

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

PLANLANMAMIŞ GEBELİKLERİN AİLE ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. FATMA DURMUŞ

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2019



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

PLANLANMAMIŞ GEBELİKLERİN AİLE ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. FATMA DURMUŞ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. ÇİĞDEM APAYDIN KAYA

İSTANBUL 2019

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimine başladığım ilk günden itibaren, aile hekimliğinin önemini ve prensiplerini kendilerinden öğrenme fırsatını veren, tezimin her aşamasında sınırsız emeği olan başta tez danışmanım sayın Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya'ya ve çok değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Pemra C. Ünalan'a, sayın Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, sayın Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili'ye, sayın Prof. Dr. Mehmet Akman'a,

Üç yıl boyunca sıcak ve sevgi dolu bir ortamda birlikte görev yaptığım anabilim dalımızdaki tüm asistan ve uzmanlara, personelimize, evde sağlık ekibimize,

Eğitimimin bir parçası olarak yaptığım tüm rotasyonlardaki çok değerli diğer bölüm hocalarıma, asistan ve uzmanlara ve tüm hastane personeline,

İnsan sevgisi ve fedakarlığı kendilerinden öğrendiğim, hayat sebebim, çok değerli annem Çiçek Durmuş ve babam Yakup Durmuş'a, varlıkları için minnettar olduğum kardeşlerime,

Tezimin her aşamasında bana maddi, manevi yardım eden ve destek veren herkese,

Bugün, ben olmamda emeği ve katkısı olan tüm öğretmenlerime ve dostlarıma,

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Fatma Durmuş

Mayıs 2019 İstanbul

ÖZET

Planlanmamış Gebeliklerin Aile Üzerine Etkileri

Giriş: Fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi, ailenin fonksiyonlarını etkin olarak devam ettirmesine bağlıdır. Aile, yaşam döngüsünde değişen koşullara uyum sağlayabildiği ölçüde işlevselliğini koruyabilmektedir. Aile yaşam kalitesi, ailenin gereksinimlerini karşılayabilmesi, aile olmaktan ve birlikte yaşamaktan mutluluk duyulmasıdır. Planlanmamış gebelikler, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı için risk oluşturmakta, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve riskli annelik davranışları sebebiyle bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ancak aile üzerine etkilerini doğrudan değerlendiren bir çalışma mevcut değildir.

Amaç: Planlanmamış gebeliklerin, aile üzerine etkilerini, aile yaşam kalitesi (AYK) ve evlilik doyumu açısından değerlendirmektir**.**

Yöntem: Araştırma 15 Ağustos 2018 – 15 Ocak 2019 tarihleri arasında İstanbul'da yürütülmüştür. Vaka-kontrol çalışmasıdır. Katılımcılar, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine ve Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (E-ASM) başvuran, en az 1 gebelik geçirmiş ve 6 hafta -2 yaş arasında çocuğu olan, 18-49 yaş aralığında, dahil etme kriterlerine uyan, gönüllü kadınlar arasından, gelişigüzel yöntemle seçilmiştir. Sosyodemografik verilerin ardından aile ilişkilerini değerlendirmek için Beach Center Aile Yaşam Kalitesi Ölçeği (BCAYKÖ) ile Golombok- Rust Evlilik Durumu Envanterini (GREDE) içeren bir anket kullanılmıştır. BCAYKÖ toplam puanının artması, aile yaşam kalitesinin arttığını gösterirken, GREDE toplam puanı arttıkça evlilik doyumu azalmaktadır. Verilerin analizi SPSS.23 programı ile yapılmıştır. Karşılaştırmalı analizlerde Pearson Ki-Kare, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır. Korelasyon ve çoklu regresyon analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 29,86±4,64 (min: 18- max: 44) olan 275 kadın katılmıştır. Vaka grubu, en az bir defa planlanmamış gebeliği olan 114 kişiden, kontrol grubu, plansız gebeliği olmayan 161 kişiden oluşmaktadır. Planlanmamış gebelik öyküsü olan kadınların, aile yaşam kalitesini gösteren BCAYKÖ puanı, olmayanlara

göre anlamlı derecede düşüktür (sırasıyla 81,1±11,6; 85,9±10,4; p<0,001). Planlanmamış gebelik öyküsü olanların GREDE puanı olmayanlara göre daha yüksek, evlilik doyumu daha düşüktür (sırasıyla; 29,44±10,37; 23,27±9,51; p<0,001). Aile yaşam kalitesi arttıkça evlilik doyumu da artmaktadır (Rho;0,5; p<0,0001). Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; planlanmamış gebelik varlığı, depresyon tarama testi pozitifliği ve evde kronik hasta/engelli birey olması, aile yaşam kalitesini olumsuz etkilerken, eğitim düzeyinin lise ve üzeri olması olumlu etkilemektedir (sırasıyla B:-3,789; CI:-6,334/-1,245; p=0,004; B:-3,713, CI:-6,262/-1,163; p=0,04; B:-4,558, CI:-8,505/-0,610; p= 0,024, B:3,381; CI: 0,826/5,936; p=0,010). Evlilik doyumu ise planlanmamış gebelik varlığında azalmakta, bireyin genel sağlık algısının "iyi-çok iyi" olması durumunda artmaktadır (sırasıyla B:5,119; CI: 2,768/7,470; p<0,0001; B: -4,504; CI:-7,237/-1,771; p=0,001).

Sonuç: Araştırmamızın bulguları planlanmamış gebeliklerin aile yaşam kalitesi ve evlilik doyumu üzerine olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir. Buna göre; etkin aile planlaması danışmanlığı ve sunumu gibi müdahaleler ile plansız gebelikler azaltılarak kadın, aile ve toplum sağlığını üzerine olumlu etkiler sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Planlanmamış gebelik, aile, aile planlaması, aile yaşam kalitesi, evlilik doyumu

ABSTRACT

The Effects of Unplanned Pregnancies on Family

Introduction: Raising physically and mentally healthy generations depends on the effective functioning of the family. The family can maintain its functionality to the extent that it can adapt to changing conditions in its life cycle. The quality of family life is to be able to meet the needs of the family and to be happy about being a family and living together. Unplanned pregnancies pose a risk to the physical and mental health of the mother and affect the health of the baby negatively due to preterm birth, low birth weight and risky maternal behaviors. However, there is no study that directly evaluates the effects on the family.

Aim: To evaluate the effects of unplanned pregnancies on the family in terms of quality of family life and marital satisfaction.

Methods: The study was conducted between 15 August 2018 and 15 January 2019 in İstanbul. It is a case-control study. Participants were chosen randomly from 18-49 years old women who consulted to Family Medicine Clinics of Marmara University Pendik Training Hospital and Tuzla E-ASM, who had at least one pregnancy and had children between 6 weeks and 2 years of age, meeting the criteria of inclusion. A questionnaire was used to evaluate sociodemographic features firstly, then the family relations with the Beach Center Family Life Quality Scale (BCAYKÖ) and the Golombok-Rust Marriage Status Inventory (GREDE). While the total score of BCAYKÖ was increased, the quality of life of the family increased and as the total score of GREDE increased, marriage satisfaction decreased. Data were analyzed with SPSS.23 program. Pearson's Chi-Square, Mann-Whitney U and Kruskal Wallis tests were applied in comparative analysis. Correlation and multiple regression analyzes were performed.

Results: 275 women with a mean age of 29,86 ± 4,64 (min: 18- max: 44) participated in the study. The case group consisted of 114 women with at least one unplanned pregnancy, control group consisted of 161 women without an unplanned pregnancy. BCAYKÖ score, showing quality of family life, of women with a history of

unplanned pregnancy, is significantly lower than those without (respsctively 81.1 ± 11.6; 85.9 ± 10.4; p <0.001). Those who have a history of unplanned pregnancy have higher GREDE scores and low marital satisfaction (respectively; 29,44 ± 10,37; 23,27 ± 9,51; p <0,001). As the quality of the family life increases, marriage satisfaction increases (Rho; 0.5; p <0.0001). According to the results of multiple regression analysis; the presence of unplanned pregnancy, positive depression screening test and a chronic patient / disabled person at home negatively affect the quality of family life, while the education level of high school and above affects positively (respsctively B: -3,789; CI: -6,334 / -1,245; p = 0,004; B: -3,713, CI: -6,262 / -1,163; p = 0,04; B: -4,558; CI: -8,505 / -0,610; p = 0,024; B: 3,381; CI: 0,826 / 5,936; p = 0,010). Marriage satisfaction decreases in the presence of unplanned pregnancy and increases if the general health perception of the individual is "good-very good" (respectively B: 5,119; CI: 2,768 / 7,470; p <0,0001; B: -4,504; CI: -7,237 / -1,771 ; p = 0.001).

Conclusion: The results of our study indicate that unplanned pregnancies have negative effects on the quality of family life and marital satisfaction. According to this; unplanned pregnancies can be reduced by interventions such as effective family planning counseling and service and positive effects on women, family and community health can be obtained.

Key Words: Unplanned pregnancy, family, family planning, quality of family life, marital satisfaction

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ i
ÖZET ii
ABSTRACT iv
İÇİNDEKİLER vi
SİMGE VE KISALTMALAR viii
TABLO LİSTESİ ix
GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Ailenin Birey ve Toplum Sağlığı Açısından Önemi 4
2.2. Aile Hekimliğinde Ailenin Önemi 7
2.3. Aile Hekimliği ve Biyopsikososyal Yaklaşım 8
2.4. Planlanmamış Gebelikler ve Önemi 11
2.5. Dünyada ve Türkiye'de Aile Planlaması Kullanımı 13
3. GEREÇ VE YÖNTEM 15
3.1. Araştırmanın Tipi Yeri ve Zamanı 15
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 15
3.2.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri 15
3.2.2. Araştırmadan hariç tutulma veya araştırmadan çıkarılma kriterleri 16
3.3. Veri Toplama Araçları 16
3.4. Verilerin Analizi 18
3.5. Araştırmanın İzinleri 18
4. BULGULAR 20
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 20
4.2. Katılımcıların Sağlık Durumları ile İlgili Bilgiler 21
4.2.1. Aile planlaması yöntemi kullanım durumu 21
4.3. Katılımcıların Gebelik Bilgileri ve Planlanmamış Gebelik ile İlişkili Faktörler 22
4.3.1. Gebelik bilgileri 22
4.3.2. Planlanmamış gebelikle ilişkili faktörlerin tek değişkenli analizi 23
4.4. Planlanmamış Gebeliklerin Kadın ve Aile Üzerine Etkileri 25
4.4.1. Doğum sonrası dönemde kadın üzerine etkileri 25
4.4.2. Planlanmamış gebeliklerin aile yaşam kalitesi üzerine etkisi 27
4.4.3. Aile yaşam kalitesini etkileyen faktörler 28

4.4.4. Planlanmamış gebeliklerin evlilik doyumu üzerine etkisi 31
4.4.5. Evlilik doyumunu etkileyen faktörler 32
4.5. Aile Yaşam Kalitesi ve Evlilik Doyumu Arasındaki İlişki 36
5.TARTIŞMA 37
5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları 47
5.2. Araştırmanın Kısıtlılıkları 47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 48
7. KAYNAKLAR 49
8.EKLER 55

SİMGE VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
AP	Aile Planlaması
AYK	Aile Yaşam Kalitesi
E-ASM	Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
BCAYKÖ	Beach Center Aile Yaşam Kalitesi Ölçeği
GREDE	Golombok- Rust Evlilik Durumu Envanteri
VAS	Vizüel Analog Skala
SPSS.23	Statistical Package for Social Sciences
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
TC	Türkiye Cumhuriyeti
WONCA	Dünya Aile Hekimliği Birliği
BM	Birleşmiş Milletler
TDH	Toplam Doğurganlık Hızı
RİA	Rahim İçi Araç
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
BDE	Beck Depresyon Envanteri
ADÖ	Aile Destek Ölçeği
SF- 36	Short Form 36
IQR	Inter Quantile Range

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili bilgiler

Tablo 3. Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanımı durumları

Tablo 4. Planlanmamış gebelik ile ilgili bilgiler

Tablo 5. Planlanmamış gebelikle ilişkili faktörlerin tek değişkenli analizi

Tablo 6. Doğum sonrası dönemle ilgili algıların karşılaştırılması

Tablo 7. Katılımcıların BCYKÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

Tablo 8. Planlanmamış gebelik durumuna göre BCAYKÖ alt alan toplam puan karşılaştırılması

Tablo 9. Son gebeliği plansız olanlar ve planlı olanların BCAYKÖ alt alan toplam puanlarının karşılaştırılması

Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre BCAYKÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

Tablo 11. BCAYKÖ puanı ile ilişkili olabilecek durumlar

Tablo 12. Aile yaşam kalitesini etkileyen faktörler

Tablo 13. GREDE toplam puanlarının karşılaştırılması

Tablo 14. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre GREDE toplam puanlarının karşılaştırılması

Tablo 15. Doğum sonrası dönemdeki algıların evlilik doyumuna etkisi

Tablo 16. GREDE toplam puanı ile ilişkili olabilecek durumlar

Tablo 17. Evlilik doyumunu etkileyen faktörler

Tablo 18. BCAYKÖ toplam, BCAYKÖ alt alan ve GREDE toplam puanları

Tablo 19. BCAYKÖ ve GREDE toplam puanları arasındaki ilişki

GİRİŞ VE AMAÇ

Fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi, ailenin fonksiyonlarını etkin olarak devam ettirmesine bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aileyi "sağlık ve refahın sağlanmasında birincil sosyal etmen" şeklinde tanımlamaktadır (1). Aile toplumu oluşturan en küçük sosyal birimdir. Aile, kan bağı, evlilik veya diğer yasal yollarla oluşan, beraber yaşayan bireylerin ekonomik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılandığı temel kurumdur. Yüzyıllar içinde modernleşme ile birlikte aile yapısında değişiklikler olsa da, tüm toplumlar için aile önemini hala korumaktadır (2).

Aile sağlığı, aileyi üyelerinin birbirleriyle ve toplumla olan ilişkilerinin bütünlüğünü ifade eder. Aile sağlığı, aile üyelerinin bedensel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini karşılayabilmesine ve kendileri için belirlenen rolleri yerine getirebilmesine bağlıdır (3).

Aile, kurulduğu ilk günden itibaren dinamik bir yaşam döngüsü içindedir. Aile yaşam döngüsünde, her aşamada yeni gelişimsel görevler ve roller ortaya çıkmaktadır. Bireylerin bu rollere sağladıkları uyum ve üstlendikleri sorumluluklar ile aile içi dinamikler yeniden şekillenmektedir. Ülkemizde doğumların büyük çoğunluğu evlilik içinde meydana gelmektedir. Gebelik ve doğum ile aile, "yeni çocuk sahibi olan aile" şekline dönüşmektedir. Bu dönemde yeni çiftler nesil atlayarak ebeveyn olmaya geçiş sürecindedir. Aileye yeni katılan üyenin bakımı, büyütülmesi, ebeveynlik becerilerinin öğrenilmesi ve geliştirilmesi, kısaca anne ve baba rollerinin benimsenmesi ve bu rollere uyum sağlanması gerekmektedir. Çiftlerin, kendi gelişimlerinde farklı aşamalarda olması, planlamadan ve hazır olmadan çocuk sahibi olunması, çeşitli sorunlara neden olabilmekte ve döngüdeki kriz döneminin aşılmasını geciktirmektedir. Bu noktada aile planlamasının önemi ortaya çıkmaktadır (4).

"Aile planlaması" (AP) bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olma, sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmalarıdır. Aile planlaması çocuk sayısını kısıtlamak demek değildir. Amaçlarından biri de çocuk sahibi olmayan ailelere yardımcı olmaktır" (5).

Planlanmamış gebelik; kadının gebe kalmak istemediği bir zamanda meydana gelen gebeliği ifade etmektedir. Beklediğinden erken bir zamanda veya hiç çocuk istemediği veya başka çocuk istemediği zamanda olan gebelikler bu tanımın kapsamına girmektedir (6). Planlanmamış gebelikler; özellikle gelişmekte olan ülkelerde anne ve bebek açısından olumsuz sonuçları olan bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre tüm dünyada annelikle ilişkili hastalıkların %30' undan, güvensiz ortamda yapılan düşüklerin %90'ından planlanmamış gebelikler sorumludur (7). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 yılı verilerine göre son 5 yıl içinde gerçekleşen doğumların %24'ü plansızdır. Doğumların %11'inin daha sonraki bir zamanda gerçekleşmesi beklenirken, %13' ünün hiç gerçekleşmemiş olması istenmiştir (8). Planlanmamış gebelikler; doğumlar arası sürenin kısa olması, çocuk sayısının fazla olması, annenin fizyolojik ve psikolojik olarak yeni bir gebeliğe hazır olmaması gibi riskler yenidoğanı ve varsa diğer çocukları olumsuz etkilemektedir (9).

Aile hekimliği, bireyi mevcut tüm durumları ile ele alarak biyopsikososyal yaklaşımı benimseyen, tedavi edici hekimlik kadar koruyucu hekimliği de amaçlayan bir disiplindir. Aile hekiminin kadın ile teması yılda iki defa yapılan 15-49 yaş arası kadın izlemleri ile başlamakta, evlilik öncesi danışmanlık, gebelik, doğum, doğum sonrası bakım, sağlam çocuk izlemleri, adölesan izlemleri, kronik hastalıkların takibi, kanser taramalarının yapılması gibi geniş bir yelpazede hizmet sunumu ile ömür boyu devam etmektedir. Doğurganlık çağındaki bir kadını ailesel, çevresel ve sosyal faktörleri de göz önünde bulundurarak kapsamlı ve bütüncül olarak değerlendirmek gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, gebelik öncesi izlemi sadece gebelik planlayan aileler için değil, doğurganlık çağındaki tüm kadınlara yaşam boyu önermektedir. Prekonsepsiyonel bakım, kadın sağlığı açısından risk oluşturabilecek medikal veya davranışsal faktörlerin önceden saptanması ve gerekli önlemlerin alınmasıdır. Nöral tüp defektlerinin önlenmesi için gebelik öncesi folik asit desteğinin başlanması, demir eksikliği varsa replasman yapılması, sigara ve alkolün bırakılması, bağışıklama ihtiyacının tespiti, gebelikler arası sürenin açılması için aile planlaması hizmetlerinin verilmesi ile kadın sağlığının iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Ancak ülkemizde ilk prenatal vizite gelme zamanı kentsel alanda 2 ay, kırsal alanda 3 aydır. Planlanmamış gebelikler ve gebeliğin geç tespiti bu fırsatların kaçırılmasına neden olmaktadır. (10).

