0.31 değerlerinden oldukça yüksektir(67). 2008 TNSA'da da belirtildiği gibi Şanlıurfa'da bu değerlerin daha yüksek olması muhtemelen çok yüksek olan doğurganlık düzeyinden kaynaklanmaktadır. İstemli düşük ve ölü doğum sayısı fazla olanların AÇSAP merkezlerine daha fazla başvuru yapması muhtemelen daha fazla uzman gereksinimine ihtiyaç duymalarından kaynaklanmaktadır. Sağlık ocağı örneği belirli bir nüfusu ve bölgesi olduğu için tüm Şanlıurfa'yı temsil edecek şekilde seçilmişlerdir. Ancak, AÇSAP merkezleri sadece başvuruya hizmet vermekte ve kent merkezlerinde olduğu için hizmet alanların genellikle seçilmiş bir grup olmasına neden olmaktadır. Bu durum araştırmanın diğer bulgularına da yansımaktadır(65).

Araştırmada hem toplum örneğinde hem de AÇSAP merkezine başvuranlarda işsizlik oldukça yüksektir. Toplum örneğinde gelir sağlanan temel işler işçilik ve çiftçilik ve esnafıktır. Sosyal sınıf profiline bakıldığında en sık gelir sağlanan işlerde % 20.7 işçilik ilk sırada yer alırken % 23.7 oranında işsizlik olması dikkat çekici bir unsur olarak değerlendirilmiştir. Şanlıurfa, Kahramanmaraş, Hatay illerinde yapılan bir çalışmada il genel

meclis üyelerine en çok talep % 24.6 ile işsizlik şikayeti olmuş ve çalışmamızla paralellik göstermektedir(73).

AÇSAP bölgesinde öne çıkan memur ve mevsimlik tarım işçiliği profilinin nedeni ise muhtemelen AÇSAP merkezinin bulunduğu bölgenin mevsimlik tarım işçilerinin yaşadığı bölgeye daha yakın olması ve AÇSAP' başvuranların eğitim düzeyinin daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmada toplum örneğinde kadınlar %40.6 ilkokul ve üstü eğitim düzeyi ile AÇSAP merkezine başvuran kadınlardan(% 62.5) daha az eğitim almışlardır. Toplum örneğinde kadınlar için belirtilen ilkokul ve üzeri eğitim düzeyi TNSA–2008 GAP bölgesi için belirtilen %47.1 sonucundan da daha düşük düzeydedir. Bu sonuçlar, Şanlıurfa'daki kadınların eğitim düzeyinin GAP bölgesi içindeki şehirlerden daha düşük olduğunu göstermektedir(65).

Araştırmada toplum örneğinde kadınların eşleri %25,3'ünün ilkokul altı, AÇSAP merkezinde ise kadınların eşlerinin % 12,5'inin ilkokul altı düzeyde eğitim aldıkları tespit edilmiş ve kadınların eşlerinin kendilerinden daha eğitilmiş oldukları görülmektedir. Bu durum Şanlıurfa ilinde kız çocuklarının okula gönderilmemesinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Araştırmada toplum örneğinde kadınlar tarafından en çok konuşulan dil %41.7 ile Kürtçe iken AÇSAP merkezi grubunda en çok konuşulan dil %72.5 ile Türkçe olarak tespit edilmiştir. Toplum örneğinde sonuçları Aksoy'un Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesi için yaptığı araştırma sonuçları ile uyumludur. AÇSAP merkezine başvuranların daha çok Türkçe konuşması aynı zamanda daha eğitilmiş olmaları ile de ilişkilidir(74).

Bu araştırmada toplum örneğinde modern yöntem kullanma oranı % 51.7'dir. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik ve Eylem Planında (2005-2015) ülke hedefi 2013 yılına kadar Şanlıurfa için % 24'lük açığın kapatılması için çalışmalar yapılması gereklidir. Bu noktada yine ülke hedefi olan 2010 yılına kadar tüm birinci basamak hizmet birimlerinde(sağlık ocağı,AÇSAP,hastaneler ve özel muayenehaneler)en az % 80 üç farklı yöntem hedefine ulaşılması ile mümkün olacaktır.iken AÇSAP merkezi grubunda modern yöntem kullananlar %92.5'dir. AÇSAP merkezine başvuranlar özellikle aile planlaması hizmeti almak için başvurduğu için bu sonuç beklenildiği gibidir. Bu araştırmada saptanan modern yöntem kullanımı TNSA 2008'de Güneydoğu Anadolu Bölgesi için belirtilen %37.9

değerinden daha yüksektir. Bu farklılığın birinci nedeni bu araştırmalar arasındaki yaklaşık 5 yıllık süreden kaynaklanmaktadır. İkincisi ise Şanlıurfa'da aile planlamasına yönelik yapılan özel ve kamu kaynaklı projeler ve birinci basamak çalışmalarında bu konuya yönelik daha fazla çaba gösterilmesinden kaynaklanmaktadır(65,75,76).

Bu çalışmada toplum örneğinde kadınların son 1 yıldır en uzun süre kullandıkları ilk üç modern aile planlaması yöntemi sırası ile kondom(%19.3), RİA (%15.3), hap(%9.3)'tir. Bu durum, 2008 TNSA'da Güneydoğu Anadolu Bölgesi için belirtilen (RİA %13.5, kondom %9.3, hap %5.4) sıralamadan farklıdır. Muhtemelen yapılan çalışmaların etkisi ile kondom daha fazla olmak üzere ilk üç yöntemde de artış gözlenmektedir. Bolu'da yapılan çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kayseri ve Sivas'ta yapılan çalışmalarda bu sıralama yer değiştirmektedir. Toplumlar arasında bu farklılıklar gözlenebilmektedir(65,70,76,77).

