

Bir Doğum Evinde, Doğum Yapan Kadınların Doğurganlık Öyküleri ve Aile Planlaması Davranışları

Fertility Characteristics and Family Planning Attitudes of Women Who Delivered, at a Maternity Hospital

Kamile MARAKOĞLU, Selma ÇİVİ, Songül DEMİRÖZ, Ruhuşen KUTLU

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

ÖZET: Amaç: Bu çalışmada, Konya Faruk Sükan Çocuk ve Doğumevi Hastanesi'nde doğum yapan kadınların sosyodemografik özelliklerinin, doğurganlık karakteristiklerinin ve aile planlaması davranışlarının araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu araştırma, Aralık 2006 – Ocak 2007 tarihinde, Konya Faruk Sükan Çocuk ve Doğumevi Hastanesi'nde 15–49 yaş grubunda doğum yapan kadınların doğurganlık özelliklerini tespit etmeye yönelik tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Çalışma esnasında doğum yapan 1200 kadından, 1000'ine ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan tüm kadınlara 31 sorudan oluşan sosyodemografik, doğurganlık özelliklerine ve aile planlaması kullanma özelliklerine yönelik bir anket uygulanmıştır. Verilerin kaydı ve analizi için SPSS 13.0 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 26.59 ± 5.54 (16–49 yaş, ortanca=26.00), %98.9'u (n=989) ev hanımı idi. Kadınların %8.7'si okuma yazma bilmiyor, %5.3'ü okuryazar, %79.4'ü ilkökul mezunu, %6.0'sı lise mezunu ve %0.6'sı üniversite mezunu idi. Ortalama evlilik yaşı 19.98 ± 3.03 olup (ortanca: 20.0, min:12, max:37) adolesan evlilik oranı %46.1 idi. Gebelik öncesi kontraseptif kullanımı sırası ile %5.8 kombine oral kontraseptifler, %18.5 rahim içi araç (RİA), %12.7 erkek kondomu, %25 geri çekme ve %38.6'sı hiçbir yöntem kullanmıyor idi. Gebelik esnasında ortalama kilo kazancı 13.7 ± 4.27 olup, gebelerin %16.5'i arasında eşler arasında akrabalık vardı. Yüksek riskli gebelik sıklığı %17.3 idi. Kadınların %92.6'sı isteyerek gebe kalmıştı. Kadınların %95.4'ü vajinal yoldan, %22.7'si ise sezaryen ile doğum yapmıştı.

Sonuç: Bu çalışmada, adolesan dönemi evlilik sıklığının yüksek olduğu, aile planlaması kullanım sıklığının ise istenilen düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri, doğum öncesi kontroller riskli gebelikleri azaltacaktır.

ABSTRACT: Objective: In this study, our aim was to find out sociodemographic, fertility characteristics, family planning attitudes of women who delivered at Faruk Sukan Child and Maternity Hospital.

Method: This descriptive and cross-sectional study was performed on the women aged between 15-49 at Faruk Sukan Child and Maternity Hospital in Konya-Turkey between December 2006 and January 2007. We reached 1000 out of 1200 women who delivered (83.4%). A questionnaire of 31 items including sociodemographic, fertility characteristics and the use of family planning was applied to the women who delivered here. SPSS 13.00 program was used for statistical analysis.

Results: The mean age was 26.59 ± 5.54 (median: 26, min: 16, max: 49). 98.9% of women were housewives. Of women, 8.7% (n=87) were illiterate, 5.3% (n=53) literate, 79.4% (n=794) primary school graduates, 6.0% (n=60) high school and 0.6% (n=6) were university graduates. The mean marriage age was 19.98 ± 3.03 (median: 20.0, min: 12, max: 37). Adolescent marriage was %46.1. Contraception methods used before pregnancy were as: 5.8% (n=58) oral combined contraceptive drugs, 18.5% (n=185) intra-uterine contraceptive device (IUCD), 12.7% (n=127) male condoms, 25% (n=250) natural methods and 38.6% (n=386) no methods. The mean of gained weight during pregnancy was 13.07 ± 4.27 kg (median: 13.0, min: 4, max:40). 16.5% (n=165) of them were relatives to their husbands. High risk pregnancy was 17.3% (173). Planned pregnancies were 82.6% (n=826), vaginal delivery 77.3% (n=773), and caesarean section was 22.7% (n=227).

Conclusion: It was established in this study that the frequency of adolescent marriage was high and the use of family planning was not at desired level. Risky pregnancies can be prevented with pre-marital consultation services and prenatal controls.