Planlanmamış gebeliklerin emzirme, doğum sonrası annelik davranışı, anne bebek bağlanması ve doğum kilosu üzerine olumsuz etkileri gibi tıbbi sonuçlar üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Gebelikte ve doğum sonrası dönemde depresyon ile ilişkisi çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (11). Ancak aile üzerine etkilerine dair çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu araştırmanın amacı; Tuzla Eğitim ASM ve Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran kadınlarda, planlanmamış gebeliklerin, aile üzerine etkilerini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ailenin Birey ve Toplum Sağlığı Açısından Önemi

Aile; bireyin çoğunlukla köken alarak dünyaya geldiği, büyüdüğü, beslendiği, benlik kavramını kazanarak kişiliğinin şekillendiği, sosyal beceriler edindiği, genellikle aralarında akrabalık olan, anne baba ve çocuklardan meydana gelen sosyal bir kurumdur.

Aile, yoksul veya zengin, gelişmiş veya gelişmekte olan tüm toplumlarda önemlidir. Ailenin korunması ve desteklenmesi, siyasi ve sosyal kurumların sorumluluğu kapsamında kabul edilmiştir. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) "Aile, cemiyetin tabii ve temel unsurudur, cemiyet ve devlet tarafından korunmak hakkını haizdir." şeklinde tanımlamıştır (12). Türkiye Cumhuriyeti (TC) Anayasası 41. maddesinde aile şöyle tanımlanmıştır. "Aile, Türk toplumunun temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar."

Modernleşme, küreselleşme ve bireyselleşme ile aile yapısında meydana gelen değişiklikler nedeniyle aile odaklı sorunlarda artışlar olmuştur (13). Ülkemizde de aile ve ailenin korunması ile ilgili kurumsal düzenlemeler yapılmıştır. Anayasanın 41. maddesine dayanarak 29 Aralık 1989 tarihinde "Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı" kurulmuştur. Söz konusu kurum 2004 yılında yürürlüğe giren bir kanun ile Başbakanlığa bağlı bir genel müdürlük olarak yeniden yapılandırılmıştır. Yayınlanan kanun hükmünde kararname ile 2011 yılında, yeni kurulan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı "Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü" olarak faaliyetlerine devam etmektedir. Bakanlık 2018 yılında "Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı" adını almıştır. "Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun" 2012' de yürürlüğe girmiştir (12).

Aile, sağlıkta ve hastalıkta kişiyi etkilemektedir. Bireyin hastalanmasında ailesel yatkınlık önemli rol oynamaktadır. Yaş, cinsiyet, ırk ve genetik özellikler değiştirilemez risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Kişi köken aldığı ailesinden

belli bir genetik yapı ile dünyaya gelmekte, bazı çevresel faktörler ile bu genetik altyapıda kodlanmış olan hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Hipertansiyon, diyabet, obezite, kalp-damar hastalıkları gibi toplumda yaygın olarak görülen kronik hastalıklar yaşam biçimi ile doğrudan bağlantılıdır. Kişi ailesinin genetik hastalık yükünü taşıdığı gibi paylaşılan yaşam biçimi, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, sigara içme durumu gibi etkilerle de hastalanmaya yatkın hale gelebilmektedir (14).

Aile bireylerinin sağlık hizmetlerini kullanma durumu ve tedaviye uyumu, hastalığın şiddetinden bağımsız olarak köken aldığı ailesine benzemektedir. Stresli yaşam olaylarının da büyük kısmı aile içinde yaşanmaktadır. Ölüm, boşanma, aile bireylerinden birinin akut veya kronik hastalığı aile sağlığını etkilemektedir. Stresli olaylara verilen duygusal ve ruhsal tepkiler aile içinde öğrenilir. Bu sebeple; sağlık hizmetlerinde aile odaklı yaklaşım; tanı, tedavi ve izlem süreçlerine ailenin dahil edilmesi, iletişim sağlanması, sonucu daha verimli hale getirmesi açısından maliyet etkin olacaktır (15).

Aile, çocuk gelişimde temel öneme sahiptir. Çocuğun etkileşim içinde olduğu en küçük çevre ailesidir (16). Halk sağlığı hizmetleri ile makro çevre şartları iyileştirilebilir. Mikro çevresel koşullar ailenin işlevselliğine bağlıdır. Aile işlevselliği; eşlerin birbirleri ile ve çocukları ile arasındaki uyumdur. "Sağlıklı aile" işlevlerini yerine getirebilen, bireylere özgürlüklerini kısıtlamadan sahip çıkan, kişisel gelişimleri için yeterli alan bırakan, geliştirici ve eğitici ailelerdir. Duygusal olarak bağlıdırlar ve iletişimleri açık ve rahattır. Herkes sorumluluğunu yerine getirmektedir. Çatışmaları ve krizleri birlikte çözerler. "Sağlıksız aile" işlevlerini kısmen veya tamamen yerine getiremeyen, sorunlu ailelerdir. Bireylerin ihtiyaçlarının tam olarak karşılanamadığı çatışmalı bir ortam hakimdir. İletişim az veya yetersiz oluğu için duygusal bağlar da güçlü değildir. Sorunlara çözüm bulmak güçleşmiştir. Yani aile, kişi için hem destek hem de stres kaynağı olabilmektedir (17).

Aile yaşam kalitesi, ailenin gereksinimlerini karşılayabilmesi, aile olmaktan ve birlikte yaşamaktan mutluluk duyulmasıdır. Yaşam kalitesini değerlendirmede ortak bir standart bulunmamakla birlikte, yaşam kalitesinin göstergeleri açısından literatüre bakıldığında; yaş, medeni durum, cinsiyet, eğitim, gelir, sağlık durumu, sosyal destek, konut, iş yaşamı, boş zaman faaliyetlerinin etkilediği görülmektedir (18, 19). Evlilik

doyumu, ailenin işlevselliğini sağlıklı biçimde devam ettirdiğinin en önemli göstergelerinden biridir. Kişinin inançları ve beklentileri doğrultusunda belirlenmekte, fiziksel uyum, anlayış, davranış gibi bileşenlerden oluşmaktadır (20).

Gebelikte ve doğum sonrası dönemde ailede yeterli destek olmamasının düşük doğum ağırlığı, artmış doğum komplikasyonları ve doğum sonrası depresyon ile ilişkisi gösterilmiştir. Aile hekimi doğum öncesi ve sonrası dönemdeki takiplerle ailelerdeki risk işaretlerini saptayabilir. Bu ailelerle daha sık görüşme yaparak anne, bebek ve aile için olası olumsuz etkilerin azaltılmasına katkı sağlayabilir (9).

İlk altı yaş çocuğun kişiliğinin şekillendiği dönemdir. Erken çocukluk dönemindeki biyolojik, psikolojik ve sosyal ortamın, ilerideki sağlığa etkileri önemlidir. Bu dönemde yaşanan yetersiz beslenme, fiziksel veya duygusal ihmal, uyaran eksikliği, başarısız ebeveynlik veya ebeveyn yoksunluğu çocukta büyüme ve gelişme geriliğine neden olmaktadır. Anne çocuk bağlanmasının sağlıklı olmaması çocukta uyumsuzluk, öğrenme güçlüğü veya davranış bozukluğu olarak karşımıza çıkmaktadır. Aile içi stresli dönemlerde salgılanan hormonlar kısa süreli adaptasyonu sağlamakta ancak stres sürekli olursa düşük dereceli devamlı uyarılma ile ortaya çıkan uzamış kronik yanıt gelişimi olumsuz olarak etkilemektedir (21).

Çocukların hastalanması ile ebeveynlerin duygusal durumu arasında ilişki vardır. Ebeveynler çatışmaları yönetemiyor veya kaçınıyorsa, anne sosyal değilse, ebeveynlerin somatik yakınmaları fazla ise ve ebeveynlerin kendi sağlık algıları düşük ise çocukların daha fazla hastalandığı gösterilmiştir. Ailenin yaşadığı fiziksel ortam, hijyen alışkanlıkları bazı enfeksiyon hastalıklarının aile içinde yayılmasına sebep olabilmektedir (15).

Aile çocuklarda olduğu kadar yetişkinlerde de mortalite ve morbiditeyi etkilemektedir. Evli erkek ve kadınların daha mutlu olduğu, hastalıkların azaldığı, dul veya yalnız yaşayan erkek ve kadınlarda ise arttığı bilinmektedir (22). Aile içi stresin yüksek olduğu durumlarda somatik yakınmaların ve sağlık başvurularının arttığını gösteren çalışmalar vardır (23).

Aile bakımı ve desteği akut ve kronik hastalıklar ve sakatlıklarda önemli bir faktördür. Her ailenin kendine özel hastalıkla başa çıkma yöntemleri vardır. Hekim

tarafından önerilen tedavi, aile içinde kabul gördüğü oranda uygulanacaktır. Tedavi ve iyileşme sürecinde ailenin görüşleri alınarak uyum sağlayabilecekleri yöntemlerin seçilmesi ile klinik sonuçlar iyileştirilebilir (24, 25).

Aile yaşamının travmaları ebeveynlerin davranış ve tutumunu da etkilemektedir. Kişinin kendi çocukluğundaki ortam, ailenin geliri, işsizlik, göç, evde yaşayan kişi sayısı, eğitim durumu, fiziki koşullar, sosyal destek, eş ile iletişim, bakıma muhtaç hasta veya engelli aile bireyinin olması gibi durumların etkisi kaçınılmazdır (26). Sağlıklı bir çocuğun bakımı ile engelli bir çocuğun bakımı aynı değildir. Kronik hastaya bakım veren ailelere eğitim ve rehberlik verilmesinin, bakıma diğer bireylerin de dahil edilmesi ve yükün paylaşılması gibi yararları olacaktır (27, 28).

2.2. Aile Hekimliğinde Ailenin Önemi

Aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimi yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmadan, tıbbi bakım arayan her bireye, kendi aileleri, kültürleri ortamında kapsamlı ve sürekli hizmet sunmaktadır (29).

Bireyin sağlık ve hastalık ile ilgili tutumları, köken aldığı veya yetişip büyüdüğü aile içinde gelişmektedir. Bireyin ailesi ile ilgili bilgiye sahip olmak, kişinin sağaltım sürecini etkileyecek ailesel faktörleri anlamayı ve aileyi sürece dahil ederek daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır (15).

Aile hekiminin kişi ile ilk teması evlilik öncesi danışmanlık ile başlayıp uzun yıllar devam eder. Bu nedenle, ailenin geçirdiği aşamaları tanıma fırsatı olur. Doğum aileyi yaklaştıran merkezcil bir aşamadır. Doğum sonrası dönemde aile planlaması danışmanlığı hizmetinin verilmesi, anne sütü verilmesinin teşvik edilmesi, büyüme ve gelişmenin takip edilmesi kadar ailenin yeni düzene uyumu, eşlerin birlikte zaman geçirmesi, ebeveynlik becerilerinin kazanılması da önemlidir. Her başvuruda ve izlemde ailede gerginlik belirtilerinin farkına varılması, riskli durumların tespit

edilmesi ve aileye danışmanlık verilmesi, gerekirse diğer aile üyeleri ile görüşme yapılması ve aileye dair bu bilgilerin doğru şekilde yönetilmesi gerekmektedir (15).

Birinci basamakta aileyi değerlendirmek için kısa ve kullanımı pratik testler mevcut değildir. Her aile hekimi kendi mesleki pratiği, yaklaşımı, aile kavramlarına dair bilgi ve becerisi ölçüsünde bir yaklaşım sergilemektedir (30). Kullanılan testler arasında "Aile Apgarı" beş madddeden oluşan aile desteği ve iletişim ile ilgili memnuniyeti değerlendiren bir testtir (31). "Aile Yaşam Döngüsü" ailenin bulunduğu aşamaya göre yeniden şekillenen dinamiklerini anlamayı sağlamaktadır (4). "Aile Değerlendirme Ölçeği" problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevleri ölçmekte kullanılmaktadır (32).

Aile odaklı sorular sorarak, aile üyelerinin hastalık ve tedaviye dair inanışları, aile içi stresli durumların varlığı, sorunla ilgili yeterli destek olup olmadığı ortaya çıkarılabilmektedir. Bireyin aile yaşam döngüsünde hangi aşamada olduğu, yakınmaların bununla ilgisi olup olmadığı tanı ve tedavide önem taşımaktadır. Fiziksel yakınmaların aile stresine bağlı olabileceği her zaman ihtimal dahilindedir. Aileyi tanımak, aileyi tedavi sürecine dahil etmek, aile hekiminin durumu yönetme seçeneklerinin artmasını sağlayacaktır.

2.3. Aile Hekimliği ve Biyopsikososyal Yaklaşım

Biyopsikososyal model ilk defa George Engel tarafından 1977'de tanımlanmıştır. Hasta bakımında baskın olarak kullanılan biyomedikal modelin hastayı indirgediğini, hastalık odaklı olarak hastayı nesneleştirdiğini savunmuştur. Hastanın kişisel deneyimlerinin klinik açıdan anlamlı olabileceğini, hastanın sosyo-kültürel çevresi ve mevcut sağlık sistemleri ile birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir (33).

Biyopsikososyal modelin eleştirmenleri, hekimlerin yoğun iş yükü altında kapsamlı değerlendirme yapmasının mümkün olmadığını, modelin ancak patofizyolojisi net açıklanamayan hastalıklarda kullanımının uygun olduğunu söylemişlerdir. Ayrıca kapsamlı değerlendirme için daha fazla yetkinlik ve zaman gerektiğini savunmuşlardır.

Aile hekimliği, bireyi sağlıkta ve hastalıkta mevcut tüm durumları ile ele alarak biyopsikososyal yaklaşımı benimseyen, tedavi etmek kadar sağlığı korumayı da amaçlayan bir disiplindir. Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA) 2002 yılında Avrupa'da yapılan toplantıda aile hekimliğinin temel özelliklerini ve aile hekiminin taşıması gereken çekirdek yeterlilikleri tanımlamıştır. Aile hekimliği disiplininin özellikleri şunlardır:

a. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

b. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.

c. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.

d. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.

e. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

f. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

g. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

h. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrımlaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.

i. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

j. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.

k. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

Aile hekimliği disiplinini tanımlayan 11 özellik altı temel yeterlilik altında toplanabilir. Aile hekimi bu yeterlilikleri; klinik, hastalarla iletişim ve sağlık merkezinin yönetimi alanlarında uygulayabilmelidir. Temel yeterlilikler; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım olarak tanımlanmıştır (34).

Kapsamlı yaklaşım; bireyin akut ve kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi ile sağlığı ve iyilik durumunu geliştirebilme ilkelerini kapsar. Bütüncül yaklaşım; kişilere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal modeli kullanabilmeyi ifade eder. Hastayı akut ve kronik tüm durumları ile ele almak birçok yakınma ve sorunu öncelik sırası belirleyerek yönetme becerisi ve yetkinliğini gerektirir.

Aile hekimliğinin hasta ile görüşme süreci kendine özgüdür. Her görüşme ile hastanın hikayesi derinleşir. Hasta ile hekim arasında zaman içinde gelişen bu iletişimin kendisi de iyileştirici özellik taşır. Sağlığın korunması, hastalıkların erken evrede tespit edilebilmesi için yaşa uygun taramalar yapılarak birincil ve ikincil koruma hedeflenir. Mevcut hastalıklarda, üçüncül koruma ile mortalite ve morbiditenin azaltılarak kişinin ve ailesinin yaşam kalitesini iyileştirilmesi amaçlanır. Kişiyi tüm boyutları tanımak ve önem vermek, birçok sağlık ve hastalık davranışı ile ilişkisini de anlamayı sağlamaktadır. Sorunun altında yatan nedenin ele alınması, hasta memnuniyetinin artmasına ve başarılı klinik sonuçlar elde edilmesine katkıda bulunacaktır (35).

Aile, tıpkı birey gibi birçok çevre ile etkileşim içindedir. Bireye kapsamlı ve bütüncül şekilde yaklaşmak hekim ve hasta açısından olumlu sonuçlar verdiği gibi, aileyi de biyopsikososyal olarak değerlendirmek; akut ve kronik sorunları belirlemek, aile ilişkilerini anlamak, gerekli olduğu durumlarda aile görüşmesi yapabilmek, aile terapistinden farklı olarak tüm aile bireylerinin medikal ve psikososyal problemleriyle ilgilenmek ve çözümler geliştirmeyi içine alır.

Modernleşme ile yaşam koşulları ve aile içi ilişkilerde birçok değişiklikler olmaktadır. Aile, yeni şartlara adapte olurken sosyal, ekonomik ve psikolojik streslerle başa çıkmak durumundadır. Normal olan bu süreçte zaman zaman dışardan destek gerekli olabilmektedir. Aileye bütüncül yaklaşım kapsamında akut ve kronik sorunlara

çözümler bulunması gereklidir. Aile destek hizmetleri, akut durumlarda, aileye gıda, para, giyecek, barınma gibi hizmetlerin sunulması, diğer zamanlarda ailenin kendi içindeki ve toplumla olan ilişkilerinin düzenlenmesi, uyumunun sağlanması ve devam ettirilmesini kapsamaktadır. Bu da birçok kurumun eşgüdümlü olarak çalışması ile mümkün olabilir. Aile hekimi, aile görüşmeleri yaparak, problemi çözebilir veya gereklilik duruma göre sosyal hizmet uzmanı, aile terapisti, aile danışmanı, psikolog, çocuk gelişim uzmanı ve evde bakım hizmet sunucularına yönlendirebilir (36).

2.4. Planlanmamış Gebelikler ve Önemi

Planlanmamış gebelik; kadının gebe kalmak istemediği bir zamanda meydana gelen gebeliği ifade etmektedir. Beklediğinden erken bir zamanda veya hiç çocuk istemediği veya başka çocuk istemediği zamanda olan gebelikler bu tanımın kapsamına girmektedir (6).