Bu çalışmada toplum örneğinde kadınların en çok bildikleri modern yöntemler(hap %89.0, RİA % 85.7, kondom %85.3, enjeksiyon %72.3) aynı zamanda her hangi bir zamanda en çok kullandıkları modern yöntemlerdir(kondom %35.7, RİA %31.7, hap %26.3, enjeksiyon %10.0). Bu sıralama 2008 TNSA'da belirlenenlerle benzerdir. Bu yöntemlerin çok bilinmesi ve kullanılmasında muhtemelen kamu sağlık kurumları tarafından ücretsiz olarak sağlanmasının etkisi çok büyüktür. Hem bu araştırmada hem de 2008 TNSA'da en çok bilinen ve kullanılan geleneksel yöntem geri çekme olarak belirtilmektedir(65).

Bu çalışmada toplum örneğinde kullanılacak aile planlaması yöntemine eşi ile birlikte karar verenlerin 2008 TNSA'ya göre azaldığı bunun yerine akraba-arkadaş ve sağlık personeli etkisinin arttığı görülmektedir. Bu tür sosyal ve demografik olaylara ilişkin kararların kadının statüsü ile doğrudan ilişkili olduğu düşünülürse bu sonuçların bölge için beklenilir olduğu söylenebilir(65).

Bu araştırmada, AÇSAP merkezine başvuranlar en çok modern yöntem temin ettikleri yer olarak AÇSAP merkezlerini(%82.5) belirtmişlerdir. toplum örneğinde ise en çok modern yöntem temin edilen yer % 60.6 ile sağlık ocaklarıdır. Bu durum aile planlaması ihtiyaçlarının karşılanmasında sağlık ocaklarının hala çok önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Ankara'da yapılan bir araştırmada aile planlaması hizmetleri için sağlık ocaklarının kullanımını %80.2 olarak belirtmişlerdir(78).

Araştırmada, en sık aile planlaması kullanmama nedenleri sırası ile eşinin istememesi(%27.4) ve cinsel ilişki olmaması(% 16.1)'dir. Bolu ve Bingöl'de yapılan

araştırmalarda da cinsel ilişki olmaması ve eşinin istememesi en sık kullanmama nedenleri olarak belirtilmiştir. Erkeklerin yöntem kullanmama nedenleri olarak ocuk sahibi olmayı isteme %69.6 olarak ön plana çıkmaktadır (67,68) .

Hizmet kullancısına sorarak elde edilen ilk başvuru puanı ulaşılabilirliği ve hizmet kullanımındaki davranışsal özellikleri göstermektedir. İlk başvuru puanı ortalamasının diğer değerlendirme puanları ile karşılaştırıldığında daha iyi olduğu söylenebilir. İlk başvuru puanı açısından birisi merkez ilçe olmak üzere 5 ilçe(%45.4) şanlıurfa ortalamasının altındadır. Kurum ilk başvuru puanı, kurumda yapılmış ve hizmetin ulaşılabilirliğini ölçmek için kullanılmıştır. Kurum ilk başvuru puanı açısından dört ilçe(%36.3) şanlıurfa ortalamasının altında değer almışlardır. Hizmet kullancısından elde edilen ilk başvuru puanı ile kurum değerlendirmesi ile yapılan ilk başvuru puanı bir birine yakın olması kurumda hizmetin ulaşılabilirliğini sağlayan alt yapı olanaklarının hizmet kullancısının davranışsal özelliklerine de benzer düzeyde yansdığını söylemek mümkündür. Birinci basamak kurumunun kırsal alanda olması, hizmet kullancılarının Türkçe bilmemesi ilk başvuruyu azaltmaktadır. Kadının l doğum yapması muhtemelen uzman hekim gereksinimine neden olmakta ve aile planlaması hizmetleri için sağlık ocağına ilk başvuruyu olumsuz etkilemektedir. Aile planlaması yöntemi seçimi, kullanımı konusunda akraba-arkadaş, tek başına eşi, sağlık personeli gibi kadının kendisi dışında bir başkasının karara katılımı ya da etkilemesi de önemli düzeyde birinci basamak sağlık kuruluşlarına aile planlaması hizmeti için ilk başvuruyu olumsuz etkilemektedir.

Kapsayıcılık puanı açısından birisi merkez ilçe olmak üzere 3 ilçe(%27.2) şanlıurfa ortalamasının altındadır. Kurum kapsayıcılık puanı açısından beş ilçe ortalamasının altında değer almıştır. Hizmet kullancısından elde edilen puan ile kurum değerlendirmesinden elde edilen puanların bir birine yakın olması elde edilen puanların tutarlı olduğunu düşündürmektedir. Birinci basamak kurumunun kentsel alanda olması kapsayıcılığı olumsuz etkilemektedir. Aile planlaması yöntemi seçimi, kullanımı konusunda akraba-arkadaş, tek başına eşi gibi kadının kendisi dışında bir başkasının karara katılımı kadının gereksinimlerini yönlendirmekte ve kapsayıcılık puanını olumsuz etkilemektedir.