GİRİŞ

Aşırı doğurganlık halk sağlığının önemli problemlerinden olup, anne ve çocuk hastalıkları ve ölümlerinde artışa yol açmaktadır. Aşırı doğurganlık ve hızlı nüfus artışı: Beslenme, çevre ve doğal kaynaklarda aşırı tüketim ve kirlenmeye, eğitimde, sağ-

lıkta, işsizlikte eşitsizliklere ve çarpık kentleşmeye sebep olmaktadır (1). Nüfus artış hızının yüksek olduğu ülkelerde doğal olarak aşırı doğurganlık söz konusudur. Aşırı doğurganlığın olduğu ülkelerde erken evlenme, adolesan gebelikleri, ileri yaş gebelikleri, 2 yıldan az aralıklarla olan ve çok sayıdaki gebeliklerin, istenmeyen gebeliklerin görülme sıklığı fazladır. Tüm bu özellikteki gebelikler, riskli gebelikler olup kadın, anne ve çocuk sağlığını son derece olumsuz etkilemektedir. Yapılan hesaplamalara göre, gelişmekte olan ülkelerde aile planlamaları uygulamaları ile riskli gebelikler önlenbilirse, anne ve çocuk morbidite ve mortalitelerinde %30–40 oranında azalma meydana gelecektir (1,2). Sözü edilen tüm olumsuz durumların, yani; riskli gebeliklerin, aşırı doğurganlığın, istenmeyen gebeliklerin ve bunlara bağlı olumsuz sonuçların önlenmesi, uygun aile planlaması yöntemlerinin uygulanması ile mümkün olacaktır.

Dünyada çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere yaklaşık 900 milyon üreme döneminde aile bulunmaktadır. Bu ailelerin dünya genelinde %43'ü gebelikten korunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu oran %42 iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran yaklaşık %27 civarındadır (1). Tüm dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem, kadın ve erkekteki cerrahi sterilizasyon olup bunu rahim içi araç (RİA) ve oral kontraseptifler (hap) izlemektedir (1).

Cumhuriyet'in kuruluşundan günümüze kadar Türkiye'nin nüfus yapısında üç farklı dönem yaşanmıştır. Birinci dönemde (1923-1955) ölüm hızları düşmüş, doğurganlık artmış ve nüfus artmıştır. İkinci dönemde (1955-1985) doğurganlık hızı azalmış, ölüm hızı çok azalmış ve yine nüfus artmıştır. Üçüncü dönemde (1985-1990) doğurganlık hızı ve ölüm hızı çok azalmış ve nüfus artış hızı da buna paralel çok azalmıştır (%1.8). Türkiye 1923'den sonra doğurganlığı özendirici (pronatalist) bir politika izlemiştir. 1955–1960 yılları arasında doğum hızı artmaya başlamış ve ürkütücü olmaya başlamıştır. Nüfus artış hızının %3'e ulaşmasının yanı sıra isteyerek yapılan düşüklerin artışı ve anne ölümlerindeki artışı da getirmiştir (1,2). Özellikle isteyerek kişilerin kendileri tarafından başlatılan düşüklere bağlı anne ölümlerinin artması, anne ölümlerini de azaltabilmek için nüfus politikalarının doğurganlığın azaltılması yönünde değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur. 1965 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'ndeki uzun tartışmalardan sonra doğurganlığın azaltılması yönünde (antinatalist) bir politika benimsenmiş ve 557 no'lu ilk nüfus planlaması yasası kabul edilmiştir. Bu yasaya göre aşağıda sayılanlar ülkede yasal

hale gelmiştir: Gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bilgi ve eğitim verilmesi, cerrahi sterilizasyon yöntemleri hariç tüm gebeliği önleyici yöntemlerin sunulması, yalnızca tıbbi nedenlerle isteyerek düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilmesi. Bu yasa temelinde Türkiye'de yıllar boyu sağlanan aile planlaması hizmetleri ancak belli bir düzeye ulaşabilmiştir. Bu yasadan sonra kontraseptif yöntem kullanımı artmıştır. Bu nüfus planlaması kanunu ile bireylere istediği zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olma özgürlüğü tanınmıştır (1,2). Ancak bu yasa sonrası istenmeyen gebelikler, düşükler yeterince önlenememiş ve anne ve çocuk sağlığı açısından olumsuz sonuçlarda azalma tespit edilmemiştir. 1983 yılında ikinci nüfus planlaması yasası olan 2827 sayılı yasa ile eğitilmiş ebe ve hemşirelere rahim içi araç (RİA) uygulama yetkisi, kadın ve erkekte isteğe bağlı cerrahi sterilizasyon ve 10 haftaya kadar olan gebeliklerin sonlandırılması yasal hale getirilmiş ve eğitilmiş pratisyen hekimlere menstrüel regülasyon (MR) yetkisi verilerek sektörler arası iş birliğinin önemi vurgulanmıştır (1,3).