Planlanmamış gebeliklerin anne ve bebek sağlığı açısından olası riskleri vardır. Annenin fiziksel ve ruhsal sağlık ve iyilik halini olumsuz etkilemekte ve varsa diğer çocuklarına daha az zaman ayırmasına neden olmaktadır. Erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve riskli annelik davranışları sebebiyle bebek sağlığını da olumsuz etkilemekte anne sütü ile beslenmeyi azaltmaktadır. Planlanmamış gebelikler; medikal takip ve bakım, kaynak ve ekipman gereksiniminde artış ile doğrudan, düşük riski, doğurganlık kaybı ve bebek üzerine olumsuz etkileri gibi olası komplikasyonlar nedeniyle dolaylı olarak sağlık harcamalarını artırmaktadır (37, 38).

Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu' nda 2000 yılında 147 devlet başkanının "küresel düzeyde insan onuru, eşitlik ve esenlik ilkelerinin güçlendirilmesi için topluca taşıdıkları sorumluluğu" kabul ederek ilan edilen Binyıl Bildirgesi'nde "Binyıl Kalkınma Hedefleri" belirlenmiştir. Kadın-erkek eşitliğinin sağlanması ve kadının konumunun güçlendirilmesi, çocuk ölümlerinin azaltılması ve anne sağlığının iyileştirilmesi hedefler arasında yer almaktadır (39).

Tüm dünyada 2008 yılında yaklaşık 208,2 milyon gebelik olduğu ve bunun %41' inin planlanmamış olduğu tahmin edilmektedir. Bu oran en düşükten yükseğe doğru sıralandığında Avustralya %37, Asya %38, Afrika %39, Avrupa %44, Kuzey

Amerika %48 ve Güney Amerika %58 şeklindedir. On beş-on dokuz yaş arasında 16 milyon kızın doğum yaptığı ve bunların büyük ölçüde plansız olduğu düşünülmektedir. Planlanmamış gebeliklerin %38'i doğum, %13'ü düşük, %48'i küretaj ile sonlanmaktadır. Küresel epidemik olan bu durumun anne-bebek sağlığı ve sosyal açılardan birçok riskleri bulunmaktadır (40).

Ülkemizde toplam doğurganlık hızı (TDH) TNSA-2013 verilerine göre 2,26' dır. Kırsal alandaki hız kentsel alandan %21 daha fazladır. Yaşa özel en yüksek doğurganlık hızı 20-24 yaş grubundan 25-29 yaş grubuna ilerlemiştir. Gebelik ve doğum ile ilgili hastalıklar ve ölüm açısından riskli gruplar olan 20 yaş altı ve 35 yaş üstü doğumlar toplamın yaklaşık beşte birine denk gelmektedir. Gelir durumu, yerleşim yeri ve eğitim durumuna göre TDH bölgeler arası farklılık göstermektedir. Araştırma tarihinden önceki beş yıllık dönemdeki doğumların %74'ü istenen zamanda planlanarak gerçekleşmiş, %11'inin daha sonra olması istenmiş, %13'ünün ise olması istenmemiştir. İstenmeyen doğum oranı 20-24 yaş aralığında %7 iken 40 yaş üzerinde oran %42 civarındadır. Daha sonra istenen doğum oranı 20 yaş altı kadınlarda en yüksektir (8).

Güvensiz ortamda yapılan düşüklerin tüm dünyada insidansı binde on dörttür. Bunların çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Güvensiz ortamda yapılan düşükler nedeniyle her yıl dünyada 47 bin kadın ölmektedir. Geri kalan kısmı travma, şok, enfeksiyon, organ yetmezliği, gelecek üreme sağlığı problemleri gibi komplikasyon veya risklere maruz kalmaktadır. Planlanmamış gebelikler nedeniyle her yıl 358 bin kadın gebelik ve ilişkili durumlar nedeniyle hayatını kaybetmekte, bundan çok daha fazlası komplikasyonlar yaşamaktadır. Anne ölüm riski 15 yaş altı annelerde en yüksek orandadır (39).

Birleşmiş Milletler tarafından 2010 Eylül ayında sağlıkla ilgili hedefler güncellenerek 2016-2030 yılları arasında anne, çocuk ve ergen sağlığının iyileştirilmesi için küresel stratejiler belirlenmiştir. "Her kadın- her çocuk" hareketi başlatılmıştır. Hareketin sloganı "Hiçbir kadın, çocuk veya ergen yaşadığı yerden veya kim olduğundan dolayı önlenebilir ölüm risklerine maruz kalmamalıdır." şeklindedir. Çevre sağlığının iyileştirilmesi ve toplumlardaki değişimler vasıtasıyla kadın ve ergenlerin sağlık ve iyilik hali için kazanılmış haklarını öğrenmesi ile hedefe ulaşmak

mümkün olacaktır. Bu stratejinin uygulanması ile 2030 yılında muazzam kar geri dönüşümü olacağı tahmin edilmektedir (41).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen standartlarda modern doğum kontrol yöntemleri kullanılsa ve tüm anne ve bebeklere yeterli tıbbi bakım verilebilse 2014 yılına kıyasla, planlanmamış gebelikler %70, küretajlar %67, anne ölümleri %67 ve bebek ölümleri %77 azalacaktır. Bu da anne ve bebek sağlığına yapılacak yatırımlar olarak geri dönecektir (42).

2.5. Dünyada ve Türkiye'de Aile Planlaması Kullanımı

Birleşmiş Milletler 2017 yılı verilerine göre tüm dünyada, doğurganlık çağındaki evli veya birliktelik yaşayan kadınlar arasında doğum kontrol yöntemi kullanma sıklığı %63'tür. Bu oran Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika'da %70' in üstünde iken orta ve batı Afrika'da %25'in altına düşmektedir. Küresel olarak 2017 yılında doğurganlık çağındaki tüm kadınların %58'i modern bir yöntem kullanmaktadır. Modern yöntem kullanan kadınların %78'i yöntemden memnundur. Dünyadaki her on kadından birinden fazlasının karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı mevcuttur. Yani bu kadınlar çocuk sahibi olmak istememekte veya daha sonra olmak istemekte ancak herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmamaktadır. Afrika' da her beş kadından birinin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı vardır (41).

Tüm dünyadaki toplam karşılanmamış ihtiyacın 2030 yılında 142 milyondan 139 milyona düşeceği, yaklaşık %10 civarında olacağı tahmin edilmektedir. Geleneksel yöntem kullanımı 2000 yılında %6 iken 2017 yılında %5'e düşmüştür. En yüksek oran, %15'ten %8'e düşüş ile Avrupa'dadır. Doğum kontrolü kullanan tüm kadınların sayısının 2030' da 778 milyondan 793 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Bu artışın büyük kısmının doğurganlık çağındaki kadın nüfusundaki artışa bağlı olarak Afrika'da olması beklenmektedir (41).

Ülkemizde karşılanmamış aile planlaması (AP) ihtiyacı yıllar içinde azalmıştır. 1993 yılında %15 iken 2013 yılında %6' dır. Doğu bölgesinde ve ileri yaştaki kadınlarda ihtiyaç en fazladır. Eğitim ve refah seviyesi arttıkça karşılanmamış AP ihtiyacı azalmaktadır. Modern yöntem kullanımı yıllar içinde artarak 2013'te %47' ye

ulaşmıştır. En yüksek düzeyde kullanılan modern yöntemler sırasıyla; RİA %17 ve erkek kondomu %16'dır. Geleneksel yöntemlerden geri çekmeyi kullananların düzeyinde değişiklik olmamıştır. Tüm yöntemler arasında %26 oranı ile kullanılmaya devam edilmektedir. Yöntem kullanan kadınların 12 ay içinde bırakma nedenleri sırasıyla gebe kalma isteği %9, yöntem başarısızlığı %6, yan etki %5, daha etkili yönteme geçme isteği %5, diğer nedenler %2 şeklindedir (8).

Dünyada ve ülkemizde planlamamış gebeliklerin epidemik olması, karşılanmamış AP ihtiyacının yüksek olması nedeniyle AP yöntemlerinin etkin kullanımının önündeki kişisel ve sosyal engeller incelenmeli ve çözüm için yeni yaklaşımlar geliştirilmelidir. Yöntemler hakkındaki yanlış algılar, yan etki korkusu, kültürel tabular, partnerin etkisi, yönteme ulaşmada zorluk, yönteme uyumsuzluk, gebelik riskini hesaplayamama gibi nedenler yöntem kullanımını etkilemektedir. Ayrıca kadınların, AP yöntemlerinin doğumsal defekt, kısırlık veya kansere neden olduğuna dair endişeleri vardır (43).

Danışmanlık ve eğitim ile AP' nin kadın sağlığı ve ekonomiye faydalarının öğretilmesi, seçeneklerin fazlalığının anlatılması, yöntemlerin uygun kullanımının sağlanması, gebelik istemeyen kadınların cesaretlendirilmesi, yönteme ulaşımın kolaylaştırılması kadar önemlidir. Etkin AP kullanımın yaygınlaşması ile güvensiz ortamda yapılan düşükler ve komplikasyonları engellenecek ve plansız gebeliklerin anne, bebek ve topluma getirdiği fiziksel, ruhsal ve ekonomik yük azalacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi Yeri ve Zamanı

Araştırma bir vaka-kontrol çalışmasıdır. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Aile Hekimliği poliklinikleri ve Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (E-ASM) birimlerinde 15 Ağustos 2018 – 15 Ocak 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Marmara Üniversitesi Pendik EAH Aile Hekimliği polikliniklerine ve Tuzla E-ASM'ne herhangi bir nedenle başvuran, planlanmış ya da planlanmamış en az 1 gebelik geçirmiş ve gebeliği canlı doğumla sonuçlanmış olan 18-49 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmaktadır. % 95 güven aralığı ve % 90 güç ile minimum 80 kişilik vaka ve 160 kişilik kontrol grubu alınması planlanmıştır. Katılımcılar, dahil etme kriterlerine uyan, çalışmaya katılmaya gönüllü kişiler arasından gelişigüzel olarak seçilmiştir. Planlanmamış gebeliği olan katılımcılardan vaka grubu, olmayanlardan kontrol grubu oluşturulmuştur.

3.2.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 18-49 yaş arası kadın olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Okur-yazar olmak
- Gebe olmamak
- Bilinen kronik bir hastalığı veya bilinen depresyonu olmamak
- Son doğumunun üzerinden en az 6 hafta en fazla 2 yıl geçmiş olmak
  (Doğum sonrası annenin normal fizyolojik durumuna dönmesi 6 hafta sürdüğü için lohusalığa ait zorlukların yaşam kalitesine olumsuz etkilerinin geçmiş olması ve annenin doğum sonrası depresyon açısından riskli olduğu 2 yılı kapsaması amaçlanarak bu zaman aralığı seçilmiştir.) (44, 45)

3.2.2. Araştırmadan hariç tutulma veya araştırmadan çıkarılma kriterleri

- Araştırmayı katılmayı kabul etmemek
- Okur-yazar olmamak
- Gebe olmak
- Son gebeliğinin üzerinden 6 haftadan az veya 2 yıldan uzun süre geçmiş olmak
- Bilinen kronik bir hastalığı veya depresyonu olmak
- Anket sorularını tam olarak cevaplamamak
- Çalışmadan ayrılmak istemek

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için; araştırıcılar tarafından hazırlanan bir soru formu ile Beach Center Aile Yaşam Kalitesi Ölçeği (BCAYKÖ)' nin normal ailelere uyarlanmış şekli ve Golombok- Rust Evlilik Durumu Envanteri (GREDE) kullanılmıştır.

Anketin ilk kısmı; katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, sağlık algısı, ilk gebelik yaşı, AP kullanımı, toplam doğum sayısı, gebeliklerin sonlanma şekilleri, doğum sonrası dönemde gördüğü destek ve yaşadığı sorunlar hakkında bilgi toplamaya yönelik çoktan seçmeli ve Likert tipi sorulardan oluşmaktadır. Gelir sınıflandırılması anketin hazırlandığı tarih olan Şubat 2018 açlık ve yoksulluk sınırlarına göre yapılmıştır (46). Depresyon taraması için Whooley soruları kullanılmıştır. Son bir ay içindeki ruhsal durumu sorgulayan 2 sorudan oluşmaktadır. Sensitivitesi 0,95 (0,89-0,98) ve spesifitesi 0,56' dır (0,52-0,61). Sorulardan birine veya ikisine "evet" yanıtı verilirse test pozitif kabul edilmekte ve ileri değerlendirme önerilmektedir. Sorulardan ikisine "hayır" yanıtını verilmesi durumunda test negatif kabul edilmektedir. Tarama testi olduğu için pozitif sonuçla tanı konulamaz veya depresyonun şiddeti belirlenemez (47). Planlamadan gebe kalanlara, gebe olduklarını öğrendiklerinde nasıl hissettiklerini vizüel analog skala (VAS) üzerinde birden ona kadar puanlamaları istenmiştir. Bir "hiç iyi hissetmedim", on "çok iyi hissettim" anlamına gelmektedir. Bir-üç puan arası "mutsuz", dört-yedi puan arası "ambivalan", sekiz-on puan arası "mutlu" olarak gruplandırılmıştır.

Anketin ikinci kısmında Beach Center Aile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin normal ailelere uyarlanmış şekli ve Golombok- Rust Evlilik Durumu Envanteri bulunmaktadır. Gelişimsel yetersizliğe sahip olan çocukların ailelerinde öne çıkan "Aile Yaşam Kalitesi" ni ölçmek amacıyla geliştirilen BCAYKÖ, yirmi beş maddeden oluşan, beşli Likert tipi bir ölçektir. Olumsuz madde bulunmamaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Meral ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (48). Yaşam Kalitesine ait "Aile Etkileşimi, Ebeveynlik, Duygusal Yeterlilik, Finansal/Fiziksel/Materyal Yeterlilik, Yetersizliğe İlişkin Destek" alt alanlarını değerlendirmektedir. "Yetersizliğe İlişkin Destek" alt alanına ait dört soru çıkarılarak normal aileler için uyarlanmış formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Şirin tarafından yapılmıştır. Ölçeğin bu formundan alınabilecek en yüksek puan 105, en düşük puan 21'dir (49). Katılımcılardan her bir madde için "hiç uygun değil, uygun değil, ne uygun ne uygun değil, uygun, tamamen uygun" seçeneklerinden kendileri için en uygun olanı seçmeleri istenmektedir. Toplam BCAYKÖ puanı arttıkça "Aile Yaşam Kalitesi" algısı artmaktadır. Golombok Rust Evlilik Durumu Envanteri, çiftlerin evlilik doyumunu değerlendiren, yirmi sekiz maddeden oluşan, dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Geçerlilik ve güvenirlik çalışması Duyan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (50). Katılımcılardan her bir ifade için "Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum" seçeneklerinden birini seçmesi istenmektedir. Ölçeğin Türkçe sürümünde 3, 6, 7, 8, 11, 13, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26 ve 27. maddeler ters puanlanmıştır. Alınabilecek toplam puan 0 ile 84 arasında değişmektedir. GREDE toplam puanı arttıkça, evlilik doyumu azalmakta ve ilişkide sorunlar olduğuna işaret etmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 16 ve altı ise "tanımsız", 17- 21 arasında ise "çok iyi", 22- 25 arasında ise "iyi", 26- 29 arasında ise "vasatın üstünde", 30- 33 arasında ise "vasat", 34-37 arasında ise "zayıf", 38-41 arasında "kötü", 42-46 arasında "ciddi sorunlar", 47 ve üstünde ise "çok ciddi sorunlar" olduğunu göstermektedir.

Anket katılımcılara yüz yüze uygulanmıştır. Ölçeklerde tam anlaşılamayan maddeler için tüm katılımcılara aynı açıklamalar ve örneklemeler yapılmıştır. Anketin uygulanması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.4. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS. 23 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ve frekans analizleri olarak sayı, yüzde, ortalama, ortanca ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin dağılımı normallik açısından Kolmogorov- Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Vaka ve kontrol gruplarının karşılaştırmasında için Pearson Ki-Kare, Mann- Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Sayısal değerler arasındaki ilişkiyi ve yönünü belirlemek üzere korelasyon analizi yapılarak Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Çoklu değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisini saptamak amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Analizler sonucunda $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

3.5. Araştırmanın İzinleri

- Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. (09.2018.447 protokol numaralı Etik Kurul Onam Formu) (Ek-1)

- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Geliştirilmesi Şube Müdürlüğü'nden araştırmanın Marmara Üniversitesi Pendik EAH ve Tuzla E-ASM' de yürütülmesine dair izin alınmıştır. (16867222-604.01.01-2753 Protokol numaralı izin belgesi) (Ek-2-3-4)

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya toplam 275 kadın katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 29,86±4,64 (min: 18- maks: 44), ortalama eğitim süresi 10,87±4,61 yıldır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	n	**%**
Eğitim durumu		
Okur-yazar	15	5,5
İlkokul	54	19,6
Ortaokul	56	20,4
Lise	45	16,4
Üniversite	105	38,2
Meslek		
Ev hanımı	146	53,1
Memur	37	13,5
İşçi	8	2,9
Serbest	1	0,4
Diğer	83	30,2
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	211	76,7
Çalışıyor	47	17,1
Ücretsiz izinde	17	6,2
Aylık hane geliri*		
1603 TL ve altı (düşük)	28	10,2
1603-5330 TL arası (orta)	175	63,6
5330 TL ve üzeri (yüksek)	72	26,2
Aile tipi		
Çekirdek aile	234	85,1
Geniş aile	41	14,9
Sosyal güvence		
Var	259	94,2
Yok	16	5,8
Evde engelli /kronik hasta birey varlığı		
Yok	244	88,7
Var	31	11,3

**Anketin hazırlandığı tarih olan Şubat 2018 açlık ve yoksulluk sınırları esas alınmıştır.*

Katılımcıların hepsi evlidir ve ortalama evlilik yaşı 22,46±3,76 (min: 15- maks: 33), %58,9'u kendisi tanışarak, %33,1'i görücü usulü ile, %8' i aracı vasıtası ile tanışarak evlenmiştir. İlk gebelik yaşı ortanca değeri 23 (min:15, maks: 34), ortalaması 23,69±0,25'tir.

4.2. Katılımcıların Sağlık Durumları ile İlgili Bilgiler

Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili bilgiler Tablo 2'de gösterilmektedir. Buna göre; %60,7'si genel sağlık durumunu "iyi" olarak değerlendirmiştir. Sigara kullananların sıklığı %7,6, alkol kullananların sıklığı %1,8'dir. İki soruluk depresyon tarama testi pozitiflik sıklığı %40'tır.