Süreklilik puanı açısından birisi merkez ilçe olmak üzere 2 ilçe(%18.8) şanlıurfa ortalamasının altında değer almışlardır. Karşılaştırmak için net bir kriter olmamakla birlikte bu sonuçlara göre süreklilik puanının orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. AP hizmetleri süreklilik puanı, ilk başvuru ve kapsayıcılık puanlarından daha düşük bulunmuştur. Benzer sonuç Bambal ve arkadaşlarının Manisa'da bir aile sağlığı merkezinde yaptıkları çalışmada da belirtilmiş ve bu durum tutumun

davranışa dönüştürülememesi ile açıklanmıştır(79). Özellikle, Şanlıurfa'da kentsel alanda bulunmak birinci basamak sağlık kurumlarında aile planlaması hizmetleri sürekliliğini olumsuz etkilemektedir.

Eşgüdüm puanı açısından birisi merkez ilçe olmak üzere 3 ilçe(%27.2) Şanlıurfa ortalamasının altında değer almışlardır. Değerlendirme özellikleri arasında en kötü düzeyde olan eşgüdüm puanıdır. Lağarlı ve arkadaşları tarafından Manisa'da yapılan aile hekimliği pilot birimlerindeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi çalışmasında da eşgüdüm puanı en düşük puandır. Aynı çalışmada eşgüdümün sağlanması için sevk zincirinin bir an önce yapılması gerektiği vurgulanmaktadır(80).

Şanlıurfa'da birinci basamak kurumunun kentsel alanda olması AP hizmetleri açısından eşgüdümü olumsuz etkilemektedir. Aile planlaması yöntemi seçimi, kullanımı konusunda akraba-arkadaş, tek başına eşi gibi kadının kendisi dışında bir başkasının kararı belirlemesi ya da etkilemesi de eşgüdümü olumsuz etkilemektedir.

Kurumda yapılan değerlendirme puanları daha iyi olmakla birlikte hizmet kullanıcıdan elde edilen tüm değerlendirme puanlarının merkez ilçede düşük olması düşündürücüdür. İkinci basamak sağlık kuruluşlarına ulaşımın daha kolay olması muhtemel bir neden olabilir.

Şanlıurfa genelinde verilen hizmetlerin aile planlaması hizmetine ihtiyacı olanları kapsama düzeyi %51.7(n=155)'dir. Kadınların %48.3'ü istenmeyen ya da riskli gebeliklere adaydır ve bu değer oldukça yüksektir. Özellikle aile planlaması yöntemine karar verenlerin tek başına eş, arkadaş ya da akraba gibi bir başkasının olması kadının kapsanmamasında çok önemli faktörlerdir. %59.4 düzeyinde eğitimsiz olan bu kadınların eğitim düzeyinin ve sosyal statüsünün yükseltilmesi için yapılacak her çalışma son derece önemlidir. Öte yandan birinci basamak sağlık kuruluşlarının ilk başvuru yeri olma niteliğini geliştirmek ve kapsayıcı sağlık hizmeti sunmalarını sağlamak da kadınların aile planlaması kullanımı açısından kapsama düzeyini yükseltecektir.

Sonuç olarak;

Şanlıurfa'da doğurganlık yüksektir

Ailelerin %23.7'sinin gelir sağladığı bir işi yoktur

Kadınların %6.7'si göçebe tarım işçisidir

Modern aile planlaması kullanımı %51.7'dir

%60.6'sı aile planlaması yöntemini sağlık ocaklarından karşılamaktadır

En sık aile planlaması yöntemi kullanmama nedeni %27.4 eşinin istememesidir

Aile planlaması hizmetleri açısından;

Sağlık ocağına ilk başvuru, kırsal alanda olma, Türkçe bilmeme, ölü doğum yapma, aile planlaması yöntemi kararına kadın dışında bir başkasının müdahalesi olumsuz etkilemektedir.

Sağlık ocağı kapsayıcılığını, kentsel alanda olmak, aile planlaması yöntemi kararına kadın dışında bir başkasının müdahalesi olumsuz etkilemektedir.

Sağlık ocağı süreklilik puanını, kentsel alanda olmak olumsuz etkilemektedir.

Sağlık ocağı eşgüdüm puanını, kentsel alanda olmak, aile planlaması yöntemi kararına kadın dışında bir başkasının müdahalesi olumsuz etkilemektedir.

Sunulan hizmetlerin kapsama düzeyi %51.7'dir.

Aile planlaması hizmetlerinin kapsama düzeyini yükseltmek için, kadının karar verme sürecine bilinçli olarak katılması, sağlık ocaklarının bu hizmetler için ilk başvuru yeri olma niteliğinin artırılması ve kapsayıcı sağlık hizmeti sunulması gereklidir.ayrıca aile planlaması yöntemlerinin aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde performansa dahil edilmesi aile planlaması uygulamasına büyük katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- 1-Oltuluoğlu H. Malatya İl Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2008
- 2-Doğan G. Kontrasepsiyon Amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar, 2008
- 3-Beksaç M.S.ve arkadaşları Obstetrik Maternal – Fetal Tıp & Perinatoloji. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2001; 1540-1591
- 4-Şimşek B.15-49 Yaş Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Kontraseptif Kullanımı ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar ,2008
- 5- Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services And Technology. New York: Oxford University Pres, 1998
- 6-Marlene A. Lee and Mark Mather population reference Bureau 2008
- 7-Akın, A. Aile Planlaması. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi.İkinci Baskı
- 8-Çiftçioğlu S. Geri çekmenin aile planlaması olarak kullanma nedenleri,yüksek lisans tezi, Atatürk üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü,Erzurum,2006
- 9-Akın, A TC. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık,Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu.,Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Ed, Ankara ,1994
- 10-Çağatay G, Levent A.Halk Sağlığı Temel Bilgiler.1.BASKI, Hacettepe Üniversitesi Basımevi .Ankara.2006;1002-1004.
- 11-Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12.September 1978
- 12-Ailenin Korunması ve Çocuk Hakları hakkındaki kanun, madde 41. tarih 1982

13-Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Sayı 2827, resmi gazete tarihi 27.05.1983. resmi gazete sayısı 18059

14-Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük Tarihi:18.12.1983 Sayısı:510 Resmi Gazete 18255

15-509 Sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği, Tarihi:09.10.1983, Sayısı:509

16-Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Sayı 224, Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Sayı, 181, madde:43.