Ülkemizde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre, gebeliği önleyici yöntem kullanma sıklığı 1988'de 63.4, 1993'te 62.6, 1998'de 63.9, 2003'te 71.0 olarak tespit edilmiştir (3). Ülkemizde yıllara göre kullanılan aile planlaması yönteminin artmasına ve yürütülen aile planlaması çalışmalarına rağmen Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ülke geneline temsil eden 5 ilin tüm hastanelerinde 1998 yılı itibari ile ana ölüm hızı yüz binde 49.2 olarak bulunmuştur (4). Yine aynı araştırma sonuçlarına göre ailelerin %62'si başka çocuk istememekte ve %14.0'ü bir sonraki gebeliklerini en az iki yıl geciktirmek istemektedir. Buna rağmen ailelerin yalnızca %38.0'i etkili aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Bu durumun doğal bir sonucu olarak doğumların %26.2'si istenmeyen gebelikler sonucu olmakta, %10.1'inin ise zamanlaması uygun olmamaktadır. Ailelerin sahip olmak istediği ideal çocuk sayısı 2.1 iken doğurgan çağdaki bir kadının sahip olduğu ortalama çocuk sayısı 4.1'dir (5,6). Toplam doğurganlık hızı kırsal yörelerde yaşayan kadınlar için 3.1, kentsel yörelerde 2.4'tür. Türkiye ortalaması ise 2.6'dır (7,8). Bu veriler, ülkemizde ailelerin doğurganlıklarını planlamada yeterince başarılı olmadığını vurgulamaktadır.

Bu çalışmada, Konya Faruk Sükan Doğumevi ve Çocuk Hastanesi'nde doğum yapan kadınların doğurganlık özelliklerinin ve aile planlaması davranışlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Aralık 2006 -Ocak 2007 ayları arasında, Konya Faruk Sükan Çocuk ve Doğumevi Hastanesi'nde 15-49 yaş grubunda doğum yapan kadınların doğurganlık özelliklerini tespit etmeye yönelik tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Çalışma esnasında doğum yapan 1200 kadından, çalışmaya katılmayı istemeyenler ve taburcu olup ulaşılamayan kadınlar alınmadığı için toplam 1000 kadına ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan tüm kadınlara doğum sonrası 1 gün ile hastaneden taburcu olacakları güne kadar bir aile hekimliği araştırma görevlisi tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile 31 sorudan oluşan sosyodemografik ve doğurganlık özelliklerine yönelik bir anket uygulanmıştır.

Verilerin kaydı ve analizi için SPSS 13.0 programı kullanılmış olup, istatistiksel analizde de aynı program kullanılmış olup, önemlilik testi için Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 26.59 ± 5.54 (16-49 yaş, ortanca=26.00) olup, demografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Kadınların %99,9'u (n=999) evli olup, %98,9'u (n=989) ev hanımı idi. Kadınların sigara kullanma sıklığı %3.5 (n=35) idi.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Kadınların özellikleri	n	%
Yaş		
15-19	65	6.5
20-24	359	35.9
25-29	303	30.3
30-34	166	16.6
35-39	89	8.9
40-44	16	1.6
45-49	2	0.2
Eğitim durumları		
Okur yazar değil	87	8.7
Okur yazar	53	5.3
İlkokul mezunu	719	71.9
Ortaokul mezunu	75	7.5
Lise mezunu	60	6.0
Yüksekokul/Üniversite mezunu	6	0.6
Eşlerin eğitim durumları		
Okur yazar değil	16	1.6
Okur yazar	14	1.4
İlkokul mezunu	578	57.8
Ortaokul mezunu	159	15.9
Lise mezunu	195	19.5

Kadınların özellikleri	n	%
Yüksekokul/Üniversite mezunu	38	3.8
Aile tipi		
Çekirdek	514	51.4
Geniş	486	48.6
Sosyal güvence		
Var	836	83.6
Yok	164	16.4
Eşi ile akrabalık		
Var	165	16.5
Yok	835	83.5

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık özellikleri Tablo 2'de yer almaktadır. Parite ortalaması 2.11 ± 1.11 (range=1-7) abortus ortalaması 1.31 ± 0.63 (range=1-4) ve yaşayan çocuk ortalaması 2.10 ± 1.12 (range=0-7) olarak bulundu. Kadınların boy ortalamaları 160.89 ± 5.73 (145-180), gebelik öncesi kilo ortalamaları 59.24 ± 8.48 (40-95), doğum öncesi kilo ortalamaları 72.69 ± 9.10 (range=50-115), gebelikte alınan kilo ortalaması 13.07 ± 4.27 (range=4-40, ortanca=13.00) olarak bulundu. Kadınların tansiyon arterielleri %98,6'sında (n=986) 120/80mmHg altı, %0,8'inde (n=8) 120-139/80-89 mmHg arasında, %0,6'sında (n=6) 140/90 mmHg ve üzerinde idi.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık Özellikleri