Tablo 2. Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili bilgiler

	n	**%**
Sigara		
Hiç kullanmadım	219	79,6
Bıraktım	35	12,7
Kullanıyorum	21	7,6
Alkol		
Hayır	270	98,2
Evet	5	1,8
Genel sağlık algısı		
Kötü	4	1,5
Orta	61	22,2
İyi	167	60,7
Çok iyi	43	15,6
Depresyon tarama		
Pozitif	110	40
Negatif	165	60
Toplam	275	100

.

4.2.1. Aile planlaması yöntemi kullanım durumu

Araştırma sırasında katılımcıların %88,7'si herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Modern yöntem ve geleneksel yöntem kullanım sıklığı sırasıyla %65,8 ve %22,9' dur. En sık kullanılan yöntem %29,5 ile kondomdur. Kullanılan aile planlaması yöntemleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanımı durumları

Aile planlaması yöntemi kullanma durumu	n	%
Yöntem yok	31	11,3
Geleneksel yöntem		
Takvim	1	0,4
Geri çekme	62	22,5
Toplam	63	22,9
Modern yöntem		
Kondom	81	29,5
Rahim içi araç	74	26,9
Hormonal yöntemler	16	5,8
Kadın tüplerinin bağlanması	10	3,6
Toplam	181	65,8

4.3. Katılımcıların Gebelik Bilgileri ve Planlanmamış Gebelik ile İlişkili Faktörler

4.3.1. Gebelik bilgileri

Katılımcıların toplam gebelik sayısı ortanca değeri 2 (iqr: 1-8), çocuk sayısı ortanca değeri 2 (iqr: 1-5)'dir. İlk gebelik yaşı ortalaması 23,7±4,29 (min=15, maks=34) olup %17,9'u ilk gebeliğini 20 yaş altında yaşamıştır.

Katılımcıların %41,5'i en az bir defa planlamadan gebe kalmıştır. Plansız gebelik yaşayanların %77,2'sinin son gebeliği plansızdır. Plansız gebelik yaşayanların %49,1'i herhangi bir yöntem kullanırken gebe kalmıştır. Bunların, %51,7'si geri çekme yöntemini kullanırken gebe kalmıştır**.** Plansız gebeliğin devam edip etmeyeceğine %84,2'si eşi ile karar vermiştir. Plansız gebelik yaşayanların %46,5'i gebe olduklarını öğrendiklerinde mutsuz olduklarını belirtmiştir. Planlanmamış gebelikler ile ilgili bilgiler Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Planlanmamış gebelik ile ilgili bilgiler

	n	%
Planlanmamış gebelik varlığı (n=275)		
Var	114	41,5
Yok	161	58,5
Planlanmamış gebeliği olanlar (n=114)		
Son gebeliği plansız olanlar	88	77,2
Diğer herhangi bir gebeliği plansız olanlar	26	22,8
Planlanmamış gebeliği olanlar (n=114)		
Yöntem kullanırken gebe kalanlar	56	49,1
Yöntem kullanmadan gebe kalanlar	58	50,9
Gebe kalındığında kullanılmakta olan yöntemler (n=56)		
Geri çekme	30	53,6
Kondom	14	25
Kombine oral kontraseptifler	6	10,7
Kombine enjektabl kontraseptifler	3	5,4
Takvim	2	3,6
RİA	1	1,8
Gebeliğin devamına nasıl karar verdiği (n=114)		
Eşi ile	96	84,2
Kendisi	16	14
Diğer	2	1,8
Gebe olduğunu öğrendiği zaman nasıl hissettiği (n=114)		
Mutsuz (VAS 1-3 puan)	53	46,5
Ambivalan (VAS 4-7 puan)	29	25,4
Mutlu (VAS 8-10 puan)	32	28,1

Toplamlar ve yüzdeler sütunlara aittir.

4.3.2. Planlanmamış gebelikle ilişkili faktörlerin tek değişkenli analizi

Tablo 5' de planlanmamış gebelik ile ilişkili faktörler gösterilmektedir. Buna göre; planlanmamış gebeliği olan ve olmayan kadınlar arasında; eğitim durumu, evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, çocuk sayısı, evlenme şekli ve çalışma durumu açısından anlamlı fark vardır (p: 0,001; 0,003; <0,0001; <0,0001; <0,0001; 0,008; 0,029).

Tablo 5. Planlanmamış gebelikle ilişkili faktörlerin tek değişkenli analizi

Faktörler	Planlanmamış gebelik*		p
	Var n (%)	Yok n (%)	
Eğitim durumu			**0,001**
Ortaokul ve altı (n=125)	65 (52)	60 (48)	
Lise ve üstü (n=150)	49 (32,7)	101 (67,3)	
Gelir durumu			0,8
1603 TL ve altı (n=28)	13 (46,4)	15 (53,6)	
1603-5330 TL arası (n=175)	71 (40,6)	104 (59,4)	
5330 TL ve üzeri (n=72)	30 (41,7)	42 (58,3)	
Yaş			0,12
(ort ± SS)	(30,51± 5,12)	(29,39± 4,22)	
(ortanca; min-maks)	(30; 18-44)	(29; 21-39)	
Evlilik yaşı			**0,003**
(ort ± SS)	(21,71± 3,65)	(22,99±3,74)	
(ortanca; min-maks)	(21; 15-32)	(23; 15-33)	
İlk gebelik yaşı			**<0,0001**
(ort ± SS)	(22,62± 4,14)	(24,45± 4,23)	
(ortanca; min-maks)	(22; 15-34)	(24; 16-34)	
Toplam gebelik sayısı			**<0,0001**
(ort ± SS)	(2,9± 1,19)	2,22±1,28	
(ortanca; min-maks)	(3; 1-7)	(2; 1-8)	
Çocuk sayısı			**<0,0001**
(ort ± SS)	(2,54±0,85)	(1,73±0,81)	
(ortanca; min-maks)	(3; 1-5)	(2; 1-5)	
Evlenme şekli			**0,008**
Görücü (n=91)	48 (52,7)	43 (47,3)	
Kendisi/aracı vasıtasıyla tanışanlar (n=184)	66 (35,9)	118 (64,1)	
Çalışma durumu			**0,029**
Çalışıyor veya ücretsiz izinde (n=64)	19 (29,7)	45 (70,3)	
Çalışmıyor (n=211)	95 (45)	116 (55)	
Aile tipi			0,99
Çekirdek (n=234)	97 (41,5)	137 (58,5)	
Geniş (n=41)	17 (41,5)	24 (58,5)	
Güncel AP kullanım durumu			0,74
Evet (n=244)	102 (41,8)	142 (58,2)	
Hayır (n=31)	12 (38,7)	19 (61,3)	
Depresyon tarama			0,064
Pozitif (n=110)	53 (48,2)	57 (51,8)	
Negatif (n=165)	61 (37)	104 (63)	

Pearson Ki-kare, Mann-Whitney U

Planlanmamış gebeliği olan ve olmayanlar arasında depresyon tarama testi pozitif olma durumu açısından anlamlı fark yoktur (sırasıyla %20,7; %19,3; p=0,06). Evinde kronik hasta veya engelli birey olanlarda depresyon tarama testi pozitifliği anlamlı derecede yüksektir (p= 0,029).

4.4. Planlanmamış Gebeliklerin Kadın ve Aile Üzerine Etkileri

4.4.1. Doğum sonrası dönemde kadın üzerine etkileri

Katılımcılara doğum sonrası dönemle ilgili bazı sorular sorulmuştur. Planlanmamış gebelik geçirmişse o doğumdan sonraki, geçirmemişse son doğumundan sonraki zamanı göz önünde bulundurarak cevaplamaları istenmiştir. Katılımcıların doğum sonrası dönemde yaşamış olduğu durumların planlanmamış gebelikle ilişkisi Tablo 6' da incelenmiştir. Buna göre; planlanmamış gebelik yaşayanlar, yaşamayanlara göre doğum sonrası dönemde "eşimle ilişkimde sorunlar yaşadım", "evdeki diğer kişilerle ilişkilerimde sorunlar yaşadım" cümlelerine anlamlı olarak "evet", "kendi sağlığımla yeterince ilgilenebildim" cümlesine "hayır" cevabını vermişlerdir (p; 0,01; 0,048; 0,01).

Tablo 6. Doğum sonrası dönemle ilgili algıların karşılaştırılması

	Planlanmamış gebelik*				
	Var		Yok		
Cümleler	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
Eşimle ilişkimde sorunlar yaşadım (n=263)					
Evet	31	28,4	24	15,6	**P= 0,01**
Hayır	78	71,6	130	84,4	
(Varsa) diğer çocuklarımla olan ilişkilerimde sorunlar yaşadım (n=180)					P= 0,1
Evet	20	22,7	21	22,8	
Hayır	68	77,3	71	77,2	
(Varsa) evdeki diğer kişilerle ilişkilerimde sorunlar yaşadım (n=266)					
Evet	23	21,1	19	12,1	**P=0,048**
Hayır	86	78,9	138	87,9	
Ailenin maddi yükü arttı (n=269)					
Evet	80	71,4	106	67,5	P= 0,5
Hayır	32	28,6	51	32,5	
Aile içi fiziksel şiddet gördüm (n=272)					
Evet	4	3,5	4	2,5	P= 0,6
Hayır	109	96,5	155	97,5	
Aile içi tartışmalarımız arttı (n=257)					
Evet	28	74,8	28	19,2	P= 0,2
Hayır	83	25,2	118	80,8	
Kendimi yalnız ve çaresiz hissettim (n=255)					
Evet	46	43,8	49	32,7	P= 0,07
Hayır	59	56,2	101	67,3	
Aile içindeki sorumluluklarım arttı (n=273)					
Evet	102	90,3	141	88,1	P= 0,05
Hayır	11	9,7	19	11,9	
Yeterli destek gördüm (n=245)					
Evet	75	77,3	113	76,4	P= 0,08
Hayır	22	22,7	35	23,6	
Ailemle birlikte eskiden olduğu gibi zaman geçirebildim (n=240)					
Evet	60	60,6	97	68,8	P= 0,2
Hayır	39	39,4	44	31,2	
Kendime eskiden olduğu gibi zaman ayırabildim (n=231)					P= 0,05
Evet	16	17,2	39	28,3	
Hayır	77	82,8	99	71,7	
(Varsa) diğer çocuklarıma yeterince zaman ayırabildim (n=157)				6	
Evet	41	54,7	53	4,6	P= 0,2
Hayır	34	45,3	29	35,4	
Kendi sağlığımla yeterince ilgilenebildim (n=232)					**P= 0,01**
Evet	42	45,7	88	62,9	
Hayır	50	54,3	52	37,1	

*Pearson Ki-kare, *en az bir plansız gebeliği olanlar*

Son gebeliği plansız olanlar, anlamlı derecede “ailenin maddi yükü arttı” ve “aile içindeki sorumluluklarım arttı” cümlesine “evet, “kendime eskiden olduğu gibi zaman ayırabildim” cümlesine “hayır” yanıtını vermişlerdir (p; 0,015; 0,009; 0,026).

4.4.2. Planlanmamış gebeliklerin aile yaşam kalitesi üzerine etkisi

Planlanmamış gebeliklerin aile yaşam kalitesini üzerine etkisi Tablo 7’de gösterilmiştir. En az bir planlanmamış gebeliği olan grupta, BCAYKÖ toplam puanı, olmayan gruba göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p<0,001). Son gebeliği plansız olanlar, planlı olanlar ile karşılaştırıldığında; son gebeliği plansız olan grupta BCAYKÖ toplam puanı anlamlı derecede düşüktür (p<0,001).

Tablo 7. Katılımcıların BCYKÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

Planlanmamış gebelik varlığı *	**BCAYKÖ toplam puan**	**p**
Var (n=114)	81,1±11,6	**<0,001**
Yok (n=161)	85,9±10,4	
Son gebeliğin planlı olma durumu		
Plansız (n=88)	80,36±12,14	**<0,001**
Planlı (n=187)	85,58±9,99	

*Mann-Whitney U, *en az bir plansız gebeliği olanlar*

Aile yaşam kalitesinin alt alanları olan aile etkileşimi, ebeveynlik, duygusal yeterlilik, fiziksel/ materyal yeterlilik alanlarının karşılaştırılması Tablo 8’ de gösterilmiştir. Planlanmamış gebeliği olan ve olmayan gruplar arasında BCAYKÖ alt alanlarından; aile etkileşimi, duygusal yeterlilik, fiziksel/ materyal yeterlilik alanlarında anlamlı fark saptanmıştır (p; 0,01; 0,001; 0,001). Ebeveynlik alt alan algısında iki grup arasında fark saptanmamıştır (p= 0,2).

Tablo 8. Planlanmamış gebelik durumuna göre BCAYKÖ alt alan toplam puan karşılaştırılması

Planlanmamış gebelik*	**Aile etkileşimi**	**Ebeveynlik**	**Duygusal yeterlilik**	**Fiziksel/Materyal yeterlilik**
Var (n=114)	25,22±4	25,9±3,9	13,6±3	17,4±4,3
Yok (n=161)	26,52±3	25,6±3,2	14,7±3	19,1±4,1
p	**0,01**	0,2	**0,001**	**0,001**

*Mann-Whitney U, *en az bir plansız gebeliği olanlar*

Son gebeliği plansız olanlar ile herhangi bir gebeliği plansız olanlar arasında BCAYKÖ toplam puan ortalaması açısından anlamlı fark saptanmamıştır (BCAYKÖ puanlar; 80,36±12,14; 83,57±9,56; p= 0,29).

Son gebeliği plansız ve planlı olanların; BCAYKÖ alt alan puanları Tablo 9' da karşılaştırılmıştır. Son gebeliği plansız olanların aile etkileşimi, duygusal yeterlilik, fiziksel/ materyal yeterlilik alt alan puanları anlamlı derecede düşüktür (p; 0,006; 0,003; 0,003). Ebeveynlik alt alan algısında iki grup arasında fark saptanmamıştır (p= 0,193).

Tablo 9. Son gebeliği plansız olanlar ve planlı olanların BCAYKÖ alt alan toplam puanlarının karşılaştırılması

Son gebelik	**Aile etkileşimi**	**Ebeveynlik**	**Duygusal yeterlilik**	**Fiziksel/Materyal yeterlilik**
Plansız	24,9±4,23	24,73±4,2	13,47±3,02	17,23±4,34
Planlı	26,5± 2,95	25,57±3,14	14,59±2,91	18,91±4,09
p	**0,006**	0,193	**0,003**	**0,003**

Mann-Whitney U

4.4.3. Aile yaşam kalitesini etkileyen faktörler

Aile yaşam kalitesini değerlendiren BCAYKÖ toplam puanına etkisi açısından; sosyodemografik özellikler, genel sağlık algısı, depresyon tarama testi, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, çocuk sayısı Tablo 10' da incelenmiştir. Buna göre;

- Eğitim düzeyi, gelir düzeyi, evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, genel sağlık algısı düzeyi arttıkça BCAYKÖ toplan puanı artmaktadır.
  (p; <0,0001; 0,014; 0,014; 0,007; 0,001)
- Görücü usulü evlenme, çalışmama, evde kronik hasta/ engelli birey varlığı, toplam gebelik sayısı ve çocuk sayısının fazla olması, depresyon tarama testinin pozitif olması aile yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.
  (p; 0,042; 0,005; 0,023, 0,020; 0,021; <0,0001)

Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre BCAYKÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

			BCAYKÖ puanı	
Faktörler		**n**	**ortalama ± SS**	**p**
Yaş	<30	133	85,06±9,55	0,15
	≥30	142	82,83±12,09	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	125	81,12±11,18	**<0,0001**
	Lise ve üstü	150	86,24±10,27	
Evlilik yaşı	20 yaş altı	73	81,34±10,60	**0,014**
	20 yaş ve üzeri	202	84,84±10,98	
Evlenme şekli	Görücü usulü	91	81,54±11,79	**0,042**
	Kendisi tanışarak /diğer	184	85,08±10,38	
Çalışma durumu	Çalışıyor /ücretsiz izinde	64	87,23±10,80	**0,005**
	Çalışmıyor	211	82,90±10,85	
Gelir düzeyi	1603 TL ve altı (düşük)	28	78,85±13,50	**0,014**
	1603-5330 TL arası (orta)	175	83,58±10,19	
	5330 TL ve üzeri (yüksek)	72	86,66±11,08	
Aile tipi	Çekirdek	234	84,11±10,97	0,50
	Geniş	41	82,78±11,04	
Evde kronik hasta/engelli birey	Var	31	78,54±14,08	**0,023**
	Yok	244	84,59±10,35	
İlk gebelik yaşı	<20	49	80,71±9,61	**0,007**
	≥20	226	84,60±11,14	
Toplam gebelik sayısı	1	73	87,10±10,15	**0,020**
	2-3	152	83,13±10,85	
	≥4	50	81,62±11,70	
Çocuk sayısı	1	84	86,25±10,27	**0,021**
	2-3	172	83,54±10,59	
	≥4	19	76,89±14,25	
Depresyon tarama testi	Pozitif	110	80,89±12,06	**<0,0001**
	Negatif	165	85,92±9,71	
Genel sağlık algısı	Kötü/orta	65	80,21±10,95	**0,001**
	İyi/çok iyi	210	85,05±10,75	

Pearson Ki-Kare, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis

Doğum sonrası dönemdeki algıların, aile yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde:

- "Evdeki diğer kişilerle ilişkilerimde sorunlar yaşadım", "ailenin maddi yükü arttı", "kendimi yalnız ve çaresiz hissettim" maddelerine "evet" yanıtı verenlerde BCAYKÖ puanı anlamlı derecede düşüktür (p; 0,040; 0,005; 0,002).

- "Yeterli destek gördüm", "ailemle birlikte eskiden olduğu gibi zaman geçirebildim", "kendime eskiden olduğu gibi zaman ayırabildim", "diğer çocuklarıma yeterince zaman ayırabildim" ve "kendi sağlığımla yeterince ilgilenebildim" maddelerine "evet" yanıtı verenlerde aile yaşam kalitesi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p; <0,0001; <0,0001, 0,002; 0,001; <0,0001).