17-Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Sayı 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, Sayı, 6/3470

18-Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezleri hakkında yönetmelik r.g: 06.02.1997 / 22900

19-Sağlık bakanlığı, aile hekimliğinin pilot uygulanması hakkında kanun, Ankara. resmi gazete, 2004, sayı, 25665

20-Tezcan S, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2009

21-Sak ME ve arkadaşları, Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Etkinliği ve Kadınların Eğitim Düzeyi: Güneydoğu Anadolu'da Bir İlçe Örneği, Dicle Tıp Dergisi 2008; 35(4): 265-270.

22-Şahin HN, Bulduk BS, Kontraseptif Yöntemler İçin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Uygunluk Ölçütleri, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; (1):37-41.

23-Özaydın NG, Debay M, Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Ankamat Matbaacılık Sanayi Ltd Şti, Ankara, 2007

24-Katırcı E, Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyokültürel Faktörler, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta, 2008

25-Boonstra H, Emergency Contraception: Steps Being Taken to Improve Access, The Guttmacher Report on Public Policy, 2001; 10–13

26-Speroff L, Darney PD, A Clinical Guide For Contraception, Fourth Edition, Lippincott Williams&Wilkins, 2005

27-Capdevila CC, Cortit LI, Creatsas G, Contraception Today, The Proceeding of The 4th Congress of The European Society of Contraception, 1998

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

29-Brambila C, ve arkadaşları Getting Result Used:Evidence From Reproductive Health Programmatic Research in Guatemala, Health Policy and Planning 2007; (22):234-245.

30-Gebelikten korunma yöntemleri 2009

<http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/uremesagligi/gebeliktenkorunmayol.html>

31-Ricci SS, Essentialof Maternity Newborn, and Women's Health Nursing, By Lippincott Williams&Wilkins a Wolters Kluwer Business, Philadelphia, 2007; 75–105

32-London ML, Landewig PW, Ball JW, Bindler R, Maternal-Newborn&Child Nursing, Family-Centered Care, Copyrigh By Pearson Education, Inc, New Jersey, 2003; 89–107,

33-Bertrand JT, ve arkadaşları, New Attetion To The IUD, Jonshan Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2007 USA,http://www.maqweb.org/iudtoolkit/gen_info/iudpopreport1-2.pdf

Erişim Tarihi:05,06,2011

34-Ünalın T, Yavuz S, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara., Doğurganlık Tercihleri, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 2003

35-Tezcan S, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara,

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_On_Rapor-tr.pdf Erişim

Tarihi:06.02.2011

36-Meteoğlu D ve arkadaşları, Aydın İlinde Ana Sağlığı ve Aile Planlaması, Sağlık ve Toplum 2002; 12(1): 33–36.

37-Sonfield A, Popularity Disparity: Attitudes About The IUD in Europe and The United States,2002 <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/4/gpr100419.pdf>, Erişim Tarihi: 17.05.2011.

38-Macalusa M, Lawson ML, Hortin G Efficacy of the Female Condom as a Barrier to Semen During İntercourse, 2003 ;(97): 157–289,

39-Özgülnar N, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar- Bariyer Yöntemler, 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, 2007

40-Hoffman S, Exner TM, Leu C, Ehrhardt AA, Stein Z, Female-Condom Use in a Gender-Specific Famil Planning Clinical Trial, American Journal of Public Health 2003;(11), 93

41-Aksu H, Kontraseptif Yöntemler, Kadın Sağlığı, Birinci Baskı, Bedray BasınYayıncılık Ltd. Şti, İstanbul, 2008

42-Apay ES, Nişanlı Çiftlerin Evlendikten Sonra Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum,2004

43-Oladeji D, Socio- Cultural And Norms Factors Inflmencing Family Planning Choices Among Couples In Ibadan Metropolis, Nigeria, European Journal Of Sicientific Research, 2008

44-Sağlık ve Toplum Dergisi, 1998; 8(3-4): 53-54

45-T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi; Ankara, 2005,cilt 2

46-Dede ve arkadaşları, Kombine Oral Kontraseptiflerle Acil Postkoital Kontrasepsiyon, Gülhane Tıp Dergisi 2004; 46(1): 15–19