Doğurganlık özellikleri	n	%
İlk evlilik yaşı		
19 ve altı	461	46.1
20-24	457	45.7
25-29	74	7.4
30 ve üzeri	8	0.8
Parite		
1	361	36.1
2	328	32.8
3	194	19.4
4 ve üzeri	117	11.7
Abortus		
Yok	809	80.9
1	148	14.8
2	27	2.7
3	15	1.5
4	1	0.1
Yaşayan çocuk sayısı		
1 çocuk	361	36.1
2 çocuk	331	33.1
3 çocuk	190	19.0
4 ve üzeri	118	11.8

Araştırmaya katılan kadınların gebelik öncesi kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımı Tablo 3'de ve Şekil 1'de yer almaktadır. Genel olarak kadınların %61.4'ü bir aile planlaması yöntemi

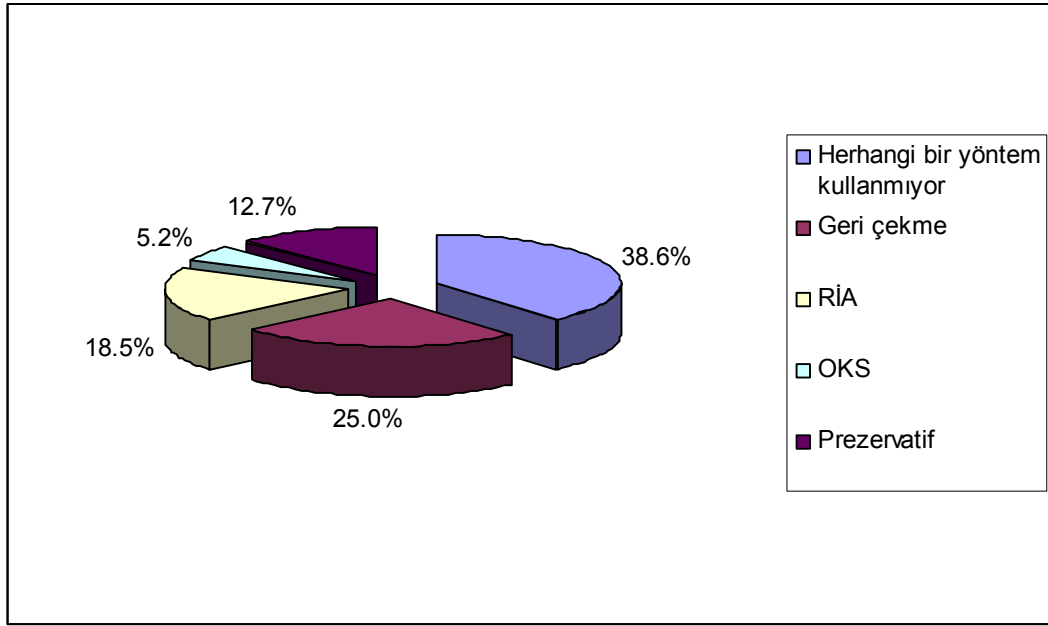
kullanmakta idi. Birinci sırada geri çekme yöntemi (%25.0), ikinci sırada ise rahim içi araç (RİA) (%18.5) kullanımı mevcut idi.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebelik Öncesi Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri

Aile planlaması yöntemi kullanımı	n	%
Yok	386	38.6
Var	614	61.4
OKS	58	5.8
RİA	185	18.5
Prezervatif	127	12.7
Geri çekme	250	25.0

Tablo 4’de araştırmaya katılan kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin yaş, evlenme yaşı, parite, abortus, yaşayan çocuk sayısı, kadın ve eşlerin eğitimlerine göre dağılımları görülmektedir.

Kadınların %77.32’sinin doğumu normal spontan vajinal doğum olarak gerçekleşmiştir. Çalışmamızdaki kadınların %17.3’ünde (n=173) riskli gebelik mevcut olup, bu kadınların 116’sında bir risk etkeni, 28’inde 2 risk etkeni, 29’unda 3 risk etkeni mevcuttu (Tablo 5).



Şekil 1. Konya İli Faruk Sükan Doğumevi Hastanesi’nde doğum yapan kadınların gebelik öncesi kullandıkları AP yöntemlerinin dağılımı (n=1000)

Tablo 4. Kullanılan Aile Planlaması Yöntemlerinin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

Özellikler	OKS		RİA		Geri çekme		Prezervatif		Total		X2 ve p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş											
16-19	2	18.2	0	0.0	7	63.6	2	18.2	11	100.0	
20-24	10	6.5	22	14.2	76	49.0	47	30.3	155	100.0	
25-29	19	8.9	56	26.2	90	42.1	49	22.9	214	100.0	
30-34	14	9.8	63	44.1	47	32.9	19	13.3	143	100.0	
35 ve ↑	7	7.7	44	48.4	30	33.0	10	11.0	91	100.0	
											62.17 p=0.000
Evlenme yaşı											
19 ve ↓	28	9.0	88	28.3	134	43.1	61	19.6	331	100.0	
20-24	17	6.4	79	29.9	110	41.7	58	22.0	264	100.0	
25 ve ↑	7	17.9	18	46.2	6	15.4	8	20.5	39	100.0	
											16.21 p=0.013

Özellikler	OKS		RİA		Geri çekme		Prezervatif		Total		X2 ve p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Parite											
1	6	8.8	4	5.9	33	48.5	25	36.8	68	100.0	
2	25	9.5	57	21.7	112	42.6	69	26.2	263	100.0	
3	12	6.7	79	44.1	67	37.4	21	11.7	179	100.0	
4	9	8.7	45	43.3	185	30.1	250	40.7	127	100.0	
											63.85 p=0.000
Abortus											
Yok	43	9.1	141	29.9	188	39.8	100	21.2	472	100.0	
Var	9	6.3	44	31.0	62	43.7	27	19.0	127	100.0	1.67 p=0.642
Çocuk sayısı											
1	7	10.3	4	5.9	33	48.5	24	35.3	68	100.0	
2	24	9.0	59	22.1	114	42.7	70	26.2	267	100.0	
3	12	6.8	77	43.8	66	37.5	21	11.9	176	100.0	
4 ve ↑	9	8.7	45	43.7	37	35.9	12	11.7	103	100.0	60.89 P=0.000
Kadının eğitimi											
İlkokul ↓	10	12.0	29	34.9	38	45.8	6	7.2	83	100.0	
İlkokul	32	6.9	136	29.3	199	42.9	97	20.9	464	100.0	
Ortaokul ve ↑	10	14.9	20	29.9	13	19.4	24	35.8	67	100.0	29.88 p=0.000
Eşin eğitimi											
İlkokul ve ↓	1	7.1	4	28.6	8	57.1	1	7.1	14	100.0	
İlkokul	25	7.2	110	31.8	155	44.8	56	16.2	346	100.0	
Ortaokul ve ↑	26	10.2	71	28.0	87	34.3	70	27.6	254	100.0	17.70 p=0.007

Tablo 5. Araştırmaya katılan kadınların doğum özellikleri

Özellikler	n	%
Doğum şekli		
Normal SVD (spontan vajinal doğum)	742	74.2
Müdahaleli (vakum ile)	31	3.1
Sezaryan	227	22.7
Riskli gebelik		
Yok	827	82.7
Var	173	17.3
Bu gebelik planlı mı oldu?		
Hayır	46	4.6
Evet	954	95.4
Yaşamınızdan memnun musunuz?		
Hayır	7	0.7
Evet	993	99.3

TARTIŞMA

Konya Faruk Sükan Çocuk ve Doğumevi Hastanesi'nde iki ay içerisinde doğum yapan toplam 1200 kadının 1000'ine ulaşılmış olup, bunların %82,8'i (n=828) 20-34 yaş aralığında idi. Kadınların %14.0'unun eğitiminin olmadığı (ilköğretimi bi-

tirmedığı), %71.9'unun ilköğretim birinci kademe, %7.5'inin ilköğretim ikinci kademe (ortaokul mezunu) mezunu oldukları bulunmuştur. 2003 TNSA sonucuna göre kadınların %25.1'inin eğitiminin olmadığı, %51.0'ının ilköğretim birinci kademe, %7.2'sinin ilköğretim ikinci kademe (ortaokul) mezunu olduğu anlaşılmıştır (3,9). 2003 TNSA çalış-

masında eğitimi olmayan kadınların sıklığı bizim çalışmamızdan daha yüksektir. Aydın ilinde yapılan çalışmada eğitimi olmayan kadınların sıklığı %3.8 iken (10), Diyarbakır'da yapılan çalışmada ise eğitimi olmayan kadınların sıklığının %62.5 olarak bulunması (11), Türkiye'nin batısından doğusuna doğru kadınlarda eğitim almama oranının arttığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda akraba evliliği sıklığını %16.5 olarak bulduk. Akraba evliliği sıklığı ilkököl birinci kademe ve üzeri eğitimlilerde, ilkököl eğitimi almamış olanlara göre önemli ölçüde azdı ($p=0.029$). Akraba evliliği sıklığı yaş ile ilişki göstermekte olup, 30 yaş ve ilerisinde daha fazla idi ($p=0.047$). 1990 yılında Konya'da yapılan bir saha çalışmasında akraba evliliği %23.3 olarak bulunmuş olup, eğitim düzeyi ilkököl birinci kademe üzerine çıkıldığında akraba evliliği sıklığı azalmakta ve yaş ile akraba evliliği sıklığı değişmemekte idi (12). Hindistan'da %48 (13), olup müslüman ülkelerde ise akraba evliliği sıklığı artmaktadır. Örneğin Irak'ta %57.9 (14), Kuveyt'te %54.3 (15), Pakistan'da %50.3 (16), Suudi Arabistan'da %54.3 (17) olup Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, Manisa'da %13 (18), Trabzon'da %20 (19), Antalya kentsel bölgesinde %28.3, kırsal bölgesinde %39.6 (20), Diyarbakır gecekondü bölgesinde %46.8 (21) olarak saptanmıştır. Türkiye genelinde akraba evliliklerinin tüm evlilikler içindeki payı %20.9 iken, bu oran Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da %32.8 olarak belirtilmiştir (21,22). Bu çalışmadan elde edilen akraba evliliği sıklığı yine Türkiye geneline yakın olmakla birlikte doğu bölgesine göre düşüktür.

Adölesan dönemi geniş anlamıyla bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan yetişkinliğe geçiş periyodudur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) adölesanlığın 10-19 yaşlar arasında olduğunu bildirmektedir (23, 24). Adölesanlar birçok ülkede nüfusun %20-25'ini oluşturmaktadır (24). Çalışmamızda ilk evlilik yaş ortalaması 19.98 ± 3.03 olup, adölesan dönemde evlilik oranı %46.1 olarak bulunmuştur. 1998 TNSA sonuçlarına göre, 25-49 yaş arasındaki kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması 19.5'tir. En düşük ilk evlenme yaşı Doğu Anadolu Bölgesi'nde 18.1 iken, Batı Anadolu'da bu yaş 19.9'dur (25). 2003 TNSA araştırması sonuçlarına göre 15-19 yaş evlenme sıklığı %20.05 olarak bulunmuştur (3). Çalışmamızda ilk evlilik yaş ortalaması ülke geneli ile benzeşmekte olup, özellikle adölesan dönemde evlilik oranının %46.0 gibi yüksek oranlarda olması adölesan gebelikleri ve beraberinde istenmeyen gebelikler ve düşüklere arttıracaktır (24). Mortalite oranı gençlerde oldukça düşük olmakla

birlikte, gebelikle ilgili olan mortalite ve morbidite oranı, adölesan kızlarda büyük bir sorun olduğu ve 20-29 yaş arası kadınlarla karşılaştırıldığında, 18 yaş altındaki kadınlarda maternal mortalite ve morbiditenin daha büyük bir risk olduğu unutulmalıdır (24).

Çalışmamızda aile planlaması yöntemi kullanan kadınların sıklığı %61.4 olarak bulunmuştur. Bunlardan modern yöntem kullanma sıklığı %37.0, geleneksel yöntem kullanma sıklığı ise %25.0 olarak bulunmuştur. Ülkemizde her 5 yılda bir düzenli yapılan TNSA araştırma sonuçlarına göre gebeliği önleyici yöntem kullanma sıklığı 1988'de 63,4, 1993'te 62,6, 1998'de 63,9, 2003'te 71,0 olarak tespit edilmiş olup (3), bunlar arasında modern yöntem kullanma sıklığı yıllara göre; %31, %34.5, %37.7 ve %42.5 olarak artarken, yine yıllara göre geleneksel yöntem kullanma sıklığı ise; %32.3, %28.1, %26.1, %28.5 olarak belirli bir azalma sıklığı ile seyretmektedir. Bizim çalışmamızda görülen modern yöntem kullanma sıklığının düşüklüğünü, çalışmadaki kadınların büyük çoğunluğunun genç yaşta olması ve büyük çoğunluğun bu gebeliği istemeleri (%95.4) bu durumu desteklemektedir. Nitekim Tablo 4'te görüldüğü üzere, genç yaş gruplarında etkisiz yöntemlerden geri çekme yönteminin %63.6 gibi bir sıklıkla tercih edilmesi ve yaş ilerledikçe etkili yöntemlerden örneğin RİA kullanma sıklığının %48.4 gibi sıklıklara çıkması bu durumu desteklemektedir. 19-24 yaş grubunda geri çekme yöntem sıklığının anlamlı derecede yüksek olması ileride istenmeyen gebelik sıklığını arttırabileceğinden ve beraberinde istenmeyen ana ve çocuk mortalite ve morbiditesine yol açabileceğinden özellikle Konya genelinde kadınlarımıza evlilik öncesi ve gebelik sonrası aile planlaması hizmetlerinin sağlık kuruluşlarınca ve sağlık çalışanlarınca her fırsatta verilmesi gerektiğini göstermektedir. Benzer durum parite sayısı ve çocuk sayısı ile de desteklenmektedir (Tablo 4).

Kadınların eğitim düzeyi ilkököl ve altı olanlarda etkisiz yöntem kullanma sıklığı (geri çekme), ortaokul ve üzeri olan gruba göre anlamlı derecede yüksek idi. Aynı anlamlı durum eşlerin eğitim durumlarına göre sergilenmekte idi. Bir kadının doğurganlığını kontrol altına alması kadının statüsü, eğitim düzeyi ve sahip olduğu çocuk sayısı ile yakından alakalıdır. Bu durum yapılan çalışmalarla desteklenmektedir (2,9, 26,27).

Çalışmamızda sezaryan doğum sıklığını %22.7 olarak bulduk. Özellikle son yıllarda artan sezaryan oranı büyük bir sorun oluşturmaktadır. Dünyadaki doğumların yaklaşık %15'i sezaryenle gerçekleşmektedir. En yüksek oran Karayipler ve Latin Ame-

rika'da (%29), en düşük oran ise Afrikada (%3.5) bulunmuştur. ABD'de sezaryen oranı ise yüksek olup, 2005 yılında Sağlık İstatistikleri Ulusal Merkezinin sonuçlarına göre tüm doğumların %30.2'si, Kanada'da ise %22.5'i sezaryen ile gerçekleşmiştir (28, 29,30). Ülkemizde ise sezaryen doğum oranı 1988'de %5.7 iken 1998'de %20.8'e, 2003'de ise son 5 yıldaki sezaryen doğum oranı %21'e çıkmıştır (28). Ülkemizde ve özellikle çalışmamızda sezaryen doğum oranındaki artış ciddi sağlık sorunları ve sağlık hizmeti sunumunda sıkıntı yaratabilecek sonuçlar doğurabilecek düzeylere doğru tırmanmaktadır.

Riskli gebelikler genellikle anne, fetus ya da yeni doğanın doğumdan önce veya sonra artmış morbidite ve mortalite riskini taşıması olarak tanımlanmaktadır (31). Çalışmamızda bulduğumuz riskli gebeliği (%17.3, n=173) olan kadınların 116'sında bir risk etkeni, 28'inde 2 risk etkeni, 29'unda 3 risk etkeni mevcuttu. Türkiye'de yılda 1.958.501 gebeliğin olduğu ve bunlardan yaklaşık 284.000'inin isteyerek olmak üzere 454.373'ünün düşük ile sonlandığı, 29.378'inin ölü doğum olduğu, 465.000'inin gebelikleri süresince hiç doğum öncesi bakım almadığı, 436.526 kadının tek, 156.324 kadının ise birden fazla gebelik ile ilgili risk faktörü taşıdığı 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda tespit edilmiştir. Yaklaşık 40-50 yıl önce doğum sırasında ve sonrasında kadının hayatını kaybetmesi durumuna daha sık rastlanmakta idi. Günümüzde gelişmiş ülkelerde maternal mortalite oranları 100.000 canlı doğumda 10'un altına ve ülkemizde maternal mortalite hızı 49.20'ye indirilebilmiştir (32). Her ne kadar gebelik fizyolojik bir hadise ise de gebeliklerin %5-%20 sinde anne ve bebeğin sağlığını tehdit eden patolojik bir riskli olayla karşılaşılabilir (33). Doğum öncesi bakımın amacı gebe hastanın daha önce geçirmiş olduğu bir hastalığın erken tanısı kadar, sağlıklı bir gebenin bu gebeliğinde ortaya çıkabilecek bir hastalığın zamanında teşhis edilebilmesidir. İlk antenatal muayenede mevcut riskler ortaya çıkarılıp uygun takiplerle erken önlem alınarak, morbidite ve mortalite oranları azaltılabilir (33).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda adölesan dönemde evlilik oranını yüksek olarak bulduk. Bu durumun adölesan dönemde önemli bir maternal mortalite ve morbidite riskine yol açabileceği unutulmamalıdır. Kadınlar arasında aile planlaması yöntemi kullanımı hala istenilen sıklıkta olmayıp, bunlardan etkisiz yöntem kullanımı önemini korumaktadır. Kadınlar arasında

sezaryenle doğumların ve riskli gebeliklerin hala önemli bir sorun olduğu dikkati çekmektedir. Kadınlarımıza evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin düzenli verilmesi, aile planlaması yöntemlerinin tanıtılması ve bilgilendirilmeleri ile istenmeyen durumların önlenebileceği, ana ve çocuklarımızın sağlığına olumlu etkileri olacağı unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, s 248–250, 2006 Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2007.
2. Karaoğlu L, Çetin F, Ilgar M, Tekiner S, Güneş G, Genç MF, Eğri M, Pehlivan E. Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan evli kadınların doğurganlık özellikleri ve gebeliği önleyici yöntem kullanımları. İnönü Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 12 (2):93–97.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; Ekim 2004.
4. Akın A, Aslan D. Kadın sağlığı. Yeni Türkiye. 2001; 529.
5. Daş Z. Kadınlara doğum sonu dönemde verilen aile planlaması eğitiminin etkin yöntem kullanımına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1998.
6. Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A, Özdemir L. Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine başvuran kadınların aile planlaması yöntem tercihleri ve etkileyen faktörler. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25 (3): 99 -104.
7. Gökmen O, Özcan S. Dünyada ve Türkiye'de üreme sağlığı. Yeni Türkiye. 2001; 486-6.
8. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; Ekim 1999.
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye, 2003.
10. Gemalmaz AF, Okyay P, Doyuran E, Başak O, Beşer E. Aydın İli 1 Nolu AÇSAP Merkezi Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Std. 2005; 14 (4): 80-86.
11. Saka G, Ceylan A, Ertem M, İçlin E. Kadın sağlığı merkezinde istemli düşük yaptıran kadınların özellikleri. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m22.htm>. [Erişim Tarihi: 26.3.2008].
12. Çivi S, Kaplanoğlu N. Konya'da akraba evliliklerinin sıklığı ve tıbbi sonuçları. Sağlık Dergisi. 1990; 62 (2), 75-82.
13. Surender S, Prabakaran B, Khan AG. Mate selection and its impact on female marriage age, pregnancy

- wastages and first child survival in Tamil Nadu, India. Soc. Biol. 1998; 41(3-4): 289-301.
14. Hamamy H et al. Consanguineous matings in the Iraqi urban population and the effect on pregnancy outcome and infant mortality. Iraqi medical journal. 1986; 34:75-80.
 15. AlAwadi SA et al. Consanguinity among the Kuwaiti population. Clinical genetics. 1985; 27:243-246.
 16. Bittles AH, Grant JC, Shami SA. Consanguinity as a determinant of reproductive behaviour and mortality in Pakistan. International Journal of Epidemiology. 1993; 22(3):463-467.
 17. Wong SS, Anokute CC. The effect of consanguinity on pregnancy outcome in Saudi Arabia. Journal of the Royal Society of Health. 1990; 4:146-147.
 18. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması. Doğurganlığı etkileyen ara değişkenler. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa, Emek matbaacılık, 1999; 60-61.
 19. Baki A, Karagüzel A, Beser E ve ark. Consanguineous marriages in the province of Trabzon, Turkey. East Afr. Med J. 1992; 69 (2): 94-6.
 20. Güz K, Dedeoğlu N, Lülecı G. The Frequency and medical effects of consanguineous marriages in Antalya, Turkey. Hereditas. 1989;111(1): 79-83.
 21. Toksöz P. Diyarbakır yöresinde anne ve çocuk sağlığını etkileyen etmenlerin analizi. Dicle Üniversitesi GAP Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, Diyarbakır, 1992; 4: 28-34.
 22. Kayahan M, Şimşek Z, Ersin F, Gözükara F, Kurçer MA. Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı bölgesinde ak-raba evliliği prevalansı ve 5 yaş altı ölümlere etkisi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 7 (1): 1-5.
 23. Muhomadieve S. Social factors detemining the development of reproductive behaviour in adolescent. Enterenous. 1998; 40-41:14-15.
 24. Başer M. Adolesan cinselliği ve gebelik. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000; 4 (1): 50-54.
 25. Sağlık Bakanlığı, H.Ü.N.E.E., Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara, Sağlık Bakanlığı AÇS ve AP Genel Müdürlüğü. 1999.
 26. Prof. Dr. Akın A (ed). (HÜKSAM) Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama merkezi. Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2003:118.
 27. Riyami AA, Afifi M, Mabry RM. Women's autonomy, education and employment in Oman and their influence on contraceptive use. Reprod Health Matters. 2004;12 (23):144-54.
 28. Dilbaz B. Ülkemizde sezeryan doğumlarında artış ve ana ve çocuk sağlığı üzerine etkileri. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 23-26 Ekim, Denizli. 2007.
 29. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Birts: preliminary data for 2005. Natl Vital Stat Rep. 2006; 55(11):1-18.
 30. Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. Birth 2007; 34 (1):53-64.
 31. Kışnişçi A, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Önderoğlu S. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996; 317-332.
 32. Ana ve Çocuk Ölümlerini Önleme Projesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2002.
 33. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2006; 197.