Aile yaşam kalitesi ile yaş, eğitim süresi, evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, çocuk sayısı arasındaki korelasyon Tablo 11'de gösterilmiştir. Buna göre;

- Aile yaşam kalitesi; toplam eğitim süresi ve ilk gebelik yaşı arttıkça artmaktadır. (p= 0,003; rho: 0,182; p= 0,018; rho: 0,0142)
- Toplam gebelik sayısı ve çocuk sayısı ile aile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon vardır. (p= 0,015, rho: -0,147, p=0,036; rho: -0,127)

Tablo 11. BCAYKÖ puanı ile ilişkili olabilecek durumlar

Değişkenler	**Rho ***	**p**
Yaş	-0,077	0,206
Toplam eğitim süresi	**0,182**	**0,003**
Evlilik yaşı	0,104	0,084
İlk gebelik yaşı	**0,142**	**0,018**
Toplam gebelik sayısı	**-0,147**	**0,015**
Çocuk sayısı	**-0,127**	**0,036**

**Spearman korelasyon katsayısı*

Aile yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri belirlemek için modele, eğitim durumu, evlilik yaşı, evlenme şekli, çalışma durumu, gelir durumu, toplam gebelik sayısı, çocuk sayısı, evde kronik hasta/ engelli birey varlığı, depresyon tarama pozitifliği, genel sağlık algısı ve planlanmamış gebelik değişkenleri girilerek çoklu regresyon analizi yapıldı. Stepwise yöntemi ile değişken seçimi yapıldıktan sonra; eğitim düzeyinin lise ve üzeri olması, depresyon tarama testi pozitifliği, planlanmamış gebelik varlığı ve evde kronik hasta/ engelli birey varlığı değişkenleri ile model kuruldu. Modele ait çoklu regresyon analizi Tablo 12'de gösterilmektedir. Buna göre:

- Eğitim düzeyi arttıkça AYK artmaktadır.

- Planlanmamış gebelik varlığı, evde kronik hasta/engelli birey olması ve depresyon tarama testi pozitifliği durumunda AYK azalmaktadır.

Tablo 12. Aile yaşam kalitesini etkileyen faktörler

Değişkenler	Unstandardize Katsayı	%95 güven aralığı		Standardize katsayı	SE	t	p
		Alt sınır	Üst sınır				
Lise ve üzeri eğitim	3,381	0,826	5,936	0,154	1,298	2,606	**0,010**
Depresyon tarama pozitifliği	-3,713	-6,262	-1,163	-0,166	1,295	-2,867	**0,004**
Planlanmamış gebelik varlığı	-3,789	-6,334	-1,245	-0,170	1,292	-2,932	**0,004**
Evde kronik hasta/ engelli birey varlığı	-4,558	-8,505	-0,610	-0,132	2,005	-2,273	**0,024**

4.4.4. Planlanmamış gebeliklerin evlilik doyumu üzerine etkisi

Evlilik doyumunu değerlendiren GREDE toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 13' te gösterilmiştir. Planlanmamış gebeliği olan grupta anlamlı derecede yüksektir ve bu durum evlilik doyumunun daha düşük olduğunu göstermektedir ($p<0,001$). Son gebeliği plansız olanlar ile planlı olanlar karşılaştırıldığında; son gebeliği plansız olan grupta GREDE toplam puanına göre evlilik doyumu anlamlı derecede düşüktür ($p<0,0001$).

Tablo 13. GREDE toplam puanlarının karşılaştırılması

Planlanmamış gebelik *	**GREDE toplam puan**	**p**
Var (n=114)	29,44±10,37	
Yok (n=161)	23,27±9,51	**<0,001**
Son gebelik		
Plansız (n=88)	30,3±9,56	
Planlı *(n=187)	23,73±10,48	**<0,0001**

*Mann-Whitney U, *en az bir plansız gebeliği olanlar*

Son gebeliği plansız olanlar ile herhangi bir gebeliği plansız arasında GREDE toplam puan açısından anlamlı fark saptanmamıştır (GREDE puanlar; 30,3±10,48; 26,53±9,62; p= 0,20).

4.4.5. Evlilik doyumunu etkileyen faktörler

Evlilik doyumunu etkileyen faktörleri belirlemek için sosyodemografik özellikler, genel sağlık algısı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, plansız gebelik, çocuk sayısı, doğum sonrası döneme ait algılar GREDE puanına etkisi açısından Tablo 14' te incelenmiştir. Evlilik doyumu; GREDE toplam puanı arttıkça azalmaktadır. Buna göre;

- Yaş, aile tipi, toplam gebelik sayısı, çocuk sayısı, depresyon tarama testi sonucu, genel sağlık algısı GREDE toplam puanını anlamlı derecede etkilemektedir. (p; 0,005; 0,034; 0,024, 0,038; 0,015; <0,0001)

Tablo 14. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre GREDE toplam puanlarının karşılaştırılması

			GREDE puanı	
Faktörler		**n**	**ortalama ± SS**	**P**
Yaş	<30	133	24,11±9,81	**0,005**
	≥30	142	27,45±10,55	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	125	26,05±10,91	0,995
	Lise ve üstü	150	25,65±9,82	
Evlilik yaşı	20 yaş altı	73	26,91±10,14	0,209
	20 yaş ve üzeri	202	25,44±10,37	
Evlenme şekli	Görücü usulü	91	26,63±10,38	0,331
	Kendisi tanışarak /diğer	184	25,44±10,18	
Çalışma durumu	Çalışıyor /ücretsiz izinde	64	26,15±9,96	0,855
	Çalışmıyor	211	25,73±10,44	
Gelir düzeyi	1603 TL ve altı (düşük)	28	24,28±12,68	0,599
	1603-5330 TL arası (orta)	175	26,04±9,68	
	5330 TL ve üzeri (yüksek)	72	25,94±10,90	
Aile tipi	Çekirdek	234	26,40±10,32	**0,034**
	Geniş	41	22,58±9,81	
Evde kronik hasta/engelli birey	Var	31	27,93±12,0	0,268
	Yok	244	25,56±10,08	
İlk gebelik yaşı	<20	49	26,38±10,21	0,622
	≥20	226	25,71±10,36	
Toplam gebelik sayısı	1	73	23,24±10,10	**0,024**
	2-3	152	26,62±10,08	
	≥4	50	27,22±10,88	
Çocuk sayısı	1	84	23,79±10,62	**0,038**
	2-3	172	26,55±10,12	
	≥4	19	28,36±9,79	
Depresyon tarama testi	Pozitif	110	28,05±11,75	**0,015**
	Negatif	165	24,35±8,97	
Genel sağlık algısı	Kötü/orta	65	30,50±10,76	**<0,0001**
	İyi/çok iyi	210	24,39±9,76	

Pearson Ki-Kare, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis

Doğum sonrası döneme ait algıların evlilik doyumuna etkisi Tablo 15' da gösterilmektedir. Buna göre;

- "Diğer çocuklarımla olan ilişkilerimde sorunlar yaşadım", "evdeki diğer kişilerle ilişkilerimde sorunlar yaşadım", "aile içi tartışmalarımız arttı", "kendimi yalnız ve çaresiz hissettim" maddelerine "evet" cevabı verenlerde

GREDE puanı anlamlı derecede yüksek olup evlilik doyumunu düşük olduğunu göstermektedir (p; 0,006; 0,030; <0,0001; 0,003).

- "Ailemle birlikte eskiden olduğu gibi zaman geçirebildim", "kendime eskiden olduğu gibi zaman ayırabildim", "diğer çocuklarıma yeterince zaman ayırabildim" ve "kendi sağlığımla yeterince ilgilenebildim" maddelerine "evet" yanıtı verenlerde evlilik doyumu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p; <0,0001; 0,002; 0,001; 0,010).

Tablo 15. Doğum sonrası dönemdeki algıların evlilik doyumuna etkisi

			GREDE puanı	
Doğum sonrası döneme ait algılar		**n**	**Ortalama ±SS**	**p**
Eşimle ilişkimde sorunlar yaşadım	Evet	55	27,50±9,51	0,224
	Hayır	208	25,58±10,47	
(Varsa) diğer çocuklarımla olan ilişkilerimde sorunlar yaşadım	Evet	41	30,87±10,67	**0,006**
	Hayır	139	25,87±9,93	
(Varsa) evdeki diğer kişilerle ilişkilerimde sorunlar yaşadım	Evet	42	29,30±13,20	**0,030**
	Hayır	224	25,16±9,61	
Ailenin maddi yükü arttı	Evet	186	26,36±10,54	0,260
	Hayır	83	24,87±9,50	
Aile içi fiziksel şiddet gördüm	Evet	8	37,37±19,43	0,073
	Hayır	264	25,43±9,72	
Aile içi tartışmalarımız arttı	Evet	56	31,96±12,50	**<0,0001**
	Hayır	201	23,80±8,94	
Kendimi yalnız ve çaresiz hissettim	Evet	95	28,50±11,50	**0,003**
	Hayır	160	23,75±9,18	
Aile içindeki sorumluluklarım arttı	Evet	243	26,09±10,46	0,441
	Hayır	30	24,20±9,03	
Yeterli destek gördüm	Evet	188	24,45±9,42	0,083
	Hayır	57	28,14±12,34	
Ailemle birlikte eskiden olduğu gibi zaman geçirebildim	Evet	157	23,65±9,23	**<0,0001**
	Hayır	83	29,00±11,34	
Kendime eskiden olduğu gibi zaman ayırabildim	Evet	55	21,67±9,18	**0,002**
	Hayır	176	26,87±10,47	
(Varsa) diğer çocuklarıma yeterince zaman ayırabildim	Evet	94	24,32±8,56	**0,001**
	Hayır	63	31,14±12,03	
Kendi sağlığımla yeterince ilgilenebildim	Evet	130	23,81±9,03	**0,010**
	Hayır	102	28,25±	

Pearson Ki-Kare, Mann Whitney U

Evlilik doyumunu değerlendiren GREDE toplam puanı ile yaş, eğitim süresi, evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, çocuk sayısı arasındaki korelasyon Tablo 16'da gösterilmiştir. Buna göre;

- Yaş, toplam gebelik sayısı ve çocuk sayısı arttıkça; GREDE toplam puanı artmakta, evlilik doyumu azalmaktadır.
  (p=0,001; rho: 0,197; p=0,030; rho: 0,131; p=0,020; rho: 0,140)
- Evlilik yaşı, toplam eğitim süresi ve ilk gebelik yaşı ile GREDE toplam puanı arasında korelasyon saptanmamıştır.

Tablo 16. GREDE toplam puanı ile ilişkili olabilecek durumlar

Değişkenler	**Rho ***	**p**
Yaş	**0,197**	**0,001**
Toplam eğitim süresi	0,006	0,917
Evlilik yaşı	-0,029	0,636
İlk gebelik yaşı	-0,029	0,631
Toplam gebelik sayısı	**0,131**	**0,030**
Çocuk sayısı	**0,140**	**0,020**

**Spearman korelasyon katsayısı*

Evlilik doyumu ile ilişkili faktörleri belirlemek için modele, eğitim durumu, evlilik yaşı, evlenme şekli, çalışma durumu, gelir durumu, toplam gebelik sayısı, çocuk sayısı, evde kronik hasta/ engelli birey varlığı, depresyon tarama pozitifliği, genel sağlık algısı ve planlanmamış gebelik değişkenleri girildi. Çoklu regresyon analizi yapıldı. Stepwise yöntemi ile değişken seçimi yapıldıktan sonra; planlanmamış gebelik varlığı ve genel sağlık algısının "iyi-çok iyi" olması değişkenleri ile model kuruldu. Modele ait çoklu regresyon analizi Tablo 17'de gösterilmektedir. Buna göre:

- Planlanmamış gebelik varlığında evlilik doyumu azalmaktadır.
- Bireyin genel sağlık algısının "iyi-çok iyi" olası durumunda evlilik doyumu artmaktadır.

Tablo 17. Evlilik doyumunu etkileyen faktörler

Değişkenler	Unstandardize Katsayı	%95 güven aralığı		Standardize katsayı	SE	t	p
		Alt sınır	Üst sınır				
Planlanmamış gebelik varlığı	5,119	2,768	7,470	0,250	1,194	4,286	**<0,0001**
Genel sağlık algısının "iyi-çok iyi" olması	-4,504	-7,237	-1,771	-1,189	1,388	-3,244	**0,001**

4.5. Aile Yaşam Kalitesi ve Evlilik Doyumu Arasındaki İlişki

Aile yaşam kalitesini değerlendiren BCAYKÖ, aile yaşam kalitesi alt alanları ve evlilik doyumunu değerlendiren GREDE toplam puan ortalamaları Tablo 18' de gösterilmektedir.

Tablo 18. BCAYKÖ toplam, BCAYKÖ alt alan ve GREDE toplam puanları

		ort± SS
BCAYKÖ toplam		83,91±10,97
BCAYKÖ alt alan	Aile etkileşimi	25,98±3,48
	Ebeveynlik	25,30±3,53
	Duygusal yeterlilik	14,23±2,98
	Fiziksel/Materyal yeterlilik	18,37±4,24
GREDE toplam		25,83±10,31

Aile yaşam kalitesini değerlendiren BCAYKÖ toplam puanı ile evlilik doyumunu değerlendiren GREDE toplam puanları arasındaki korelasyon Tablo 19' da gösterilmiştir. Aile yaşam kalitesi arttıkça evlilik doyumu artmaktadır.

Tablo 19. BCAYKÖ ve GREDE toplam puanları arasındaki ilişki

Değişkenler	Rho *	P
BCAYKÖ puanı	-0,5	**<0,0001**
GREDE puanı	-0,5	**<0,0001**

**Spearman korelasyon katsayısı*

5.TARTIŞMA

Planlanmamış gebeliklerin anne ve bebek sağlığı üzerine etkilerine dair birçok araştırma yapılmış olmasına rağmen aile üzerine etkilerini araştıran bir çalışmaya rastlanmamış olması nedeniyle; bu araştırmada planlanmamış gebeliklerin aile yaşam kalitesi ve evlilik doyumuna etkileri araştırılmıştır. Yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda, planlanmamış gebelik yaşayan kadınlarda, aile yaşam kalitesi ve evlilik doyumu, yaşamayanlara kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuş olması araştırmanın en çarpıcı bulgularıdır.

Aile yaşam kalitesi üzerine yapılan araştırmalar, çoğunlukla engelli/hasta çocuğa sahip olan veya psikiyatrik/kronik hasta, bakıma muhtaç birey bulunan ailelerde veya kanserli hasta yakınlarında yapılmıştır. Meral ve arkadaşının 768 otizmli çocuğun annesi ile yaptıkları bir çalışmada, aile yaşam kalitesini değerlendirmek için BCAYKÖ ve sosyal destek algılarını ölçmek için aile destek ölçeği (ADÖ) kullanılmıştır. Aile yaşam kalitesi ortalama puanı ve alt alan puanları açısından ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. En yüksek algı aile etkileşiminde, en düşük algı duygusal yeterlilik alt alanında bulunmuştur. Aile sosyal desteği, gelir düzeyi , sosyo ekonomik statü, anne çalışma durumu ve kentsel alanda yaşamak aile yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (51). Bizim çalışmamızda BCAYKÖ normal gelişimi olan çocuğa sahip ailelere uyarlanmış formu kullanılmış ve doğum sonrası desteği değerlendirmek için sorular sorulmuştur. Çalışmamızda düşük gelir düzeyi ve evde kronik hasta/engelli birey varlığının aile yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Meral ve arkadaşının çalışmasında gelişimsel yetersizliği olan çocuğa sahip olmalarına rağmen AYK algısının yüksek olmasının sebebi; yetersizlikle mücadele için dayanışma içinde olmanın aile içi iletişimi güçlendirmesi olabilir. Düşük gelirli olmanın AYK üzerine olumsuz etkisi çalışmamızla benzerdir. Bu bağlamda AYK' nin artırılması için fiziksel/materyal/finansal alt alanında iyileştirmeler yapılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda annenin toplam eğitim süresi ve ilk gebelik yaşı ile aile yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon, toplam gebelik sayısı ve çocuk sayısı arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Doğum sonrası dönemde yeterli destek görmeyen,

yalnız ve çaresiz hisseden, maddi sorunlar yaşayan, kendine yeterince zaman ayıramadığını düşünen katılımcıların BCAYKÖ puanı daha düşüktür. Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; eğitim düzeyi arttıkça AYK artmaktadır. Planlanmamış gebelik varlığı, evde kronik hasta/engelli birey olması ve depresyon tarama testi pozitifliği durumunda AYK azalmaktadır. Planlanmamış gebelik, kadını beklemediği veya istemediği bir zamanda fiziksel ve psikolojik olarak strese sokarak AYK' ni azaltabilir. Evde kronik hasta/engelli birey olması aileye fiziksel, finansal ve ruhsal ek sorumluklar yüklemesi nedeniyle, depresyon tarama pozitifliği bireyin yaşamdan zevk almasını engelleyerek yeti yitimine sebep olması ile AYK olumsuz etkileyebilir. Planlanmamış gebeliği olan ve olmayanlar, BCAYKÖ alt alan puanları açısından karşılaştırıldığında; aile etkileşimi, duygusal yeterlilik, fiziksel/ materyal yeterlilik alanlarında anlamlı fark görülmüş, ebeveynlik alt alan algısında iki grup arasında fark saptanmamıştır. Bunun sebebi; gebelik plansız da olsa bebek doğduktan sonra, bu durumu rasyonelleştirme ve kendini ebeveynlik açısından yeterli görme eğiliminde olunması olabilir. Kadının eğitim seviyesinin yükseltilmesi, plansız gebeliklerin azaltılması, doğum sonrası dönemde depresyon açısından belli aralıklarla tarama yapılması ve evinde kronik hasta/ engelli birey olan ailelerin desteklenmesi gibi girişimler ile AYK yükseltilebilir.

Çocuğu kaynaştırma öğrencisi olan ve normal gelişim gösteren annelerin aile yaşam kalitelerinin farklı demografik değişkenler açısından incelenmesi amacıyla Söğüt ve Çıkılı'nın, 481 anne ile yaptığı bir vaka- kontrol çalışmasında BCAYKÖ kullanılmış ve AYK'nin yaş, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, yaşadıkları yer, eşlerinin yaşı, eşlerin eğitim durumu, eşlerin çalışma saati, çocuklarının eğitim kademesi, çocuklarının sınıf seviyesi değişkenlerine göre farklılaşmadığı bulunmuştur (52). Bizim çalışmamızda; planlanmamış gebelik veya evde kronik hasta/engelli birey varlığında AYK azaldığı görülmüştür. Bu farklılığın sebebi engelli/yetersizliğe sahip çocuğu olan annelerin yaşam kalitesini yüksek görme isteği veya engelli çocuğa sahip olmanın aileyi birleştirici olumlu etkileri bulunması olabilir.