- 47-Bilgili N, Ayaz S Acil Kontrasepsiyon: Kadınların Bilgi ve Deneyimleri, TAF Prev. Med Bull, 2009; 8(3): 251–258
- 48-Gold ve arkadaşları Next Steps for America's Family Planning Programme, Leveraging The Potential of Medicaid and Title in an Evolving Health Care Systems, Guttmacher Institute, 2008
- 49-Çelik R, İsteyerek Düşük Yapmak İçin Başvuran Kadınların Acil Kontrasepsiyon İle İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2006
- 50-Çiftçioğlu S. Geri Çekmenin Aile Planlaması Olarak Kullanılma Nedenleri, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2006
- 51-Güngör S ve arkadaşları Koitus Interruptus (Geri Çekme) Yönteminin Etkinliği ve Eğitim Seviyesinin Önemi, Gülhane Tıp Dergisi, 2006; (48): 8–10
- 52-İlhan NM ve ark. Ankara'da Yarı Kentsel ve Kentsel Bölgede Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Kullanmama Nedenleri, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi, 2002; (12):66-72.
- 53-Şahin GH ve arkadaşları Van İli Yöresinde Aile Planlaması Yöntemleri Kullanmama Nedenleri, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi, 2002; 12-(1):264–268.
- 54-Öztürk Y, Dünyada ve Ülkemizde Aile Planlaması, Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, 2000
- 55-Varlık M, Türkiye'deki İllerin Sağlık Düzeylerinin Belirlenmesinde Yöntem Çalışması, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007
- 56-World Health Organization, Information Update: Considerations Regarding Reuse Of The Female Condom, 2002 http://apps.who.int/reproductivehealth/stis/docs/reuse_FC2.pdf, Erişim Tarihi: 12.05.2011

- 57-Erhan Eser. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti 11.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Denizli. 23 Ekim 2007. Erişim Tarihi 29 Haziran 2009. <Http://Halksagligi.Pamukkale.Edu.Tr/Kongre/SUNUMLAR/Erhan.Eser.Ppt>
- 58-Saultz JW. Defining And Measuring İnterpersonal Continuity Of Care. Ann Fam Med., 2003;134-143
- 59-Macinko, J., Starfield B., Shi L. The Contribution Of Primary Care Systems To Health Outcomes Within Organization For Economic Cooperation And Development (OECD) Countries, Health Services Research, 2003; 38: (3)
- 60-Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyolojiye Giriş. Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin. Bertan M, Özcebe H(Editörler). Uyum Eğitimi Eğitim Materyali No:6, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü, Cem Web Ofset Ltd Şti, Ankara ,1996
- 61-Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü 2008 Yıl Ortası Nüfusu.
- 62-Training for mid-level managers (MLM). The EPI coverage survey. Immunization, Vaccines and Biologicals. World Health Organization.
- 63-Primary Care Assessment Tools(PCAT
- 64-Monitoring Quality of Care in Family Planning by the Quick Investigation of Quality (QIQ): Country Reports. Editors: Tara M. Sullivan, Jane T. Bertrand. MEASURE Evaluation Technical Report Series, No. 5, July,2000
- 65-Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2008
- 66-İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. Boratav K. 2. Baskı, İmge Kitabevi Yayınları, 2004
- 67-Kaya H.ve arkadaşları Bingöl İli Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi F.Ü. Sağ. Bil. Derg.Elazığ,2008; 22 (4): 185-191
- 68-Altuntaş F, Mayda A.S.Bolu Dörtdivan ilçesinde aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi.Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011;1(1): 1-7

- 69-Uzun E, ve arkadaşları. Isparta Keçiborlu Eğitim Ve Araştırma Bölgesi'nde 2006 Yılı 15-49 Yaş Kadın İzlem Fişlerine Göre Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2007;16(12):181-186
- 70- Yıldırım G, ve arkadaşları, Sivas İli AnaÇocuk Sağlığı Merkezine başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri Ve Etkileyen Faktörler, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2003; 25(3): 99-104
- 71-Altınparmak S, Adıgüzel Z. Manisa'da yaşayan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları; Kırsal Alan Örneği, Jinekoloji Ve Obstetrik Dergisi, 2006; 20(3): 142-149.
- 72-Polat SA, ve arkadaşları, Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 2000; 7(3): 260-5
- 73-Haluk A. ve arkadaşları, yerel siyaset bağlamında il genel meclisleri: Kahramanmaraş, Şanlıurfa, Hatay örnekleri, hukuk ve iktisat araştırmaları dergisi, 2010; 2(1)36-39
- 74-Aksoy M. Doğu Ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde Terörün Neden Ve Sonuçları International Journal of Human Sciences, 2006 www.insanbilimleri.com Erişim tarihi:28.08.2011
- 75- Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratajik ve Eylem Planı 2005-2015
- 76-Giray H, Kekinoğlu P. Işıkkent Sağlık Ocağı' na Başvuran 15-49 yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı Ve Etkileyen Etmenler, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi,2006;15(2): 23-26
- 77-Balcı E, Öztürk A, Gün İ, Öztürk Y. Kayseri İli Talas İlçesindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Kullanılan Aile Planlaması Yöntemiyle İlgili Şikayetlerin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008; 17(1): 54-62
- 78-Mustafa N.ve arkadaşları, Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. Toplum Hekimliği Bülteni;2010; 25(3): 33-41)

79-Öznur Ö. ve arkadaşları, Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2010;(3):176-190

80-Tülay L. ve arkadaşları, Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(1): 16-32

No:

Aile Planlaması Hizmetleri Değerlendirme Formu

Hizmet Kullanıcı Bölümü

Sayın Katılımcı,

“Şanlıurfa’da Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” adlı araştırma birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulan aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Bu araştırmanın sonuçları sizin daha nitelikli aile planlaması hizmeti almanıza yardımcı olacaktır. Araştırmaya katıldığınız takdirde bilgileriniz sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Katılımınız

Sağlık Ocağı:

Kadının adı :

Adresi:

Telefon:

Kaç aydır bu mahallede oturuyorsunuz?.....

A. Sosyo-demografik bilgiler ve aile planlaması yöntemi kullanımı

1. Yaş:.....

10.Kadının öğrenim durumu

2. Evlenme yaşı:.....

1 <input type="checkbox"/> Türkçe bilmiyor	5 <input type="checkbox"/> Ortaokul
2 <input type="checkbox"/> Okuryazar değil	6 <input type="checkbox"/> Lise
3 <input type="checkbox"/> Okuryazar	7 <input type="checkbox"/> Yüksekokul
4 <input type="checkbox"/> İlkokul	

3. Gebelik Sayısı:.....

4. Çocuk Sayısı:

5. Kendiliğinden düşük sayısı:

6. İstemli düşük sayısı:

11. Kocasının öğrenim durumu

7. Ölü doğum sayısı:

1 <input type="checkbox"/> Türkçe bilmiyor	5 <input type="checkbox"/> Ortaokul
2 <input type="checkbox"/> Okuryazar değil	6 <input type="checkbox"/> Lise
3 <input type="checkbox"/> Okuryazar	7 <input type="checkbox"/> Yüksekokul
4 <input type="checkbox"/> İlkokul	

8. Aile reisinin kazanç sağladığı iş:

9. Evde konuşulan dil

1 <input type="checkbox"/> Kürtçe	3 <input type="checkbox"/> Türkçe
2 <input type="checkbox"/> Arapça	4 <input type="checkbox"/> Diğer.....

12. Bize bildiğiniz ve kullandığınız aile planlaması yöntemlerini söyler misiniz?

Gebeliği önleyici hangi yöntemleri biliyorsunuz?	Bu yöntemi biliyor musunuz? (Önce söylemesini bekleyin daha sonra açıklama yapın)		Bu yöntemi daha önce kullandınız mı?	
	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır
Rahim içi araç	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır
Kondom	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır
Hap	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır
Enjeksiyon	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır
Tüp ligasyonu	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır
Vazektomi	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır
Deri altı implantları	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır
Kadın kondomu	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır
Diyafram, köpük, jel, fitil	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır
Tehlikesiz günler	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır
Geri çekme	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır
Acil korunma hapi	1 Evet	2 Hayır	1 Evet	2 Hayır

13. En son kullandığınız aile planlaması yöntemine kim karar verdi ?

1 <input type="checkbox"/> Kendim	4 <input type="checkbox"/> Doktor
2 <input type="checkbox"/> Eşim	5 <input type="checkbox"/> Ebe/hemşire
3 <input type="checkbox"/> Eşimle birlikte	6 <input type="checkbox"/> Kaynanam
7 <input type="checkbox"/> Diğer.....	

B. Kapsama düzeyi:

14. Normal 15-49 yaş	<input type="checkbox"/> Çocuk istiyor <input type="checkbox"/> Çocuk istemiyor	AP yöntemi	1 <input type="checkbox"/> kullanıyorsa → Tablo 1'den seç 2 <input type="checkbox"/> kullanmıyor → Tablo 3'den seç
15. Emzikli	Doğum kaç ay önce oldu?	AP yöntemi	1 <input type="checkbox"/> kullanıyorsa → Tablo 1'den seç 2 <input type="checkbox"/> kullanmıyor → Tablo 3'den seç
16. Gebe	<input type="checkbox"/> İsteyerek oldu <input type="checkbox"/> İstemeden oldu	Gebelik öncesi AP yöntemi	1 <input type="checkbox"/> kullanıyorsa → Tablo 1'den seç 2 <input type="checkbox"/> kullanmıyor → Tablo 3'den seç

Tablo 1. Son 1 yıldır en son en uzun süre kullanılan aile planlaması yöntemi

Herhangi bir modern yöntem		Herhangi bir geleneksel yöntem
1 <input type="checkbox"/> Kadının tüplerinin bağlanması	7 <input type="checkbox"/> Kondom/prezervatif/kabut/kılıf	12 <input type="checkbox"/> Takvim
2 <input type="checkbox"/> Erkeğin kanallarının bağlanması	8 <input type="checkbox"/> Kadın kondomu	13 <input type="checkbox"/> Geri çekme
3 <input type="checkbox"/> Hap	9 <input type="checkbox"/> Diyafram-köpük-jel-fitil	14 <input type="checkbox"/> Emzirme
4 <input type="checkbox"/> Spiral/rahim içi araç	10 <input type="checkbox"/> Acil korunma hapi	15 <input type="checkbox"/> Tehlikesiz günler
5 <input type="checkbox"/> Enjeksiyon /iğne	11 <input type="checkbox"/> Diğer	16 <input type="checkbox"/> Diğer
6 <input type="checkbox"/> Deri altı implantları		

Tablo 2. Modern yöntem temin edilen yer

Modern yöntem temin edilen yer	
Devlet sektörü	Özel sektör
1 <input type="checkbox"/> Devlet/numune hastanesi	9 <input type="checkbox"/> Özel hastane
2 <input type="checkbox"/> Doğumevi	10 <input type="checkbox"/> Özel poliklinik/tıp merkezi

3 <input type="checkbox"/> Asap merkezi	11 <input type="checkbox"/> zel doktor muayenehanesi
4 <input type="checkbox"/> Sağlık ocağı	12 <input type="checkbox"/> zel ebe/hemşire (sağlık kabini)
5 <input type="checkbox"/> Sağlık evi	13 <input type="checkbox"/> Eczane/medikal
6 <input type="checkbox"/> Eğitim ve araştırma hastanesi	14 <input type="checkbox"/> niversite hastanesi
7 <input type="checkbox"/> Aile sağlığı merkezi/aile hekimi	15 <input type="checkbox"/> Gnll kuruluş/ dernek/vakıf
8 <input type="checkbox"/> Diğer	16 <input type="checkbox"/> Market/dkkan
	17 <input type="checkbox"/> Akraba/arkadaş/komşu/ara ebesi
	18 <input type="checkbox"/> Diğer

Tablo 3. Aile planlaması kullanmama nedeni

1 <input type="checkbox"/> Cinsel ilişki yok	7 <input type="checkbox"/> Doktor nermiyor	13 <input type="checkbox"/> Eşi istemiyor
2 <input type="checkbox"/> Nadir cinsel ilişki	8 <input type="checkbox"/> Pahalı	14 <input type="checkbox"/> Dini nedenler
3 <input type="checkbox"/> Menapoz/histerektomi	9 <input type="checkbox"/> Bulunmuyor/ulaşma glğ	15 <input type="checkbox"/> Sağlık kaygısı
4 <input type="checkbox"/> Gebe kalması zor/kısır	10 <input type="checkbox"/> Buralarda yok	16 <input type="checkbox"/> Yan etki
5 <input type="checkbox"/> Kocası kısır	11 <input type="checkbox"/> Temin etmeyi bilmiyor	17 <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz)
6 <input type="checkbox"/> Kaderci	12 <input type="checkbox"/> Nasıl kullanacağını bilmiyor

17. Aile planlaması hizmetlerinizi nerelerden alırsınız ? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

Modern yöntem temin edilen yer	
Devlet sektörü	Özel sektör
1 <input type="checkbox"/> Devlet/numune hastanesi	10 <input type="checkbox"/> Özel poliklinik/tıp merkezi
2 <input type="checkbox"/> Doğumevi	11 <input type="checkbox"/> Özel doktor muayenehanesi
3 <input type="checkbox"/> Açısap merkezi	12 <input type="checkbox"/> Özel ebe/hemşire (sağlık kabini)
4 <input type="checkbox"/> Sağlık ocağı	13 <input type="checkbox"/> Eczane/medikal
5 <input type="checkbox"/> Sağlık evi	14 <input type="checkbox"/> Üniversite hastanesi
6 <input type="checkbox"/> Eğitim ve araştırma hastanesi	15 <input type="checkbox"/> Gönüllü kuruluş/ dernek/vakıf
7 <input type="checkbox"/> Aile sağlığı merkezi/aile hekimi	16 <input type="checkbox"/> Market/dükkan
8 <input type="checkbox"/> Diğer	17 <input type="checkbox"/> Akraba/arkadaş/komşu/ara ebesi
9 <input type="checkbox"/> Özel hastane	18 <input type="checkbox"/> Diğer

18. Aile planlaması hizmeti almak için ilk başvuruyu hangi sağlık kurumuna yaparsınız?

Modern yöntem temin edilen yer	
Devlet sektörü	Özel sektör
1 <input type="checkbox"/> Devlet/numune hastanesi	10 <input type="checkbox"/> Özel poliklinik/tıp merkezi
2 <input type="checkbox"/> Doğumevi	11 <input type="checkbox"/> Özel doktor muayenehanesi
3 <input type="checkbox"/> Açısap merkezi	12 <input type="checkbox"/> Özel ebe/hemşire (sağlık kabini)
4 <input type="checkbox"/> Sağlık ocağı	13 <input type="checkbox"/> Eczane/medikal
5 <input type="checkbox"/> Sağlık evi	14 <input type="checkbox"/> Üniversite hastanesi
6 <input type="checkbox"/> Eğitim ve araştırma hastanesi	15 <input type="checkbox"/> Gönüllü kuruluş/ dernek/vakıf
7 <input type="checkbox"/> Aile sağlığı merkezi/aile hekimi	16 <input type="checkbox"/> Market/dükkan
8 <input type="checkbox"/> Diğer	17 <input type="checkbox"/> Akraba/arkadaş/komşu/ara ebesi
9 <input type="checkbox"/> Özel hastane	18 <input type="checkbox"/> Diğer

C. İlk başvuru

Sağlık ocağınızdan/AÇSAP merkezinden,

19. Aile planlaması hizmeti alır mısınız ?

1. Evet 2. Hayır

20. Aile planlaması hizmeti dışında başka sağlık hizmeti de alır mısınız?

1. Evet 2. Hayır

21. Aile planlaması hizmeti almaya gittiğinizde 30 dakikadan fazla beklemek zorunda kalır mısınız?

1. Evet 2. Hayır

22. Konuştuğunuz dil nedeniyle sağlık çalışanları ile iletişim kuramadığınız oluyor mu?

1. Evet 2. Hayır

23. Yürüyerek gidebilir misiniz ?

1. Evet 2. Hayır

24. Aile planlaması hizmeti almak için cepten ödeme yapmak zorunda kalıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

D. Kapsayıcılık

Sağlık ocağınızda/AÇSAP merkezinde;

25. Tüm yöntemler tanıtılıyor mu ?

1. Evet 2. Hayır

26. Kullanacağınız yöntem ile ilgili yan etkileri size anlatılır mı?

1. Evet 2. Hayır

27. Kullanacağınız yöntem ile ilgili kontrendikasyonlar(sakıncası) size anlatılır mı?

1. Evet 2. Hayır

28. Yöntemler için kontrendikasyon(sakıncası) olup olmadığı değerlendiriliyor mu?

1. Evet 2. Hayır

29. Aile planlaması yöntemi aldığınızda sizi tekrar kontrole çağırırlar mı?

1. Evet 2. Hayır

30. Aile planlaması yöntemlerinin kullanım süreleri ile ilgili bilgi veriliyor mu?

1. Evet 2. Hayır

31. Aile planlaması almaya gittiğinizde gebelik ve doğum öyküsü, aile planlaması deneyimleri sorulur mu?

1. Evet 2. Hayır

32. Aile planlaması hizmeti almaya gittiğinizde görüşme ve muayenede mahremiyet sağlanıyor mu?

1. Evet 2. Hayır

33. Aile planlaması hizmeti almaya gittiğinizde saygısız (aşağılayıcı-küçük düşürücü) davranılıyor mu?

1. Evet 2. Hayır

34. Ücretsiz olarak dağıtılması gereken rahim içi araç, hap ve kondom her istediğinizde alabiliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