Dağlar ve arkadaşlarının, üçüncü trimester gebelerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 742 kadın ile yaptıkları çalışmada, sağlık algısı, eğitim düzeyi, gebelik ve doğum sayısı, ekonomik durum algısı ve ebeveynlik

rolüne hazır oluş durumu yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (53). Bizim çalışmamızda benzer şekilde eğitim düzeyi, gelir düzeyi, genel sağlık algısı iyileştikçe yaşam kalitesi algısı iyileşmekte, toplam gebelik sayısı ve çocuk sayısı arttıkça azalmaktadır. Literatürde yaş, medeni durum, cinsiyet, eğitim, gelir, sağlık durumu, sosyal destek, konut, iş yaşamı, boş zaman faaliyetleri yaşam kalitesinin yordayıcıları olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşam kalitesi algısının niteliksel ve niceliksel bileşenleri, öznel ve nesnel göstergeleri vardır. Bunlar için kesin bir standart olmamakla birlikte gelir, eğitim, konut, iş durumu gibi bileşenler nesnel, bunlardan duyulan tatmin ve doyum öznel göstergelerdir (18). Eğitim düzeyi yükseldikçe kişinin hayatı üzerinde birincil söz sahibi olması, gelir arttıkça maddi sorunların azalması, kişinin yaşam kalitesi algısını artırabilir. Toplam gebelik ve çocuk sayısı arttıkça gebelikte ve doğum sonrasında maddi, fiziksel ve duygusal sorumlulukların artması, uzun dönemde çocuğun büyütülmesi ve yetiştirilmesine ait görevler ve endişeler kadının yaşam kalitesi algısını olumsuz etkileyebilir.

Özdemir ve arkadaşlarının Kars'ta (2015) doğum sonrası dönemde yaşam kalitesi ve öz bakım yeteneğini değerlendirmek üzere birinci basamakta yaptıkları tanımlayıcı bir araştırmaya; 4-6 haftalık sağlıklı bebeğe sahip, kendisinin kronik veya psikiyatrik hastalığı olmayan anneler dahil edilmiş, Anne Post Partum Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz bakım Ölçeği kullanılmıştır. Eğitim, gelir durumu, aile tipi ve post partum hafta ile yaşam kalitesi ve öz bakım arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesi artmakta, post partum hafta arttıkça azalmaktadır. Çekirdek aileye mensup olanlarda yaşam kalitesi ve öz bakım yeteneği daha yüksek bulunmuştur (54). Çalışmamızda, benzer olarak eğitim ve gelir düzeyi düzeyi arttıkça aile yaşam kalitesi artmaktadır. Aile tipi ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamıza doğum üzerinden en az 6 hafta en fazla 2 yıl geçmiş olan annelerin dahil edilmesi ve geniş ailelerde aşırı korumacılık veya bireye yeterli kişisel alan tanınmaması sebebiyle lohusalık dönemindeki psikolojik kırılganlıktan kaynaklanıyor olabilir.

Doğum sonrası dönemde yaşam kalitesi ve depresif semptomlar arasındaki ilişkiyi araştırmak için Yunanistan' da Papamarkou ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmaya, post partum üç ve dördüncü gündeki 145 anne dahil edilmiş, Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği ve short form 36 (SF-36) ölçeği kullanılmıştır. Eğitim

düzeyi arttıkça depresyon sıklığında azalma ve depresyon varlığında yaşam kalitesinde azalma olduğu görülmüştür (55). Çalışmamızda, benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça aile yaşam kalitesinde artma, depresyon tarama pozitiflik durumunda azalma olduğu görülmüştür. Annelerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi adına kadınların eğitim düzeyinin artırılmasına yönelik politikalar geliştirilmesi, gebe, lohusa takipleri ve bebek izlemlerinde doğum sonrası depresyon açısından riskli bireylerin saptanarak yakından takip edilmesi önem taşımaktadır.

Polonya'da, çocuk sahibi olmayı istemeyen kadınlarda yaşam kalitesi ve doyumunu etkileyen faktörleri incelemek için 108 katılımcı ile yapılan bir çalışmada; kentsel alanda yaşamak, lise veya üzeri eğitim görmüş olmak ve gelir düzeyinin iyi olması, yaşam kalitesi ve doyumu ve genel sağlık algısı ile ilişkili bulunmuştur (56). Bizim çalışmamızda da lise ve üzeri eğitim görmüş olmak, gelir düzeyinin iyi olması, genel sağlık algısının yüksek olması, planlayarak çocuk sahibi olmak AYK' ni artırmaktadır.

Çağ ve arkadaşının Ankara'da 811 evli birey ile evlilik doyumunu belirleyen değişkenleri tanımlamak üzere yaptıkları bir araştırmaya 448 kadın ve 363 erkek katılmıştır. Evlilik Yaşam ölçeği ve Eş Destek Ölçeği kullanılmıştır. Cinsiyet, çocuk sayısı, evlilik süresi, eşler arasındaki yaş farkı, ailenin gelir düzeyi ve ev içi sorumlulukların paylaşımı evlilik doyumu ile ilişkili bulunmamıştır. Eş desteği, cinsel yaşam memnuniyeti ile evlilik doyumu arasında pozitif, eğitim düzeyi ile negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (57). Bu çalışmalarda planlanmamış gebeliklerle evlilik doyumu arasındaki ilişkiye bakılmamıştır. Bizim çalışmamızda ise evlilik doyumunu değerlendirmek için GREDE kullanılmış, doğum sonrası döneme ait desteği belirlemek için bazı sorular sorulmuş, cinsel yaşama ilişkin ayrıca sorgulama yapılmamıştır. Yaş, aile tipi, toplam gebelik sayısı, planlanmamış gebelik, çocuk sayısı, depresyon tarama testi sonucu, genel sağlık algısı GREDE toplam puanını anlamlı derecede etkilemektedir. Yaş, toplam gebelik sayısı ve çocuk sayısı arttıkça; GREDE toplam puanı artmakta, evlilik doyumu azalmaktadır. Evlilik yaşı, toplam eğitim süresi ve ilk gebelik yaşı ile evlilik doyumu arasında korelasyon saptanmamıştır. Ailesine, diğer çocuklarına ve kendisine yeterli zaman ayırabildiğini düşünenlerde evlilik doyumu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Doğum sonrası dönemde çocukları ve evdeki diğer kişilerle sorunlar yaşayan, yeterli destek

görmediğini düşünen katılımcılarda evlilik doyumu anlamlı derecede düşüktür. Geniş ailede yaşayanlarda evlilik doyumu daha yüksektir. Bunun sebebi, geniş ailede çocuk bakımına yardım edilmesi ve algılanan desteğin yüksek olması olabilir. Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; planlanmamış gebelik varlığında evlilik doyumu azalmakta, bireyin genel sağlık algısının "iyi-çok iyi" olması durumunda evlilik doyumu artmaktadır. Bu bulgular bireylere aile planlaması hizmetlerinin sunulması ya da varsa kullanımı yönündeki engellerin araştırılması gerektiğini düşündürmektedir. Çünkü, evlilik doyumu, aile işlevselliği ve bireysel mutluluk açısından önem taşımaktadır.

Kabasakal ve arkadaşı İzmir'de (2016) 522 evli bireyde eş desteğinin evlilik doyumuna etkisini araştırmak için bir çalışma yapmıştır. Evlilik Yaşam Ölçeği ve Eş Destek Ölçeği kullanılmıştır. Eş desteği ile evlilik doyumu arasında pozitif anlamı ilişki bulunmuştur. Cinsiyet ile evlilik doyumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Evlilik doyumu; duygusal ilişkiler, fiziksel uyum, kişisel özellikler, eş desteği, yaşam doyumu gibi birçok bileşenden oluşmakta ve ailenin işlevselliğini etkilemektedir. İhtiyaç duyduğu zamanda eşinden destek görmesi kişiye kendini değerli hissettirmekle birlikte sosyal destek gereksinimini de karşılamaktadır (58). Bizim çalışmamızda doğum sonrası dönemdeki destek sorgulanmış ve yeterli destek almadığını düşünen kadınlarda, benzer şekilde evlilik doyumu düşük bulunmuştur. Kadının en çok desteğe ihtiyaç duyduğu doğum sonrası dönemde eşinden veya ailesinden destek görmesi hem yaşam kalitesini hem de evlilik doyumunu artırmaktadır.

Postpartum depresyon ve anksiyetenin evlilik doyumuna etkisini incelemek için Jacklyn ve arkadaşları tarafından Nijerya' da (2015) 309 katılımcı ile bir araştırma yapılmıştır. Katılımcılar doğum sonrası 6-14 hafta arasında, postnatal bebek takibi için 3. Basamak iki hastaneye başvuran annelerden rastgele seçilmiş, bilinen kronik veya psikiyatrik hastalığı olanlar, gebelik ve doğumda majör komplikasyon yaşayan anneler dahil edilmemiştir. Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri ile Evlilik Doyumu indeksi kullanılmıştır. Katılımcıların %74' ü üniversite mezunu ve %55,7' si iş sahibidir. Postpartum anksiyete sıklığı %31,1, depresyon sıklığı %33,3, depresyon ve anksiyete skorları yüksek olanlarda evlilik doyumu düşük bulunmuştur. Yaş ve eğitim düzeyi ile evlilik doyumu arasında anlamlı ilişki vardır. Eğitim seviyesi arttıkça evlilik doyumu da artmaktadır. (59). Bizim çalışmamızda

üniversite mezunu anne oranı %38 iken, diğer çalışmada %74' tür. İki soruluk depresyon tarama testi pozitifliği %40' tır. Benzer olarak depresyon tarama testi pozitif olanlarda evlilik doyumu anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Yaş arttıkça evlilik doyumu azalmaktadır. Eğitim düzeyi ile evlilik doyumu arasında ilişki saptanmamıştır. Bunun sebebi eğitim düzeyinin ortaokul ve altı, lise ve üstü olarak gruplamış olmamız ve diğer çalışmada üniversite mezunlarının fazla olması olabilir.

Kollektivist kültürlerde çocuğun evlilik doyumuna etkisini araştıran, Amerika dışındaki ülkelerden toplanan verileri içeren 15 çalışmanın dahil edildiği bir meta analizde; çocuk sayısının evlilik doyumunu düşük oranda negatif yönde etkilediği ve anne yaşı arttıkça bu etkinin arttığı bildirilmiştir (60). Çalışmamızda benzer şekilde; anne yaşı ve çocuk sayısı ile evlilik doyumu arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Doğurganlık isteğini tamamlamış olan kadınların güvenilirliği yüksek modern AP yöntemleri kullanımının sağlanması ile ileri yaşta istenmeyen gebelikler azaltılarak evlilik doyumunun olumsuz etkilenmesi engellenebilir.

Rajami ve arkadaşının, yaşam kalitesinin evlilik doyumuna etkisini araştırmak için İran'da, evli ve çalışan 120 kadın ile yaptıkları bir çalışmada Yaşam Biçimi Anketi, SF- 36 ve ENRICH Evlilik Doyumu Anketi kullanılmıştır. Yaşam kalitesi ve evlilik doyumu arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (61). Çalışmamızda benzer olarak aile yaşam kalitesi arttıkça evlilik doyumu artmaktadır. Dolayısıyla aile yaşam kalitesini artıran, kadının eğitim düzeyinin ve ailelerin gelir düzeyinin yükseltilmesi, plansız gebeliklerin azaltılması, sosyal destek programlarının geliştirilmesi gibi faktörlerin hayata geçirilmesi ile bireyler ve aileler desteklenmelidir.

Çalışmaya yaş ortalaması 29,86±4,64 (min: 18- max: 44) olan toplam 275 kadın katılmıştır. Katılımcıların hepsi evlidir ve %75' i en az ortaokul seviyesinde eğitim almıştır. Kentte ikamet eden ve en az ortaokul seviyesinde eğitim almış kadın oranı TNSA -2013' e göre %60,5'tir. Bu bulgulara göre araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeyi Türkiye ortalamasının üzerindedir. Bunun sebebi araştırmanın E-ASM ve MÜPEAH' de yapılmış olması ve tüm popülasyonu temsil etmemesi olabilir. Katılımcıların ilk evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşı ortanca TNSA -2013 verileri ile benzerdir. Toplam gebelik sayısı ortanca değeri 2'dir. Bu sayı Türkiye 2016 yılı toplam doğurganlık hızına (2,10) benzerdir (62). Araştırmanın yapıldığı tarihte halen

çalışmakta olan ve ücretsiz izinde olan katılımcı oranı toplam oranı (%23,3), TNSA-2013 verilerine göre 15-49 yaş arasındaki evli, kentsel alanda ikamet eden ve çalışan kadın oranı (%28,8) ile benzerdir (8).

Çalışmamızda, katılımcıların bilinen kronik bir hastalığı yoktur. Genel sağlık durumlarını %60,7 "iyi", %22,2 "orta", %15,6 "çok iyi" olarak değerlendirmişlerdir. Bilgili ve arkadaşları tarafından Ankara' da 15 yaş üzeri, evli 365 kadın ile yapılan bir araştırmada (2009) katılımcıların %48,1' i sağlığını "orta", %36,9'u "iyi- çok iyi" olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Bu farklılığın sebebi katılımcıların %25,3'ünün kronik bir hastalığının bulunması olabilir (63). Çalışmamızda genel sağlık algısı arttıkça evlilik doyumunun arttığı görülmüştür. Annelerin özellikle doğum sonrası dönemde kendilerine zaman ayırması için desteklenmesi ile sağlık algısı iyileştirilerek evlilik doyumuna olumlu katkı sağlanabilir.

Katılımcılara sorulan iki soruluk depresyon tarama testi %40 oranında pozitiftir. Tarama için Whooley soruları kullanılmış ve iki sorudan herhangi birine veya ikisine "evet" yanıtı verenler depresyon açısından riskli kabul edilmiştir (47). Görüşme sırasında riskli katılımcılara bilgi verilmiş ve ileri değerlendirme için hekime başvurmaları önerilmiştir. Kayahan ve arkadaşları tarafından 15-49 yaş arasında 232 kadın ile İzmir' de (2003) birinci basamakta yapılan bir çalışmada Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmış ve 14 üzerinde puan alan %51 katılımcı riskli kabul edilmiştir. Bu oranın bizim çalışmamızdan yüksek olmasının sebebi; kırsal alanda yürütülmesi ve kullanılan ölçeklerin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir (64). Özyurt ve arkadaşının Manisa'da (2010) kırsal alanda,15-49 yaş arasındaki 225 kadın ile yürüttüğü kesitsel bir araştırmada BDE≥17 sınır değer olarak kabul edilmiş ve depresif belirti yaygınlığı %14,7 saptanmıştır (65). Bu farklılık, araştırmanın tipi, sınır değerin farklı olması ve yönteminden kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların %88,7'si herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Çalışmamızda kondom ve RİA kullanımı TNSA -2013 verilerine göre ülkemiz ortalamasından yüksektir. Bunun sebebi katılımcıların kent merkezinde yaşaması ve eğitim düzeylerinin Türkiye ortalamasının üzerinde olması ile açıklanabilir. Geri çekme kullanım oranı benzerdir.

Çalışmamızda katılımcıların %41,5'i en az bir defa planlamadan gebe kalmıştır. Bu TNSA- 2013 verilerine göre son beş yıl için planlanmamış gebelik sıklığı olan %24' ten yüksektir. Katılımcılar, 6 hafta-2 yaş arasında çocuğu olan kadınlar olduğu ve yaşam boyu planlanmamış gebelikler sorgulandığı için yüksek çıkmış olabilir.

Ersoy ve arkadaşlarının Ankara'da (2014) 3. basamak bir doğumevinde, 475 kadın ile yaptıkları çalışmada son gebeliği plansız olanların oranı %23,2 olarak saptanmıştır. Yaş, parite, çocuk sayısı, yenidoğan ağırlığı, annenin doğumdaki hemoglobin değeri, annenin eğitim düzeyi, gelir, ilk gebelik yaşı ve önceki gebelikle aradaki süre değişkenlerinden annenin eğitim düzeyinin planlanmamış gebelik ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (66). Çalışmamızda yaş, ilk evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, gelir, annenin eğitim düzeyi, toplam gebelik sayısı, parite, çalışma durumu, aile tipi, AP kullanım durumu, depresyon tarama testi pozitifliği, planlanmamış gebelikle ilişkili olabilecek faktörler açısından karşılaştırılmıştır. Annenin eğitim durumu, evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı toplam gebelik sayısı ve parite açısından planlanmamış gebeliği olan ve olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında planlamadan gebe kalanların %34,5'i gebelik istememesine rağmen herhangi bir yöntem kullanmamışlardır. Planlamadan gebe kalanların %66,5'i yöntem kullanırken gebe kalmıştır. Gebe kaldıklarında geri çekme ve kondom kullanım sıklıkları sırasıyla %35,5 ve %18,2'dir. Çalışmamızda herhangi bir gebeliği plansız olanların %50,9'u, son gebeliği plansız olanların %43,2'si gebe kaldıklarında yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda gebelik istemeyenlerde yöntem kullanmama sıklığı daha yüksektir. Yöntem kullanırken gebe kalma sıklığı %49,1 ve son gebeliği plansız olanlarda gebe kaldığında geri çekme kullanım sıklığı %30,7 ve kondom kullanımı %15,9'dur. Bu bulgular benzerdir.

Çalışmamızda genel olarak yöntem kullanım oranı yüksek olmasına rağmen, planlanmamış gebeliklerin fazla olması karşılanmamış AP ihtiyacı ve yöntem başarısızlığı açısından bu popülasyonun değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Aile planlaması yöntemi sorgulanırken yöntem kullanmayanlara ve geri çekme yöntemini kullananlara modern yöntem kullanımı önerilmiştir. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme kullanımı tüm dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın olarak

kullanılmaktadır. Ancak koruyuculuğu modern yöntemlere göre oldukça düşüktür. Kondom, doğru ve sürekli kullanıldığında hem gebelikten hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyan modern bir yöntemdir. Sağlıklı kadın izlemlerinde ve ihtiyaç durumunda AP yöntemleri ve acil kontrasepsiyon hakkında etkin danışmanlık verilmesi ile plansız gebeliklerin ve yöntem kullanımındaki yanlışların azaltılması sağlanabilir.

Tekiner ve arkadaşlarının Malatya'da (2004) 3.basamak bir hastanede doğum servisinde yaş ortalaması 28,32±5,6 olan 108 kadın ile yaptıkları bir çalışmada; planlanmamış gebelik oranı %38 bulunmuştur (67). Plansız gebelik geçirenlerin %42' si gebe kaldıklarında AP yöntemi kullanmamakta, %39'u geri çekme yöntemini ve %15'i kondom kullanmaktadır. Katılımcıların %66' sı ortaokul ve altı, %34% ü lise ve üstü düzeyde eğitim almışlardır. Eğitim düzeyi ile plansız gebelik arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda yaş ortalaması 29,86±4,64, yöntem kullanırken gebe kalma sıklığı %49,1 ve son gebeliği plansız olanlarda gebe kaldığında geri çekme kullanım sıklığı %30,7 ve kondom kullanımı %15,9'dur. Bu bulgular benzerdir. Ortaokul ve altı eğitim alanlar %45, lise ve üstü eğitim alanlar %55 sıklığındadır. Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi ortaokul ve altı olanlarda, lise ve üstü olan gruba göre planlanmamış gebelik sıklığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi, bizim çalışmamızda lise ve üzeri eğitim alanların daha fazla olması, eğitim düzeyi arttıkça modern yöntem kullanma sıklığının artması ve kadının kendi adına karar vermesi olabilir.

Savaş ve arkadaşlarının Hatay'da kadınlarda istenmeyen gebelik ve isteyerek düşük sıklığını ve bunlarla ilişkili risk faktörlerini belirlemek amacıyla 2014 yılında yaptıkları kesitsel bir çalışmada, 635 katılımcıda istenmeyen gebelik sıklığı %15,3 olarak bulunmuştur. İstenmeyen gebeliği olan ve olmayanlar arasında evli/bekar olma, resmi nikah, kadının eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, kadının engellilik durumu, AP danışmanlığı alma durumu, gebe kaldığında yöntem kullanma durumu ve gelecekte yöntem kullanma isteği açısından anlamlı fark bulunmuştur (68). Çalışmamızla benzer olarak kadının eğitim düzeyinin önemi ortaya çıkmaktadır

Barton ve arkadaşlarının İngiltere'de Milenyum Kohort Çalışması' na kayıtlı, partneri olan, doğum sonrası dokuz ayı tamamlamış olan, 12462 kadın ile yaptıkları

bir çalışmada plansız gebelik sıklığı %33 olarak bildirilmiştir. Plansız gebeliği olanların anlamlı derecede daha genç yaşta, düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyinde oldukları bildirilmiştir. İlişki kalitesi ve doyumunu ölçmek için GREDE kısa formu, doğum sonrası psikolojik distresi değerlendirmek için modifiye Rutter Malaise Envanteri kullanılmış ve algılanan sosyal destek Likert tipi sorular ile ölçülmüştür. Plansız gebeliği olan kadınlarda ilişki kalitesi daha düşük, psikolojik zorlanma daha yoğun, algılanan sosyal destek daha az bulunmuştur (69). Çalışmamızda benzer şekilde; plansız gebeliği olan kadınlarda GREDE uzun formu kullanılarak evlilik doyumu değerlendirilmiş ve anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Planlanmamış gebelik yaşayanlar doğum sonrası dönemde kendi sağlıklarıyla eskisi gibi ilgilenemediklerini belirtmişlerdir. Son gebeliği plansız olanlar, istatistiksel olarak anlamlı derecede algılanan sosyal destek açısından kendilerini daha yalnız ve çaresiz hissetmişler, herhangi bir gebeliği plansız olanlar doğum sonrası dönemde eşleriyle ilişkilerinde ve evdeki diğer kişilerle sorun yaşadıklarını belirmişlerdir. Bunun sebebi; bizim kültürel yapımızda aile ve akrabalık ilişkilerinin önemli olması ve aynı zamanda aşırı korumacılık sebebiyle bireye yeterli kişisel alan tanınmaması olabilir.

Avustralya' da, annenin sağlık algısının sosyal belirleyicilerini saptamak için doğum sonrası 2-4 haftadaki 23534 annenin dahil edildiği kesitsel bir araştırmada; düşük gelir, toplu konutta yaşama, babanın işsiz olması, ulaşım aracına sahip olmama, plansız gebelik, annenin sigara içmesi, düşük duygusal ve sosyal destek, anneliğin düşündüğünden zor olması durumlarının ilişkili olduğu görülmüştür (70). Bizim çalışmamızda, evde engelli/ hasta birey varlığı, plansız gebelik, doğum sonrası dönemde evdeki diğer kişilerle sorun yaşama, aile içi tartışmalarda artma, kendini yalnız ve çaresiz hissetme, aileyle eskisi gibi zaman geçirememe, depresyon tarama testi pozitif olma durumları annenin sağlık algısı ile ilişkili bulunmuştur. Plansız gebelik ve destek eksikliğinin etkileri benzerdir. Gelir düzeyi ile anlamlı ilişki bulunmamasının sebebi; analizde sağlık algısını kötü-orta, iyi-çok iyi şeklinde gruplandırmış olmamız, örneklem seçimi ve büyüklüğünden kaynaklanan farklılıklar olabilir.

5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları

Plansız gebeliklerin anne ve bebek sağlığına etkilerine dair birçok araştırma mevcuttur. Ancak aile yaşam kalitesi ve evlilik doyumu açısından değerlendiren bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Birey ve aile sağlığına biyopsikososyal yaklaşımı ilke edinen aile hekimliği alanında benzer çalışmalara bir başlangıç olması açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz. Vaka kontrol çalışması olması, plansız gebeliği olan ve olmayanları karşılaştırmamıza olanak sağlamış olup, çoklu regresyon analizleri ile bulgular desteklenmiştir.

5.2. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma, sadece kadınlarda yapıldığı için plansız gebeliklerin, baba ve diğer aile üyeleri üzerine etkileri değerlendirilememiştir. Aile üzerine etkileri sadece aile yaşam kalitesi ve evlilik doyumu açısından incelenmiştir. Kısa doğum aralıkları nedeniyle diğer çocukların veya istenmeyen gebelik ise yenidoğanın ihmali veya anne sütü ile beslenmenin olumsuz etkilenmesi gibi durumlara dair bilgi vermemektedir. Babanın çalışma durumu, evin kira/mülk/aile apartmanı olması ve sorgulanmadığı için bunların etkileri değerlendirilememiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızın bulgularına göre; aile yaşam kalitesi arttıkça evlilik doyumu artmaktadır. Planlanmamış gebelikler, aile yaşam kalitesi ve evlilik doyumunu olumsuz olarak etkilemektedir. Katılımcıların eğitim seviyesi ülkemiz ortalamasının üzerinde olmasına rağmen, gebelik düşünmeyenlerde AP yöntemi kullanmama veya koruyuculuğu düşük olan geleneksel yöntem tercih etme sıklığı fazladır. Bu da plansız gebelikleri artırmakta, kadın ve aile sağlığını doğrudan etkilemektedir. Plansız gebeliklerin sıklığının azaltılması, anne, bebek ve aile açısından vereceği olumlu sonuçlar ile birincil koruma kapsamında değerlendirilebilir.

Araştırmamızda AP kullanım sıklığı TNSA 2013 verileri ile benzerdir. Geleneksel yöntem kullanımı yüksektir (8). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de karşılanmamış AP ihtiyacı fazladır. Ulaşılabilirlik açısından, bu açığın en kolay kapatılabileceği yer birinci basamaktır. Aile hekimleri, üreme çağındaki tüm kadınlara, evlilik öncesi danışmanlık, 15-49 yaş izlemleri, gebelik ve lohusalık takipleri, bebek ve sağlam çocuk izlemlerinde AP danışmanlık hizmetlerini verebilecek avantajlı konuma sahiptir. Kadının doğurganlık planının sorgulanması ve buna göre kadının fizyolojik ve psikolojik olarak hazır olduğunda çocuk sahibi olması için doğumlar arası sürenin uzatılması, kadın sağlığına bütüncül ve kapsamlı yaklaşım ilkelerine uygun olacaktır. DSÖ, 2018 yılı klavuzunda, seçeneklerin fazlalığının anlatılmasını, yönteme ulaşımın kolaylaştırılmasını, gereksiz tetkik ve muayeneden kaçınılmasını ve acil kontrasepsiyonun yaygınlaştırılmasını önermektedir. Bu girişimlerin hayata geçirilmesi planlanmamış gebelikleri engelleyerek bebek, kadın ve aile sağlığı üzerinde olumlu etkiler sağlayabilir.

Etkin AP danışmanlık ve sunum hizmetleri ile plansız gebeliklerin azaltılması, aile yaşam kalitesi ve evlilik doyumunu olumlu etkileyecektir. Kadınların eğitim düzeyinin yükseltilmesi yaşam kalitesi ve sağlık algısını iyileştirecektir. Doğum sonrası dönemde algılanan destek eksikliği ve depresif belirtiler açısından riskli bireylerin belirlenmesi ve önlem alınması, bireye, aileye ve topluma kısa ve uzun vadede birçok faydalar sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Yolcuoğlu İG. Sosyal Çalışma ve Çocuğun İyilik Hali. Journal of Society & Social Work. 2009;20(1).
2. Güneş N, Demircioğlu H. 0-6 Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Aile İşlevlerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi.
3. Acar AE. Kronik hastalıkların, hastaların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerine etkisi: DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2011.
4. Özdemir Ş, Vatandaş C, Torlak Ö. Sosyal problemleri çözmede aile yaşam döngüsünün (AYD) önemi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2009;16(16):7-18.
5. Doğru HY, Oktay G, İşgüder ÇK, Özsoy AZ, Çakmak B, Delibaş İB, et al. Yaş gruplarına göre kadınların aile planlamasına bakışları ve seçtikleri yöntemlerin değerlendirilmesi: Tersiyer tek merkez deneyimi. Dicle Tıp Dergisi. 2016;43(3):413-8.
6. Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert BC, Curtis K, Cabral R, et al. The measurement and meaning of unintended pregnancy. Perspectives on sexual and reproductive health. 2003;35(2):94-101.
7. WHO, Preventing Unsafe Abortion www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/abortion-safetyestimates/en. (24.3.2018)
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2014;1.
9. Çankaya S, Yılmaz SD, Can R, Kodaz ND. Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;8:232-40.
10. Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı. Şencan İ KB, editor: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı; 2017.
11. Üstgörül S, Yanıkkerem E. Postpartum Dönemde Kadınların Psikososyal Durumları ve Etkileyen Risk Faktörleri. JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi.3(Supp: 1):61-8.

12. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, http://www.basarmevzuat.com/dustur/ms/3/insanhakev.htm. (20.3.2019)
13. Algan T. Aile Danışmanlığı Uygulaması: Dünü, Bugünü ve Yarını. Itobiad: Journal of the Human & Social Science Researches. 2016;5(7).
14. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care. 2012;6(13):88-92.
15. McDaniel S, Campbell T, Hepworth J, Lorenz A. Aile yönelimli birincil bakım. Yaman H, Çev Ed) İstanbul: Yüce Yayınevi. 2007:400-25.
16. Goodman DM. Family health is child health. The Journal of pediatrics. 2017;181:1-2.
17. Gökce H. Dünü, Bugünü, Yarını ile Aile. Sosyoloji Notları. 2017;1(1):50-63.
18. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD). 2016;8(15):137-50.
19. Rettig KD, Leichtentritt RD. A general theory for perceptual indicators of family life quality. Social Indicators Research. 1999;47(3):307-42.
20. Gharibi M, Sanagouymoharer G, Yaghoubinia F. The relationship between quality of life with marital satisfaction in nurses in social security hospital in Zahedan. Global Journal of Health Science. 2016;8(2):178.
21. Taylor SE, Lerner JS, Sage RM, Lehman BJ, Seeman TE. Early environment, emotions, responses to stress, and health. Journal of Personality. 2004;72(6):1365-94.
22. Akın HB, Şentürk E. Bireylerin mutluluk düzeylerinin ordinal lojistik regresyon analizi ile incelenmesi-analysing levels of happiness of individuals with ordinal logistic analysis. Öneri Dergisi. 2012;10(37):183-93.
23. Özenli Y, Yoldaşcan E, Topal K, Özçürümez G. Türkiye'de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009;10(Suppl 2):131-6.
24. Tüzer V. Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2001;4(3):193-201.
25. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik Hastaliklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakim. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013;1(1):57-72.

26. Öztürk M, Giren S. Annelerin Ebeveynlik Algıları İle Çocukların Problem Davranışlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Journal of Education Faculty. 2015;17(2):477-503.

27. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2006;49(2):155-68.

28. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar. 2011;3(3).

29. McWhinney I, Bakım FTE. Aile Hekimliği" içinde.(çev. ed.) Güldal D. 1. basım. Medikal Akademi Yayıncılık, İstanbul. 2012:363-74.

30. Adeniyi OV, Ajayi AI, Moyaki MG, Goon DT, Avramovic G, Lambert J. High rate of unplanned pregnancy in the context of integrated family planning and HIV care services in South Africa. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):140.

31. Bellón JS, Delgado AS, del Castillo Luna J, Lardelli PC. Validity and reliability of the family Apgar family function test. Atencion primaria. 1996;18(6):289-96.

32. Özşenol F, Işıkhan V, Ünay B, Aydın H, Akın R, Gökçay E. Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 2003;45(2):156-64.

33. Kusnanto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. J Family Med Prim Care. 2018;7(3):497-500.

34. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe. 2002. https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf. (15.12.2018)

35. Chai LK, Collins C, May C, Brain K, See DW, Burrows T. Effectiveness of family-based weight management interventions for children with overweight and obesity: an umbrella review. JBI database of systematic reviews and implementation reports. 2019.

36. Özkan Y, KILIÇ E. Ailenin Psiko-Sosyal Destek İhtiyacını Karşılamada Yeni Bir Model Önerisi: Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Psiko-Sosyal Destek Birimi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2013;7(30):25-44.

37. Gülnar D, Sunay D, Çaylan A. Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics. 2010;20(3):141-8.

38. Mohllajee AP, Curtis KM, Morrow B, Marchbanks PA. Pregnancy intention and its relationship to birth and maternal outcomes. Obstetrics & Gynecology. 2007;109(3):678-86.

39. WHO, Unsafe Abortion, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf;jsessionid=0BFF6F6483C972C3D230F149AAB5509A?sequence=1 (12.3.2019).

40. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. Studies in family planning. 2010;41(4):241-50.

41. World Family Planning Highlights 2017 - Highlights

42. WHO, Maternal Mortality, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion (24.3.2018)

43. Family Planning: A Global Handbook for Providers Baltimore

Geneva: World Health Organization Department of Reproductive Health and Research

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs 2018.

44. Halk Sağlığı Müdürlüğü, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. 2010.

45. Erdem Ö, Bucaktepe PGE. Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. Dicle Tıp Dergisi. 2012;39(3):458-61.

46. Şubat 2018 Açlık ve Yoksulluk Sınırı, http://www.turkis.org.tr/SUBAT-2018-ACLIK-ve-YOKSULLUK-SINIRI-d14721 (18.4.2018).

.47. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Journal of general internal medicine. 1997;12(7):439-45.

48. Meral BF. Turkish adaptation, validity and reliability study of the Beach Center Family quality of life scale. Egitim ve Bilim. 2013;38(170).

49. Şirin HD. Ailelerde sosyo-demografik-ekonomik değişkenlerin aile yaşam kalitesine etkileri. E-AJELI (Anatolian Journal of Educational Leadership and Instruction). 2014;2(1):31-46.

50. Duyan V, Duyan GÇ. Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri'nin Türkçe Sürümünün Bir Grup Evli Çift Üzerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.

51. Meral BF, Cavkatar A. Otizmli Çocuk Ailelerinin Aile Yaşam Kalitesi Algıları. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2014;23(3):1363-80.

52. Söğüt DA, Çıkılı Y. Çocuğu Kaynaştırma Öğrencisi Olan ve Normal Gelişim Gösteren Annelerin Aile Yaşam Kalitelerinin Farklı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi.

53. Dağlar G, Bilgiç D, Özkan SA. Üçüncü trimester gebelerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Cukurova Medical Journal.44(3):1-.

54. Özdemir F, Öztürk A, Karabulutlu Ö, Tezel A. Determination of the life quality and self-care ability of the mothers in post-partum period. JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association. 2018;68(2):210-5.

55. Papamarkou M, Sarafis P, Kaite CP, Malliarou M, Tsounis A, Niakas D. Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. BMC women's health. 2017;17(1):115.

56. Bień A, Rzońca E, Iwanowicz-Palus G, Lecyk U, Bojar I. The quality of life and satisfaction with life of women who are childless by choice. Ann Agric Environ Med. 2017;24(2):250-3.

57. Çağ P, Yıldırım İ. Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2016;4(39).

58. Kabasakal Z, Soylu Y. Evli bireylerin evlilik doyumunun cinsiyet ve eş desteğine göre incelenmesi. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi. 2016;5(4):208-14.

59. Odinka JI, Nwoke M, Chukwuorji JC, Egbuagu K, Mefoh P, Odinka PC, et al. Post-partum depression, anxiety and marital satisfaction: A perspective from Southeastern Nigeria. South African Journal of Psychiatry. 2018;24(1).

60. Dillon LM, Beechler MP. Marital satisfaction and the impact of children in collectivist cultures: A meta-analysis. Journal of Evolutionary Psychology. 2010;8(1):7-22.
61. Rajabi F, Khodabandelou R. Mediatory effects of quality of life on the relationship between lifestyle and marital satisfaction among employed women. Social Determinants of Health. 2018;4(3).
62. Sağlık ve Sosyal Koruma, http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=kategorist. (18.4.2019)
63. Bilgili N, Ayaz S. Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(6).
64. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003;4:208-19.
65. Özyurt BC, Deveci A. Manisa'da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. Türk psikiyatri dergisi. 2010;21(1):1-7.
66. Ersoy E, Karasu Y, Çelik E, Ersoy A, Tokmak A, Taşçı Y. Gebeliği plansız olan kadınların kişisel özellikleri ve kontrasepsiyon hakkındaki düşünceleri. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2015;6(3):250-5.
67. Tekiner AS, Çetin F, Ceyhun AG, Kafkaslı A. Planlanmamış gebelikler ile kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki. Dirim Tıp Gazetesi. 2010;85(2):65-71.
68. Savaş N, İnandı T, Arslan E, Peker E, Durmaz E, Erdem M, et al. Unintended pregnancies, induced abortions and risk factors in women admitted to hospitals due to birth or abortion in Hatay. Turkish Journal of Public Health. 2017;15(2):84-95.
69. Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):44.
70. Morgan KJ, Eastwood JG. Social determinants of maternal self-rated health in South Western Sydney, Australia. BMC research notes. 2014;7(1):51.