35. Rahim içi araç uygulamaları yapıyor mu?

1. Evet 2. Hayır

36. İsteddiğiniz aile planlaması yöntemini bulabiliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

37. Ücretsiz olarak verilseydi kullanırdım dediğiniz aile planlaması yöntemi var mı?

1. Evet 2. Hayır

38. Aile planlaması hizmeti almaya gittiğinizde sağlık personeli sizi yöntemlerden birini kullanmaya zorluyor mu?

1. Evet 2. Hayır

E. Süreklilik

Sağlık ocağınız/AÇSAP merkezinde;

39. Sizin mahallenizden sorumlu ebe/hemşireyi tanıyor musunuz? Tanıyorsanız adı nedir ?

1. Evet 2. Hayır

40. Sizin mahallenizden sorumlu ebe/hemşire ev ziyaretine gelir mi?

1. Evet 2. Hayır

41. Aile planlaması eğitimi almaya gittiğinizde mahallenizden sorumlu ebe/hemşire tarafından hizmet alır mısınız ?

1. Evet 2. Hayır

42. Aile planlaması hizmeti aldığınız görevliye yönelttiğiniz sorular anlayabileceğiniz şekilde cevaplanıyor mu?

1. Evet 2. Hayır

43. Aile planlaması hizmeti aldığınız görevli size endişeleriniz veya problemlerinizi hakkında konuşmak için yeterince zaman ayırır mı?

1. Evet 2. Hayır

44. Endişeleriniz veya problemlerinizi hakkında aile planlaması hizmeti aldığınız görevliyle konuşurken kendinizi rahat hissediyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

43. Aile planlaması hizmeti aldığınız görevli sizin tıbbi geçmişinizi(ilaçlar, hastalık) biliyor mu?

1. Evet 2. Hayır

44. Aile planlaması hizmeti aldığınız görevli işiniz ya da mesleğiniz hakkında bilgiye sahip mi?

1. Evet 2. Hayır

45. Aile planlaması hizmeti aldığınız görevli kullandığınız tüm ilaçlardan haberdar mı?

1. Evet 2. Hayır

46. İsteddiğiniz zaman aile planlaması hizmeti aldığınız görevliyi değiştirebilir misiniz?

1. Evet 2. Hayır

(47. ve 48.sorular Sağlık ocağında, her kadın için 15-49 Kadın İzlem Formu incelenerek yapılacaktır)

47. Kadınların kendi isimlerine açılmış 15-49 kadın izlem formu var mı?

1. Evet 2. Hayır

48. Kadınların 15-49 kadın izlemi zamanına uygun yapılmış mı?

1. Evet 2. Hayır

F. Eşgüdüm

Sağlık ocağınız ya da AÇSAP merkezi;

49. Aile planlaması hizmeti almanız için bir uzmana yönlendirdiğinde bilgi notu yazar mı ?

1. Evet 2. Hayır

50. Aile planlaması hizmeti almak için başka bir yere yaptığınız(uzmana, özel klinik, AÇSAP, hastane vs) ziyaretlerden haberdar mı?

1. Evet 2. Hayır

Kurumda İnceleme Bölümü

H. Kurumun adı:

51. Fiile çalışan toplam hekim sayısı(geçici görev, doğum izni vb nedenlerle işte olmayanlar dahil edilmeyecek):

52. Fiilen çalışan toplam ebe/hemşire sayısı(geçici görev, doğum izni vb nedenlerle işte olmayanlar dahil edilmeyecek):

53. Sağlık ocağına bağlı nüfusu:.....

54. Sağlık Ocağının kent merkezine uzaklığı:.....

I. Kurumda ilk başvuru

55. Kurumda aile planlaması odası var mı?

1. Evet 2. Hayır

56. Her gün tüm aile planlaması hizmetleri veriliyor mu?

1. Evet 2. Hayır

57. Aile planlaması araç gereçleri sürekli hazır mı?

1. Evet 2. Hayır

58. Aile planlaması odası ortam ve ekipmanlar açısından yeterli mi?

1 <input type="checkbox"/> Steril ekipman	2 <input type="checkbox"/> Spekulum	3 <input type="checkbox"/> Eldiven
4 <input type="checkbox"/> Tansiyon aleti	5 <input type="checkbox"/> Yeterli ışık	6 <input type="checkbox"/> Temiz su

1. Evet 2. Hayır

59. Oda pelvik muayene yapmaya uygun mu (dışarıdan görülmeyi önleyecek önlemler alınmış mı ?

1. Evet 2. Hayır

60. Kurumda rahim içi araç takabilececek sertifikalı personel var mı?

1. Evet 2. Hayır

İ. Kurumda kapsayıcılık

61. Aşağıdaki tüm yöntemlerin uygulaması ve dağıtımı ücretsiz olarak yapılıyor mu?

1 <input type="checkbox"/> Ria	2 <input type="checkbox"/> KOK	3 <input type="checkbox"/> Kondom
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

1. Evet 2. Hayır