8.EKLER

Ek-1. Etik kurul onay formu

Ek-2. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Geliştirilmesi Şube Müdürlüğü izin belgesi 1

Ek-3. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Geliştirilmesi Şube Müdürlüğü izin belgesi 2

Ek-4. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Geliştirilmesi Şube Müdürlüğü izin belgesi 3

Ek-5. Araştırmacı tarafından uygulanan anket formu

Ek-6. Gönüllü bilgilendirme formu

Ek-7. Gönüllü onay formu

Ek-1. Etik kurul onay form

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	**PROTOKOL KODU**	**09.2018.447**
	PROJE ADI	Planlanmamış Gebeliklerin Aile Üzerine Etkileri
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Çiğdem APAYDIN KAYA

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 01.06.2018 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	EVET HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

Ek-2. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Geliştirilmesi Şube Müdürlüğü izin belgesi 1

Sayı : 64222187-604.01.01
Konu : Fatma DURMUŞ'un
Anket Çalışması Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi: 12/09/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-2753 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde bulunan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi Dr. Fatma DURMUŞ'un tez danışmanı Doç. Dr. Memnune Çiğdem APAYDIN KAYA ile birlikte **"Planlanmamış Gebeliklerin Aile Üzerine Etkileri"** konulu tez çalışmasını, **Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde** yapma talebi Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Aile Hekimliği Birimimizce incelenmiştir.

Bilindiği üzere aile hekimliği uygulaması kapsamında görev yapan aile hekimleri 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Aile Hekimliği UygulamaYönetmeliği'nin "Kayıtların Tutulma Şekli ve Muhafazası" başlıklı 31 inci Maddesinin 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuat çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23' üncü Maddesinin 1 inci fıkrasında yer alan "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebi ile edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiç bir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimine kayıtlı nüfus ile ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişiler ile paylaşılamaz.

Bu bağlamda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşulu ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi Dr. Fatma DURMUŞ'un talebi uygun mütalaa edilmiştir.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Erdoğan KOCAYİĞİT
Başkan Yardımcısı

Seyitnizam Mahallesi Mevlana Caddesi No:81-83 Zeytinburnu/İstanbulTel:0(212)409 20 00 hsm34.istbil@saglik.gov.tr Büşra Arslan Karaduman Aile Hekimliği Birimi
Faks No:02125461350
e-Posta:busra.arslan5@saglik.gov.tr İnt.Adresi: busra.arslan5@saglik.gov.tr
Bilgi için:Büşra ARSLAN
Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL
Telefon No:02124092676

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 4fbee5ab-96b0-4479-acb6-803580fe3456 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Geliştirilmesi Şube Müdürlüğü izin belgesi 2

Sayı : 71211201-604.01.01
Konu : Fatma DURMUŞ'un
Anket Çalışması Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 12/09/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-2753 sayılı yazı.

İlgi yazı gereği; Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi Dr. Fatma DURMUŞ'un tez danışmanı Doç. Dr. Memnune Çiğdem APAYDIN KAYA ile birlikte "Planlanmamış Gebeliklerin Aile Üzerine Etkileri" konulu tez çalışması ile ilgili ekte yer alan katılımcı anket formundaki aile planlaması ve gebelik tıbbi öyküsüne dair soruların uygun olduğu değerlendirilebilmiştir.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mustafa HATİPOĞLU
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

Ek : Anket Formu (3 Sayfa)

Zeytinburnu Ek Hizmet Binası Seyitnizam Mah. Mevlana Cad. No: 81-83 Ginza Plaza Zeytinburnu / İstanbul Tel: 0(212) 409 20 00 hsm34.ceküsh@saglik.gov.tr
BSKE Öznur ÖNER ÇEKÜS Birimi
Faks No:
e-Posta:oznur.oner@saglik.gov.tr İnt.Adresi: oznur.oner@saglik.gov.tr
Bilgi için:Öznur ÖNER
Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL
Telefon No:02124092000

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden d2d6d312-9212-40ce-9972-07d80ed4aa76 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-4. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Geliştirilmesi Şube Müdürlüğü izin belgesi 3

T.C. Sağlık Bakanlığı İSTANBUL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ
25/09/2018 11:05 - 64222187 - 604.01.01 - E.4824
00077290136

Sayı : 64222187-604.01.01
Konu : Fatma DURMUŞ'un
Anket Çalışması Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi: 12/09/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-2753 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde bulunan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi Dr. Fatma DURMUŞ'un tez danışmanı Doç. Dr. Memnune Çiğdem APAYDIN KAYA ile birlikte **"Planlanmamış Gebeliklerin Aile Üzerine Etkileri"** konulu tez çalışmasını, **Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde** yapma talebi Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Aile Hekimliği Birimimizce incelenmiştir.

Bilindiği üzere aile hekimliği uygulaması kapsamında görev yapan aile hekimleri 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Aile Hekimliği UygulamaYönetmeliği'nin "Kayıtların Tutulma Şekli ve Muhafazası" başlıklı 31 inci Maddesinin 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuat çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23' üncü Maddesinin 1 inci fıkrasında yer alan "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebi ile edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiç bir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimine kayıtlı nüfus ile ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişiler ile paylaşılamaz.

Bu bağlamda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşulu ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi Dr. Fatma DURMUŞ'un talebi uygun mütalaa edilmiştir.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Erdoğan KOCAYİĞİT
Başkan Yardımcısı

Ek-5. Araştırmacı tarafından uygulanan anket formu

Anket no: **Tarih:**

Tel no :

1-Yaş:

2- Medeni Durum:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Boşanmış
- ☐ Eşini kaybetmiş

3-Evli iseniz kaç yaşında evlendiniz? …….

4. Evli iseniz, eşinizle nasıl evlendiniz?

- ☐ Kendimiz tanıştık
- ☐ Görücü usulü ile
- ☐ Diğer **(……)**

5-Eğitim durumu

- ☐ Okur- yazar
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite

6- Toplam eğitim süreniz ……. yıl

7- Mesleğiniz

- ☐ Ev hanımı
- ☐ Memur
- ☐ İşçi
- ☐ Emekli
- ☐ Serbest
- ☐ Öğrenci
- ☐ Diğer (……)

8-Çalışma durumunuz

- ☐ Çalışmıyor
- ☐ Çalışıyor
- ☐ Ücretsiz izinde

9-Çalışıyorsanız haftalık toplam çalışma süreniz? (……. saat/hafta)

10- Hanenizin toplam aylık geliri

- ☐ 1603 TL ve altında
- ☐ 1603 TL ile 5330 TL arası
- ☐ 5330 TL üzeri

11- Kiminle beraber yaşıyorsunuz? (Birden fazla işaretleme yapılabilir)

- ☐ Eşi ile beraber
- ☐ Eşi ve çocukları ile
- ☐ Ebeveyn/ leri ile
- ☐ Çocukları ile
- ☐ Başka akrabası ile
- ☐ Yalnız
- ☐ Diğer (……)

12-Evinizde engelli veya kronik hastalığı olan bir birey var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (Lütfen kim olduğunu ve engel/hastalık durumunu belirtiniz) (……..)

13- Sosyal Güvenceniz var mı? Varsa belirtiniz.

- □ Sosyal Güvencesi Yok
- □ SSK
- □ Emekli Sandığı
- □ Bağ kur
- □ Diğer (……)

14--Sigara kullanıyor musunuz?

- □ Hiç kullanmadım
- □ Bıraktım
- □ Kullanıyorum

15--Alkol kullanıyor musunuz?

- □ Hayır
- □ Evet

16-Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- □ Çok kötü
- □ Kötü
- □ Orta
- □ İyi
- □ Çok iyi

17 -Son bir ay içinde kendinizi sık sık mutsuz hissettiniz mi?

- □ Hayır
- □ Evet

18- Son bir ay içinde sık sık yaptığınız etkinliklerden zevk almadığınızı hissettiniz mi?

- □ Hayır
- □ Evet

19- Şu an aile planlaması için hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

- □ Yöntem kullanmıyorum
- □ Doğal yöntemler (takvim yöntemi,gün sayma, vücut ısısı ölçümü)
- □ Geri çekme
- □ Bariyer yöntemler (prezervatif, kondom, kılıf)
- □ Rahim içi araç (spiral)
- □ Hormonal yöntemler (hap, aylık-üç aylık iğne)
- □ Tüplerin bağlanması
- □ Vazektomi (erkek tüplerinin bağlanması)
- □ Diğer (……)

20-İlk gebelik yaşınız nedir?.....

21-Hiç planlamadan gebe kaldınız mı?

- □ Hayır
- □ Evet (……...defa)

22- Cevabınız evet ise herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanırken mi gebe kaldınız?

- □ Hayır
- □ Evet (lütfen yöntemi belirtiniz ……)

23-Planlamadığınız bu gebeliğin devam edip etmeyeceğine kiminle birlikte karar verdiniz?

- □ Eşimle
- □ Aile büyüklerimizle
- □ Kendim
- □ Diğer (……)

24- Toplam kaç defa gebe kaldınız?.....

25- Aşağıdaki tablo gebeliklerinize dair sorular içermektedir.

					Gebeliğin sonlanma şekli				
	Yılı	Planlı	Plansız	Düzenli takip Var/Yok	Normal doğum	Sezaryen	Düşük	İstemli düşük (Kürtaj)	Ölü doğum
1. Gebelik									
2. Gebelik									
3. Gebelik									
4. Gebelik									
5. Gebelik									
6. Gebelik									
7. Gebelik									
8. Gebelik									

26- Planlamadan gebe olduğunuzu öğrendiğinizde kendinizi nasıl hissettiniz?

1 ---------- 10

(Hiç iyi hissetmedim**)** **(**Çok iyi hissettim**)**

27--Planlanmamış gebelik geçirdiyseniz o gebelikten sonraki, geçirmediyseniz son gebeliğinizden sonraki dönemi göz önünde bulundurarak aşağıdaki ifadelerle ilgili en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Cümleler	**Evet**	**Hayır**	**Emin değilim**
Eşimle ilişkimde sorunlar yaşadım.			
(Varsa) diğer çocuklarımla olan ilişkilerimde sorunlar yaşadım.			
(Varsa) evdeki diğer kişilerle ilişkilerimde sorunlar yaşadım.			
Ailenin maddi yükü arttı.			
Aile içi fiziksel şiddet gördüm.			
Aile içi tartışmalarımız arttı.			
Kendimi yalnız ve çaresiz hissettim.			
Aile içindeki sorumluluklarım arttı			
Yeterli destek gördüm.			
Ailemle birlikte eskiden olduğu gibi zaman geçirebildim.			
Kendime eskiden olduğu gibi zaman ayırabildim.			
(Varsa) diğer çocuklarıma yeterince zaman ayırabildim.			
Kendi sağlığımla yeterince ilgilenebildim.			

28- Yaşadığınız planlanmayan gebelik veya son gebeliğinizden sonra hayatınızda nelerin değiştiğini düşünüyorsunuz?

…….

……

Beach Center Aile Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu bölümde ailenizi en uygun şekilde tanımlayan seçenekleri işaretleyiniz. Lütfen her ifadeye cevap veriniz.

No	Maddeler	Hiç uygun değil	Uygun değil	Ne uygun ne uygun değil	Uygun	Tamamen uygun
1	Ailem birlikte vakit geçirmekten hoşlanır.					
2	Aile üyelerim, birbirleriyle her konuda çekinmeden, açıkça konuşur.					
3	Ailem problemleri birlikte çözer.					
4	Aile üyelerim, amaçlarına ulaşmada birbirlerini destekler.					
5	Aile üyelerim birbirlerine olan sevgi ve ilgilerini gösterir.					
6	Ailem hayatın iniş çıkışlarıyla baş edebilir.					
7	Ailemdeki yetişkinler çocukların kendi ayakları üzerinde durmayı öğrenmelerine yardımcı olur.					
8	Aile üyelerim, çocukların okul ödevlerine ve etkinliklerine yardımcı olur.					
9	Ailemdeki yetişkinler, çocuklara diğer bireylerle (arkadaşlar, komşular v.s.) nasıl geçineceklerini öğretir.					
10	Ailemdeki yetişkinler çocuklara doğru kararlar almayı öğretirler.					
11	Ailemdeki yetişkinler, çocukların hayatlarındaki diğer kişileri (arkadaş, öğretmen vs.) tanırlar.					
12	Ailemdeki yetişkinler, her çocuğun bireysel ihtiyaçlarının karşılanması için yeterli zamana sahiptir.					
13	Ailem stresten kurtulabilmem için gereken desteği sağlar.					
14	Aile üyelerim, destek görebilecekleri arkadaşlara ya da kişilere sahiptir.					
15	Aile üyelerim, bulunmaları gereken yerlere gidebilmek için kendilerine ait bir ulaşım aracına sahiptir.					
16	Aile üyelerim, kendi ilgi alanlarını takip edebilecek yeterli zamana sahiptir.					
17	Ailem, tüm aile üyelerinin özel gereksinimlerini karşılayacak ulaşılabilir dış desteğe sahiptir.					
18	Ailem ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmetlerinden faydalanabilecek ekonomik güce sahiptir.					
19	Ailem masraflarımızı karşılayacak ekonomik güce sahiptir.					
20	Ailem ihtiyaç duyduğunda diş bakımı yaptırabilecek ekonomik güce sahiptir.					
21	Aile üyelerim evde, işte, okulda ve komşularımızda kendini güvende hisseder.					

Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri

Bu bölüm eşinizle ilişkiniz hakkındadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve eşiniz ile ilişkiniz konusundaki hislerinizi en iyi tanımlayan cevabı işaretleyiniz. Eğer seçenekler hissettiklerinizi tam olarak karşılamıyorsa, en uygun olduğunu hissettiğiniz cevabı işaretleyiniz. Lütfen bu bölümdeki soruları eşinizle görüşmeden tamamlayınız.

No	**Maddeler**	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Eşim genellikle ihtiyaçlarımın farkındadır ve ihtiyaçlarıma karşı duyarlıdır				
2	Eşimin mizah anlayışını gerçekten takdir ediyorum				
3	Eşim artık beni dinlemiyormuş gibi görünüyor				
4	Eşim bana asla sadakatsizlik etmemiştir.				
5	Eğer ilişkimi kurtaracaksa arkadaşlarımdan vazgeçmeye istekli olabilirim.				
6	İlişkimizden memnun değilim.				
7	Eşimin bu kadar tembel olmamasını ve bazı şeyleri ertelememesini isterdim.				
8	Eşimle beraber olsam bile bazen kendimi yalnız hissederim.				
9	Eğer eşim beni terk ederse hayatın bir anlamı kalmaz				
10	Birbirimizle anlaşabiliyoruz.				
11	Belli bir noktadan sonra evliliği sürdürmek faydasızdır.				
12	İkimiz de benzer şeylerden hoşlanıyoruz.				
13	Eşime sevgimi göstermekte zorluk çekiyorum.				
14	İlişkimiz hakkında asla şüphelerim olmamıştır.				
15	Eşimle sadece oturup konuşmaktan bile zevk alırım.				
16	Hayatımın geri kalanını eşimle geçireceğim düşüncesini oldukça sıkıcı buluyorum.				
17	İlişkimizde her zaman karşılıklı etkileşim vardır.				
18	Karar vermek zorunda olduğumuz zaman rekabetçi oluyoruz.				
19	Artık tam olarak eşime güvenebileceğimi düşünmüyorum.				
20	İlişkimiz hala çok fazla eğlence ve heyecan dolu.				
21	Birimiz sürekli konuşur, diğeri genellikle susar.				
22	İlişkimiz sürekli gelişim göstermektedir.				
23	Evlilik aslında aşktan daha çok güvenlik ve para ile ilgilidir.				
24	Aramızda daha fazla sıcaklık ve yakınlık olmasını isterdim.				
25	Eşimle olan ilişkime tamamen kendimi adamış durumdayım.				
26	İlişkimiz bazen gergin bir hal alır çünkü eşim beni sürekli düzeltir.				
27	Belki de ayrılmanın eşiğinde olabileceğimizden şüpheleniyorum.				
28	Kavgalardan sonra genellikle çabucak barışabiliriz.				

Ek-6. Gönüllü bilgilendirme formu

T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından **'Planlanmamış Gebeliklerin Aile Üzerine Etkileri'** isimli bir araştırma yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, 15.06.2018-15.10.2018 tarihleri arasında Marmara Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Poliklinikleri ve Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Aile Sağlığı birimlerine başvuran, doğurganlık çağındaki kadınların yaşamış olduğu planlanmamış gebeliklerin kadın sağlığı ve aile üzerine etkilerinin tespit edilmesidir. Bu amaçla sizden bir anket doldurmanız istenecektir. Vaka-kontrol çalışmasıdır. Yaklaşık katılımcı sayısı 80 kişi vaka, 160 kişi kontrol grubu olmak üzere toplam 240 kişidir. Araştırmacı hekim tarafından katılımcılara, geçirmiş olduğu gebelikler, aile içi ilişkiler ve evlilik durumu ile ilgili sorular içeren anket formu yüzyüze uygulanacaktır. Katılımcılardan kan gibi herhangi bir biyolojik örnek alınmayacaktır. Araştırmaya katılmayı reddetme ve yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz yansımaları olmayacaktır. Aile hekimliği polikliniklerinden aynı şekilde hizmet almaya devam edeceksiniz. Araştırmaya katılanlara herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de herhangi maddi talepte bulunulmayacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Bu koşullar altında araştırmamıza katılmayı kabul etmenizi dileriz. Araştırma süresince sorularınız olması durumunda, mesai saatleri içinde Dr Fatma Durmuş'a 0216 625 4550 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla

Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Araştırma ekibi adına araştırma danışmanı

Ek-7. Gönüllü onay formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı-soyadı:

İmzası:

Adresi:

Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı-soyadı:

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin:

Adı-soyadı:

İmzası: