



**FİLİSTİN BATI ŞERİA'DA 15-49 YAŞ EVLİ
KADINLAR ARASINDA KARŞILANMAYAN AİLE
PLANLAMASI GEREKSİNİMİ PREVALANSI VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: TOPLUM TABANLI
KESİTSEL ÇALIŞMA**

Doa'a B. M. OSTAALI

**2022
YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR**

**FİLİSTİN BATI ŞERİA'DA 15-49 YAŞ EVLİ KADINLAR ARASINDA
KARŞILANMAYAN AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMİ PREVALANSI
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: TOPLUM TABANLI KESİTSEL ÇALIŞMA**

Doa'a B. M. OSTAALİ

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalında
Yüksek Lisans Tezi
Olarak Hazırlanmıştır**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR**

**KARABÜK
Haziran 2022**

Doa'a B. M. OSTAALİ tarafından hazırlanan "FİLİSTİN BATI ŞERİA'DA 15-49 YAŞ EVLİ KADINLAR ARASINDA KARŞILANMAYAN AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMİ PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: TOPLUM TABANLI KESİTSEL ÇALIŞMA" başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi Ebelik olarak uygun olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

.....

Tez Danışmanı, Ebelik Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Ebelik Anabilim Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir 01/06/2022

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Doç. Dr. Fadime ÜSTÜNER TOP (GRÜ)

.....

Üye : Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Elnaz KARAMELİKLİ (KBÜ)

.....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Hasan SOLMAZ

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

Doa’a B. M. OSTAALİ

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

**FİLİSTİN BATI ŞERİA'DA 15-49 YAŞ EVLİ KADINLAR ARASINDA
KARŞILANMAYAN AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMİ PREVALANSI
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: TOPLUM TABANLI KESİTSEL ÇALIŞMA**

Doa'a B. M. OSTAALİ

**Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı**

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

Haziran 2022, 68 sayfa

Çalışmanın amacı, Filistin Batı Şeria'da yer alan üç farklı yerleşim yerinde (kırsal alan, mülteci kampı ve kentsel alan) yaşayan 15-49 yaş arası evli kadınlarda karşılanmayan AP gereksinimi prevalansının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Kesitsel çalışma, 2021-2022 yıllarında gerçekleştirilmiştir. Örnek büyüklüğü, hedef populasyon 13752 (Kalkilya, Tulkarım mülteci kampları ve Azzun'daki 15-49 yaş evli kadın sayısı) %95 Güven Aralığı, %5 hata payı, prevalans %13,1 ve desen etkisi 3 değerleri ile yapılan hesaplamada 522 olarak saptanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Verilerin analizinde iki değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri kullanıldı analizi uygulanmıştır.

Kadınların %40,8'si modern ve %25,9'u geleneksel olmak üzere, %66,7'si herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır. En yaygın kullanılan üç yöntem geri çekme (%36,2), rahim içi araç (%30,7) ve oral kontraseptiftir (%12.6). Karşılanmayan aile planlaması sıklığı herhangi bir yöntem için %7,1 ve modern yöntemler için %32,9 olarak saptanmıştır. Karşılanmayan aile planlaması gereksinimi Kalkilya'da yaşayanlarda 2,2 kat, sağlık merkezine erişimin zor olduğunu düşünenlerde 5,7 kat, kayınvalidesi yöntem kullanımını onaylamayanlarda 5,1 kat ve yöntemlerin yan etki korkusu nedeni ile aile planlaması merkezine başvurmayanlarda 3,2 kat fazla idi. Karşılanmayan aile planlaması gereksiniminin ortadan kaldırılabilmesi için toplumun gereksinimlerine odaklanan güçlü birinci basamak sağlık hizmeti temel gerekliliktir.

Anahtar Sözcükler : Aile planlaması, karşılanmayan gereksinim, prevalans, Filistin, Batı Şeria.

Bilim Kodu : 10104.01

ABSTRACT

M. Sc. Thesis

THE PREVALENCE OF UNMET FOR FAMILY PLANNING NEEDS AND RELATED FACTORS WITHIN MARRIED WOMEN AGED 15-49 IN THE WEST BANK OF PALESTINE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Doa'a B. M. OSTAALI

**Karabük University
Institute of Graduate Programs
Midwifery Department**

Thesis Advisor:

Assoc.Prof.Dr. Raziye ÖZDEMİR

June 2022, 68 pages

The aim of the study is to determine the prevalence of unmet need for family planning and the related factors among married women aged 15-49 who live in three different settlements (rural, refugee camp, and urban areas) in the West Bank, Palestine.

This cross-sectional study was conducted in 2021–2022 years. The targeted population of the study was 13752 (number of married women aged 15-49 in Qalqilya, Tulkarm refugee camps and Azzun). The sample size was calculated as 522 (95% Confidence Interval, 5% margin of error, prevalence 13.1%, the design effect 3). The data was collected through face-to-face interviews. Bivariate and multivariate logistic regression analyses were to examine the dependent and independent variables.

The prevalence of women who currently use any contraceptive method was 66.7% (25.9% for traditional and 40.8% for modern method). The most used methods are withdrawal (36.2%), intrauterine device (30.7%) and oral contraceptive (12.6%). The prevalence of unmet needs for family planning was 7.1% for any method and 32.9% for modern methods. Unmet need for family planning was higher 2.2 times among those living in Qalqilia, 5.7 times among women who have a problem with accessing a health center, 5.1 times among women' mother-in-law's disapproval with the use of the method. Also, the lack of access to health centers due to fear of the side effects of family planning methods increased the risk 3.2 times. To eliminate the unmet need for family planning, strong primary health care that focuses on the needs of the community is the basic requirement.

Key Word : Family planning, unmet needs, prevalence, Palestine, West Bank.

Science Code : 10104.01

TEŞEKKÜR

Daniőmanım Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR, yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda destek oldu, geniş ve büyük tecrübesiyle tüm desteği verdi. Bana çalışmadaki doğruluğu öğretti ve araştırma ufkumu genişletti. Hocam benim en iyi daniőmanımdı ve onun tarafından eğitilmekten gurur duyuyorum. Sevgili Daniőman Hocam Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR'e ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli bölüm hocalarıma çok teşekkür ederim. Kendimi Karabük Üniversitesi'ne ait hissediyorum, hiç yabancılık çekmiyorum. Karabük Üniversitesi, akademik ve araştırma çalışmalarımın başlangıcı oldu. Bu üniversitesiden edindiğim tecrübeler, benim için, işgal altındaki vatanım Filistin'de, sağlık sistemini, kadın ve çocuk sağlığını elimden geldiğince iyileştirecek bilimsel çalışmalar yapmamın başlangıcı olacak.

Beni bu yolda cesaretlendiren, kurduğum hayallerimi destekleyen, gücüme güç katan canım Annem Maysaa Ostaali ve Babam Bilal Ostaali'ye,

Tüm Eğitim hayatım boyunca desteğini esirgemeyen kardeşlerime,

Teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL.....	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xivv
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ	1
BÖLÜM 2	4
GENEL BİLGELER.....	4
2.1. AİLE PLANLAMASI	4
2.1.1. Aile Planlamasının Tanımı	4
2.1.2. Aile Planlaması Yöntemlerini Sınıflandırılması.....	4
2.1.3. Dünya’da, Türkiye’de ve Filistin’de Aile Planlaması Kullanım İstatistikleri.....	7
2.2. KARŞILANMAYAN AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMİ.....	10
2.2.1. Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi ile İlişki Faktörler	13
2.3. FİLİSTİN SAĞLIK SİSTEMİ	14
2.3.1. Filistin Coğrafyası ve Ekonomisi:.....	14
2.3.2. Nüfus ve Demografi Özellikler.....	15
2.3.3. Sağlık Sistemi	16
2.3.3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti	16
2.3.3.2. Filistin'de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	17
2.3.3.3. Sağlık İnsangücü:	17

	<u>Sayfa</u>
2.3.3.4. Kamu Sağlık Sigortası	18
2.3.3.5. Sağlık Ölçütler.....	18
BÖLÜM 3	21
GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	21
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ	21
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	21
3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ.....	22
3.4.1. Bağımlı Değişken.....	22
3.4.1.1. Herhangi bir yöntem için karşılanmayan AP gereksinimi	23
3.4.1.2. Modern yöntemler için karşılanmayan AP gereksinimi	24
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	25
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	26
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	26
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER	27
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	27
BÖLÜM 4	28
BULGULAR	28
4.1. KADINLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ	28
4.2. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA SIKLIĞI	32
4.2.1. Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi ve İlişkili Faktörler	34
BÖLÜM 5	42
TARTIŞMA	42
BÖLÜM 6	47
SONUÇ VE ÖNERİLER	47
6.1. SONUÇLAR	47
6.2. ÖNERİLER.....	48

	<u>Sayfa</u>
KAYNAKLAR.....	50
EK AÇIKLAMALAR A. YASAL İZİNLER	56
EK A 1. SORU FORMU (TÜRKÇE)	57
EK A 2. SORU FORMU (ARAPÇA)	62
EK A 3. FİLİSTİN BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK KURULUNUN İZİNİ.....	66
EK A 4. T.C. KARABÜK ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL İZİNİ.....	67
ÖZGEÇMİŞ.....	68

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.1. Dünyada AP yöntemi kullanan, karşılanmayan AP gereksinimi olan ve AP gereksinimi olmayan üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınların yüzde dağılımı, 2019	7
Şekil 2.2. Dünyada bölgelere göre 15-49 yaş grubu kadınlar arasında kontraseptif yöntem kullanma sıklığı ve yöntemlerin dağılımı, 2019	8
Şekil 2.3. Türkiyede 15-49 yaş grubu halen evli kadınlar arasında kontraseptif yöntem kullananların sıklığı.....	9
Şekil 2.4. Dünyada bölgelere göre 15-49 yaş grubu kadınlar arasında karşılanmayan AP sıklığı, 2021	11
Şekil 2.5. Filistin’de karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı, 2006-2019.....	12
Şekil 2.6. Filistin nüfus piramidi, 2019	16
Şekil 2.7. Filistin’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarının hizmet düzeylerine göre dağılımı	17
Şekil 2.8. Filistin’deki ilk on ölüm nedenini	19
Şekil 2.9. Filistin’de 1991-2019 yılları arasında bildirilen bebek ölüm hızı.	19
Şekil 2.10. Filistin’de 100 000 canlı doğum başına anne ölüm oranı, 2009-2019.....	20
Şekil 4.1. Modern ve geleneksel Ap yöntemi kullanımı ile yöntem kullanmayanların yüzde dağılımı.	33
Şekil 4.2. Kadınların halen kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımı...33	
Şekil 4.3. Karşılanmayan aile planlaması gereksinimi için değerlendirme algoritması.....	35

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 2.1. Yaygın olarak kullanılan aile planlaması yöntemleri ve etkinlikleri	6
Çizelge 2.2. Filistin'de 15-49 yaş evli kadınlar arasında AP yöntemi kullanım sıklığı (2019-2020).....	10
Çizelge 2.3. Filistin'de 15-49 yaş arası evli kadınlar arasında karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı (2019-2020)	12
Çizelge 3.1. Tulkarm kampı, Nur Şams kampı, Azzun beldesi ve Kalkiliya'da yaşayan 15-49 yaş kadın nüfusu.....	21
Çizelge 4.1. Kadınların sosyodemografik özellikleri, Batı Şeria, Filistin.	29
Çizelge 4.2. Kadınların doğurganlık özellikleri, Batı Şeria, Filistin	31
Çizelge 4.3. Kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimi ile ilgili bazı özellikleri	32
Çizelge 4.4. Kadınların halen kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin yerleşim yerine göre dağılımı.....	34
Çizelge 4.5. Herhangi bir yöntem ve modern yöntemler için aile planlaması gereksinimi kategorisi.....	36
Çizelge 4.6. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin bivariante lojistik regresyon analizi (Karşılanmayan gereksinim yok 0, var 1).....	38
Çizelge 4.7. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin multivariate lojistik regresyon analizi (Karşılanmayan gereksinim yok 0, var 1).....	41

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KISALTMALAR

AP	: Aile Planlaması
PCBS	: Palestinian Central Bureau of Statistics (Filistin Merkez İstatistik Bürosu)
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UNRWA	: The United Nations Relief and Works Agency (Birleşmiş Milletler Yardım ve Çalışma Ajansı)
STK	: Sivil Toplum Örgütü

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Aile Planlaması (AP) hizmetleri, çiftlerin istedikleri zamanda ve sayıda çocuk sahibi olabilmelerini ve infertil bireylere yönelik danışmanlığı içeren hizmetleridir [1]. AP hizmetlerinin anne ve çocuk sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde kritik önemi olan temel sağlık hizmetleri arasında yer alır [2].

AP hizmetlerinin yaygınlaşması, 20. yüzyılın en önemli halk sağlığı başarılarından birisidir. AP hizmetleri, Amerika Birleşik Devletleri'nde halk sağlığı hemşiresi olan Margaret Sanger tarafından 1912'de toplumun bilgilendirilmesi ve AP hizmetlerine erişimi sağlamayı içeren çabalarla başlamıştır [3]. Bu hizmette kadınların, erkeklerin ve adölesanların haklarının ve refahının gerçekleştirilmesi için cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine yüksek kaliteli, uygun fiyatlı, tam ve kapsamlı erişim amaçlanmıştır [4,5]. Bu girişimler, kadın, çocuk ve adölesan sağlığına yönelik Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri için Küresel Strateji de dahil olmak üzere küresel düzeydeki girişimlerin, kadın ve adölesan haklarını kapsayan, sağlıklı yaşam için gerekli olan AP hizmetlerine evrensel erişim gerektirmesinin dayanağını oluşturmuştur. Bununla birlikte, karşılanmayan AP gereksinimi, küresel düzeyde bir sorun olmaya devam etmektedir. Yıllar içinde önemli gelişmeler sağlansa da pek çok bölgede nitelikli AP hizmetlerine erişimde ve hizmet kullanımında yetersizlikler bulunmaktadır [5].

İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi, annenin sağlık sorunlarının ve gebeliğe bağlı ölümlerin azaltılmasına yardımcı olur. Erken doğumdan kaynaklanan sağlık sorunları açısından yüksek risk altındaki genç kızlarda gebeliği geciktirmek ve risk altındaki ileri yaş kadınlarda gebeliği önlemek AP'nın sağlık açısından önemli yararlarındandır. İstenmeyen gebelik riskini azaltan kontrasepsiyon, güvenli olmayan kürtaj gereksinimi ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşmasını azaltır. Aynı zamanda bu hizmetler

toplumda istihdam da dahil olmak üzere topluma katılımını ve kadının güçlendirilmesine yönelik çabalara katkı sağlayabilir [1,6].

İstenmeyen gebelikleri önlemede geleneksel yöntemlere göre daha etkili olan modern AP yöntemlerinin kullanılması, aşırı doğurganlığa bağlı maternal morbidite ve mortalite insidansını azaltır [7]. Oral kontraseptiflerin gebeliği önlemek dışında sağlık açısından yararları arasında pelvik inflamatuvar hastalık, over ve endometrium kanserleri, tekrarlayan yumurtalık kistleri, iyi huylu meme kistleri ve fibroadenomlar ve dismenore gibi hastalık ve yakınmaların sıklığını azaltır [8]. Kontraseptif kullanımı ile doğumlar arasındaki sürenin uzatılması, bebek ölüm hızlarının azaltılmasında kritik öneme sahiptir. Gelişmekte olan ülkelerde iki doğum arasındaki süre iki yıldan az olduğunda bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 117 iken, doğum aralığı 2-3 yıl olanlarda bin canlı doğumda 64'e, doğum aralığı dört yıl ve üzeri doğanlarda bin canlı doğumda 47'ye düşmektedir [9]. Doğum aralığının kısa olması ayrıca kanama, fetal malpozisyon ve çoğul gebelik gibi komplikasyon riskini [10], emzirmeye başlamama olasılığını [11], kürtaj ve düşük kilo gibi komplikasyon riskini de artırır [12].

Çoklu Gösterge Küme Araştırması'na göre 2020 yılında karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı Filistin genelinde %13 olup, Batı Şeria'da %14, Gazze'de %12'dir. Sıklık, kırsal bölgelerde yaşayan kadınlar arasında %15'e yükselmektedir [13]. Okasha M. 2004 yılında yaptığı çalışmaya göre Gazze'de Al-Nuseyrat mülteci erkeklerde karşılanmayan aile planlaması gereksinimi %13 olarak saptanmıştır [14]. İmam A. vd.'nin 2013 yılında gerçekleştirdiği çalışmada Batı Şeria ve Gazze'de, kadınların modern AP yöntemi kullanımlarını ve tutumlarını etkileyen çeşitli faktörlerin karşılıklı etkileşim içinde olduğunu ortaya koymuştur. Bu faktörler sosyo-kültürel normlar, sağlık hizmeti sunucularının bilgi, tutum ve davranışları ve yan etkiler açısından kontraseptif kalitesi ile ilgilidir [15].

AP programlarına ve politikalarına rehberlik etmek için bireylerin AP uygulamalarını etkileyen faktörlerin iyi belirlenmesi önemlidir. Bu çalışmanın amacı, Filistin'de Batı Şeria'da farklı ekonomik, sosyal ve kültürel yapıya sahip üç yerleşim yerinde (kırsal alan, mülteci kampı ve kentsel alan) yaşayan 15-49 yaş arası evli kadınlarda karşılanmayan AP gereksinimi sıklığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Karşılanmayan AP gereksiniminin boyutunun ve karşılanmayan gereksinimi olan kadınların özelliklerinin anlaşılması, AP hizmetlerinin güçlendirilmesi açısından yararlı olacaktır. Çalışma ayrıca Filistin’de karşılanmayan AP gereksinimi konusundaki oldukça kısıtlı olan literatüre katkı sağlayacak ve gelecekte planlanacak olan toplum tabanlı araştırmalara da yol göstereceği olacaktır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGELER

Genel bilgiler bölümü, üç ana başlıktan oluşmaktadır. Birinci ana başlık olan aile planlaması altında AP'nin tanımına, AP yöntemlerinin sınıflandırılmasına, Dünya'da, Türkiye'de ve Filistin'de AP kullanım istatistiklerine yer verilmiştir. İkinci başlık altında karşılanmayan AP gereksinimine ilişkin bilgiler sunulmuştur. Filistin sağlık sistemi adındaki son başlık altında ise Filistin sağlık sisteminin temel özelliklerine ve başlıca sağlık düzeyi ölçütlerine yer verilmiştir.

2.1. AİLE PLANLAMASI

2.1.1. Aile Planlamasının Tanımı

AP hizmetleri, bireylerin istedikleri zamanda ve sayıda çocuk sahibi olabilmelerini sağlayarak istenmeyen gebelikleri önleyen temel üreme sağlığı hizmetleridir. Bu hizmetler, gebeliklerin planlamasının yanı sıra infertil bireylerin çocuk sahibi olabilmelerine yönelik çalışmaları da içerir [1]. AP hizmetlerine erişimin güvence altına alınması, bireylerin sağlık hakları ve temel insan hakları çerçevesinde ele alınması gereken kamusal bir sorumluluktur.

2.1.2. Aile Planlaması Yöntemlerini Sınıflandırılması

AP yöntemleri, modern ve geleneksel, geri dönüşümlü ve geri dönüşümsüz, kadın ve erkeklere özel yöntemler gibi farklı şekilde sınıflandırılabilir [16]. Gebelikten koruyan modern yöntemler arasında hormonal konrtaseptifler, kondom, Rahim İçi Araç (RİA) gibi yöntemler bulunurken, geleneksel yöntemlerden en yaygın bilinen ve kullanılan yöntem geriçekmedir. Çizelge 2.1'de DSÖ ve Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi

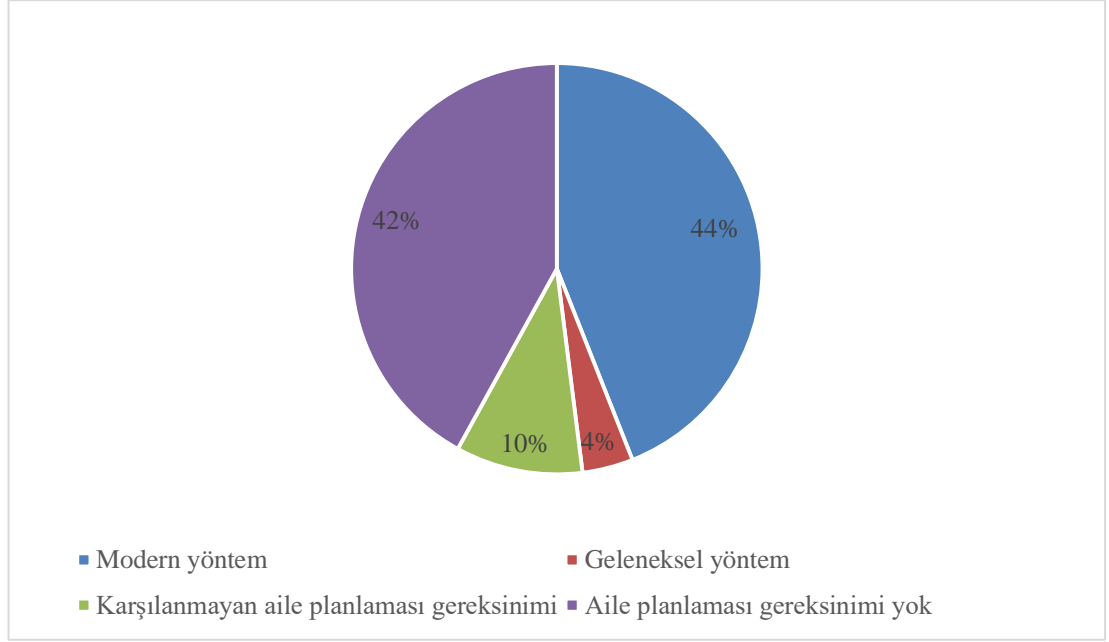
(CDC) tarafından kontraseptif yöntemlerin sınıflandırması ve yapılan sınıflandırmaya göre doğru kullanıldığı takdirde 100 kadın başına gebelik riski sunulmuştur [6].

Çizelge 2.1. Yaygın olarak kullanılan aile planlaması yöntemleri ve etkinlikleri [6]

Yöntem	Etki mekanizması	Doğru kullanımla 100 kadın başına gebelik riski	Rutin kullanımda 100 kadın başına gebelik riski
Kombine oral kontraseptifler (KOK)	Overlerden yumurta salınımını engeller	0,3	7
Yalnızca progestojen içeren haplar (mini hap)	Servikal mukusu kalınlaştırır	0,3	7
İmplantlar	Ovulasyonu önler ve servikal mukusu kalınlaştırır	0,1	0,1
Üç aylık enjektabl kontrasepti (progesterone)	Ovulasyonu önler ve servikal mukusu kalınlaştırır	0,2	4
Aylık enjektabl kontraseptif (östrojen ve progesterone)		0,05	3
Kombine kontraseptif bant ve vajinal halka	Overlerden yumurta salınımını engeller	0,3 (bant)	7 (bant)
Rahim içi araç (RİA): bakır içeren	Bakır bileşen sperme zarar verir ve yumurta ile buluşmasını engeller.	0,6	0,8
RİA levonorgestrel	Ovulasyonu önler ve servikal mukusu kalınlaştırır	0,5	0,7
Erkek kondom	Sperm ve ovumun buluşmasını önler	2	13
Kadın kondom	Sperm ve ovumun buluşmasını önler	5	21
Vazektomi	Spermi boşalmış meniden uzak tutar	0,1	0,15
Tubal ligasyon	Ovumun spermle buluşmasını engeller	0,5	0,5
Laktasyonel amenore yöntemi	Overlerden yumurta salınımını engeller	0.9 (altı ayda)	2 (altı ayda)
Acil kontraseptif haplar (ulipristal asetat 30 mg veya levonorgestrel 1,5 mg)	Overlerden yumurta salınımını engeller veya geciktirir.	<1-2	
Geri çekme	Döllenmeyi önleyerek spermi kadının vücudundan uzak tutmaya çalışır.	4	20

2.1.3. Dünya’da, Türkiye’de ve Filistin’de Aile Planlaması Kullanım İstatistikleri

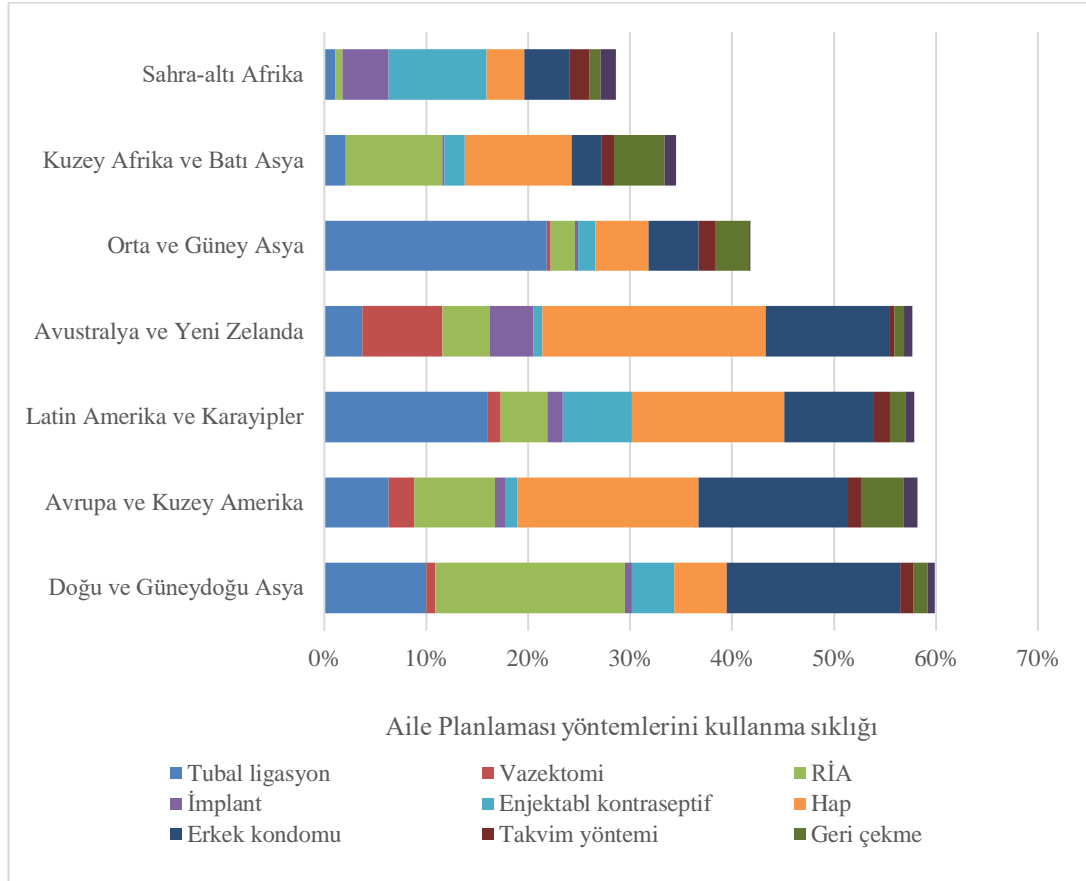
Dünya genelinde üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınlar arasında modern AP yöntemlerini kullanımı sıklığı %44, geleneksel yöntem kullanımı sıklığı %4’tür. Kadınların %10’unun karşılanmayan Ap gereksinimi vardır (Şekil 2.1) [17].



Şekil 2.1. Dünyada AP yöntemi kullanan, karşılanmayan AP gereksinimi olan ve AP gereksinimi olmayan üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınların yüzde dağılımı, 2019 [17]

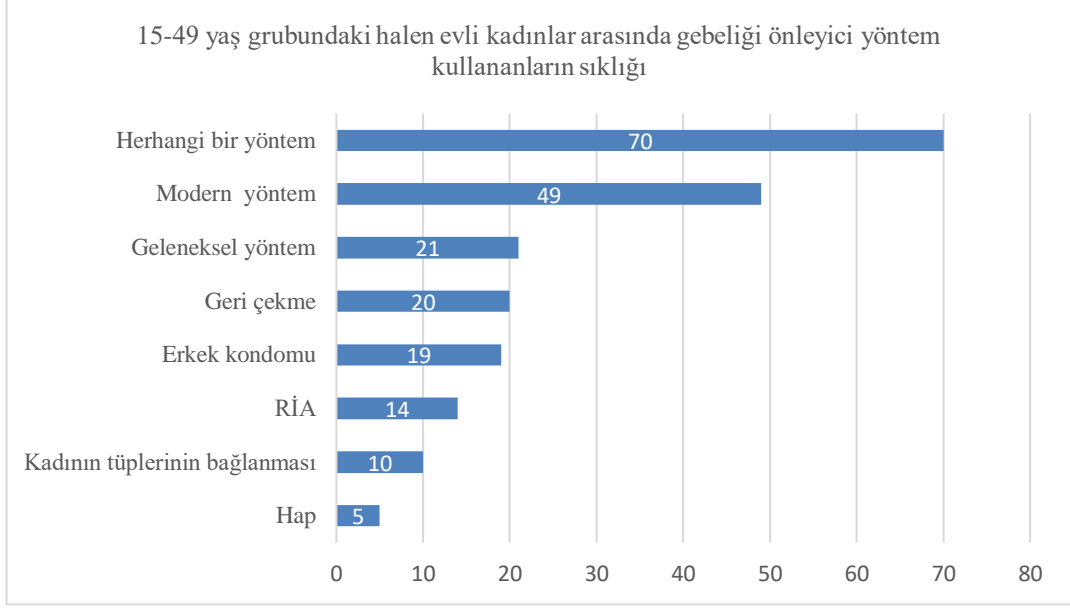
Dünya genelinde kadın sterilizasyonu en sık kullanılan AP yöntemidir. Tubal ligasyonu erkek kondomu, RİA ve hap izlemektedir. Genel olarak, kontraseptif kullanıcılarının %45’i kalıcı veya uzun etkili yöntemlere (kadın ve erkek sterilizasyonu, RİA, implant), %46’sı kısa etkili bir yönteme (erkek kondomu, hap, enjektapl kontraseptif vb) ve %8,7 geleneksel yöntemlere (geri çekme, takvim yöntemi vb) başvurmaktadır [17]. Şekil 2.2’de dünyada bölgelere göre 15-49 yaş grubu kadınlar arasında kontraseptif yöntem kullanma sıklığı ve yöntemlerin dağılımı sunulmuştur. RİA, Doğu ve Güneydoğu Asya’da en yaygın kullanılan AP yöntemidir ve RİA’yi takiben erkek kondomu (%17) ikinci sırada yer almaktadır. Avrupa ve Kuzey Amerika’da hap ve erkek kondomu en sık kullanılan yöntemlerdir (sırasıyla %18 ve %15). Latin Amerika ve Karayipler’de ise kadın sterilizasyonu ve hap (%16 ve %15 sırasıyla) kullanımı yaygındır. Sahra Altı Afrika, üreme çağındaki kadınlar

arasında %10 sıklık ile enjektabl kontraseptiflerin baskın yöntem olduğu tek bölgedir (Şekil 2.2) [17].



Şekil 2.2. Dünyada bölgelere göre 15-49 yaş grubu kadınlar arasında kontraseptif yöntem kullanma sıklığı ve yöntemlerin dağılımı, 2019 [17]

Türkiye’de TNSA 2018 raporuna göre evli kadınların %49’u modern, %21’i geleneksel olmak üzere %70’i herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır. En sık kullanılan yöntemler geri çekme (%20), erkek kondomu (%19), RIA (%14), tubal ligasyon (%10) ve oral kontraseptiftir (%5) (Şekil 2.3) [18].



Şekil 2.3. Türkiye'de 15-49 yaş grubu halen evli kadınlar arasında kontraseptif yöntem kullananların sıklığı [18]

Filistin'de doğurgan çağıdaki evli kadınların %57'si AP yöntemi kullanmaktadır. Kadınların %15'i geleneksel yöntem, %43'ü modern yöntem tercih etmektedir. En sık kullanılan yöntemler RİA (%26), geri çekme (%10) ve haptır (%7). Bu çalışma kuzey Batı Şeria'da yapıldı, Kalkilya şehrinde AP yöntemlerini kullanma sıklığı %64, Tulkarm'da %65 düzeyindedir (Çizgile 2.2) [13]. Filistin'de 2020 yılında yaklaşık olarak 38200 kadının modern AP yöntemlerini kullandığı bilinmektedir, Modern kontraseptif kullanımının bir sonucu olarak bu orana göre 20 anne ölümünün, 31000 güvenli olmayan düşüğün ve 142000 istenmeyen gebeliğin önlendiği tahmin edilmektedir [19].

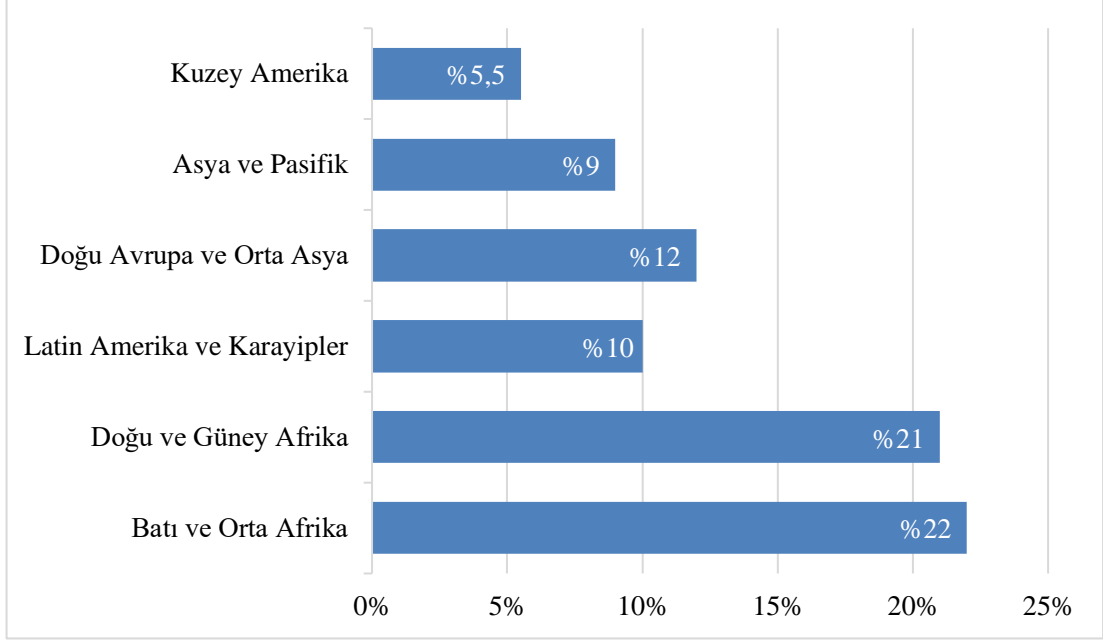
Çizgile 2.2. Filistin'de 15-49 yaş evli kadınlar arasında AP yöntemi kullanım sıklığı (2019-2020) [13]

Filistin	Modern AP yöntemi, %	Geleneksel AP yöntemi, %	Herhangi bir AP yöntemi, %
Batı Şeria	42,8	13,1	55,9
Gazze Şeridi	42,8	16,6	59,4
Kentsel	42,3	14,7	57,0
Kırsal	43,5	13,3	56,8
Kamplar	47,1	14,0	61,1
Kuzey Batı Şeria			
Jenin	40,4	14,4	54,8
Tubas ve Kuzey Vadisi	38,7	9,2	47,9
Tulkarm	46,7	18,5	65,2
Nablus	42,8	12,7	55,5
Kalkilya	38,8	24,9	63,7
Salfit	52,4	11,6	64,0
Toplam	42,8	14,5	57,3

2.2. KARŞILANMAYAN AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMİ

Karşılanmayan AP gereksinimi, doğurgan çağda ve cinsel olarak aktif olan kadınların doğurganlığına ara vermek veya doğurganlığını sonlandırmak istediği halde herhangi bir AP yöntemi kullanmaması olarak tanımlanır. Karşılanmayan gereksinim kavramı, kadınların üremeyle ilgili karar verme ve gebeliği önleyici yöntem kullanma davranışları arasındaki boşluğa işaret eder [1]. AP yöntemi kullanımı arttıkça karşılanmayan gereksinim düzeyi azalmaktadır. Bu, hızlı nüfus artışına sahip ülkelerde doğum hızlarını düşürmede önemli bir stratejidir [20].

Dünya çapında 190 milyon kadın gebelik istemediği halde herhangi bir AP yöntemi kullanmamaktadır. Dünyada 2019 yılında karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı %10 olarak bildirilmektedir [17]. Bölgelere göre 2021 yılında en yüksek sıklık Batı ve Orta Afrika'da (%22), en düşük sıklık ise Kuzey Amerika'dadır (%5,7) (Şekil 2.4) [21].



Şekil 2.4. Dünyada bölgelere göre 15-49 yaş grubu kadınlar arasında karşılanmayan AP sıklığı, 2021 [21]

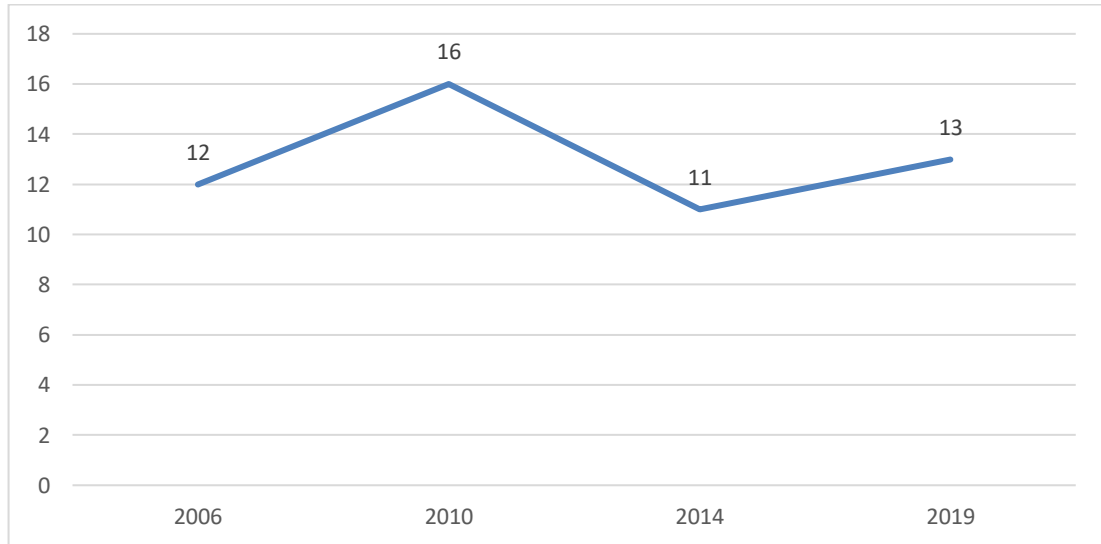
Türkiye’de karşılanmayan AP gereksinimi 2013 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre %6 iken, 2018 yılında iki katlık artışla %12’ye yükselmiştir. Karşılanmayan AP gereksinimi kırsal ve kentsel alanlarda benzer düzeydedir (kentsel alanlarda %11,5, kırsal alanlarda %11,6). Karşılanmayan AP gereksiniminin en yüksek olduğu yaş grubu %17 ile 20-24 yaş arası kadınlardır. Bölgelere göre en yüksek karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi’nde (%16), en düşük sıklık ise Orta Anadolu Bölgesi’ndedir (%7) (Çizelge 2.12) [18].

Filistin’de karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı %13 olarak bildirilmektedir. Karşılanmayan AP gereksinimi olan kadınların %5’i doğurganlığına son vermek, %8’i doğumlarına ara vermek istemektedir. Karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı kırsal kesimde %15’e ulaşır. Batı Şeria’nın kuzeyindeki Salfit’te en düşük sıklık (%8) gözlenirken, Tubas ve Kuzey Vadisi’nde en yüksektir (%23) (Çizgile 2.3) [22].

Çizgile 2.3. Filistin'de 15-49 yaş arası evli kadınlar arasında karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı (2019-2020) [13]

Karşılanmayan AP Gereksinimi			
	Ara vermek için, %	Son vermek için, %	Toplam, %
Filistin	7,6	5,3	12,9
Batı Şeria	8,1	5,5	13,6
Gazze Şeridi	6,8	5,0	11,9
Kentsel	7,5	5,1	12,6
Kırsal	8,8	6,0	14,8
Kamplar	6,0	5,9	11,9
Kuzey Batı Şeria			
Jenin	7,6	9,2	16,8
Tubas ve Kuzey Vadisi	14,5	8,8	23,4
Tulkarm	7,9	4,3	12,2
Nablus	9,4	8,0	17,4
Kalkilya	8,0	3,6	11,6
Salfit	3,6	4,7	8,4

Şekil 2.5'te Filistin'de karşılanmayan AP yöntemleri gereksinimi sıklığının 2006-2019 yılları arasındaki trendi sunulmuştur. Karşılanmayan Ap gereksinimi sıklığı 2006 yılında %12 iken, 2010'da %16, 2014'de %11, 2019'da %13 düzeyindedir [22].



Şekil 2.5. Filistin'de karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı, 2006-2019 [22]

2.2.1. Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi ile İlişki Faktörler

Modern AP yöntemi kullanımı, çiftlerin üreme sağlığı hizmetlerine erişiminin iyi bir göstergesidir. Kadınların üreme ile ilgili karar vermeleri ve kontraseptif yöntem kullanma davranışları arasındaki boşluk, karşılanmayan AP gereksinimini ortaya çıkarır [23]. AP gereksiniminin karşılanmadığını bildiren kadınların istenmeyen gebelik yaşama olasılığı, gereksinimi karşılanan kadınlarla karşılaştırıldığında yaklaşık 16 kat daha fazladır [24].

Fagbamigbe vd.'nin çalışmasında, Nijerya'da kırsal kesimde yaşayan genç, eğitimsiz ve istismara uğramış kadınların karşılanmayan AP gereksinimi açısından en riskli gruplar olduğu saptanmıştır [25]. Alsaleem vd.'nin Suudi Arabistan'da yaptıkları çalışmaya göre, karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı ileri yaş, çok genç yaş ve düşük öğrenim düzeyine sahip kadınlar arasında yüksek bulunmuştur [26], Türkiye'de, Özdemir ve Karaçalı tarafından yapılan çalışmada, kırsal kesimdeki kadınların kentli kadınlara göre eğitim, istihdam ve gelir düzeyi açısından daha düşük statüye sahip olduğu ve kırsal kesimde yaşayan kadınların kentli kadınlara göre yaklaşık iki kat daha fazla AP gereksinimine sahip olduğu bildirilmiştir [2]. Etiyopya'da, ev hanımlarının AP için karşılanmayan gereksinimi, kamu kurumlarında çalışan kadınlardan 1,6 kat daha fazla olduğu saptanmıştır [27]. Kadınların AP yöntemlerini kullanmamalarının başlıca nedenleri bilgisizlik, yanlış bilgilendirilme, kaderciği vurgulayan dini inançlar, erişim eksikliği [2,24], doğum sonu amenore ve cinsel ilişkisi olamamasıdır [28]. Etiyopya'da AP kullanımı konusunda eşi ile birlikte karar vermeyen kadınların karşılanmayan aile planlaması gereksinimi sahip olma olasılıkları, eşi ile birlikte karar verenlere kıyasla 1,9 kat daha fazladır [27]. Karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı sosyal baskılar, hizmet sağlayıcıların yanlılığı, mevcut AP yöntemi seçeneklerinin sınırlılığı ve uygun yöntemlere erişim hakkındaki bilgi yetersizliği gibi faktörlerden etkilenir [29].

Kadının statüsü ile doğurganlık davranışı arasında güçlü bir ilişki vardır. Belirli bir bölgedeki kadının statüsü, kadın bedenini kontrol etmeyi sağlayan, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini pekiştiren mekanizmalar aracılığıyla anlaşılabilir. Bu mekanizmalar, kadınların kendi doğurganlığını planlayabilmesini de baskılar [2]. Cinsiyet eşitliğinin

sağlanması ve kadınların güçlendirilmesi, kadınların eğitiminin teşvik edilmesini ve aynı zamanda işgücü piyasasına, sosyal korumaya ve siyasi sürece eşit erişimin sağlanmasını gerektirecektir. Bu tür müdahaleler aynı zamanda AP hizmetlerinin niteliğini ve anne ve çocuk sağlığı düzeyini iyileştirecektir [30].

Erkek ve kadın, kamusal ve özel yaşamın eşit ortaklardır. Bu nedenle, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında kadın ve erkek arasındaki iletişimi ve ortak sorumluluklarının paylaşımını geliştirmek önemlidir [31], Kamerun'da yapılan bir araştırma, eşinin AP yöntemi kullanımını onaylamasının ve çiftlerin AP konusunda birlikte karar vermelerinin, karşılanmayan AP gereksinimi azaltmak için müdahaleleri planlarken dikkate alınması gereken iki ana faktör olduğu bulunmuştur [32]. Ayrıca eşlerin kadınların AP kullanımı üzerindeki etkisi, hane reisi olarak görüldükleri ve kadınlar nihai karar için onlara bağlı olduğu için çok önemlidir. Eşlerin öğrenim düzeyinin yüksek olması da AP yöntemlerine yönelik karşılanmayan gereksinimi azalttığı; öğrenim düzeyi arttıkça AP hizmetlerinin daha iyi anlaşıldığı ve uygulandığı belirtilmektedir [23].

2.3. FİLİSTİN SAĞLIK SİSTEMİ

Bu bölümde Filistin'in genel özelliklerine, sağlık sisteminin yapısına ve başlıca sağlık ölçütlerine yer verilmiştir.

2.3.1. Filistin Coğrafyası ve Ekonomisi:

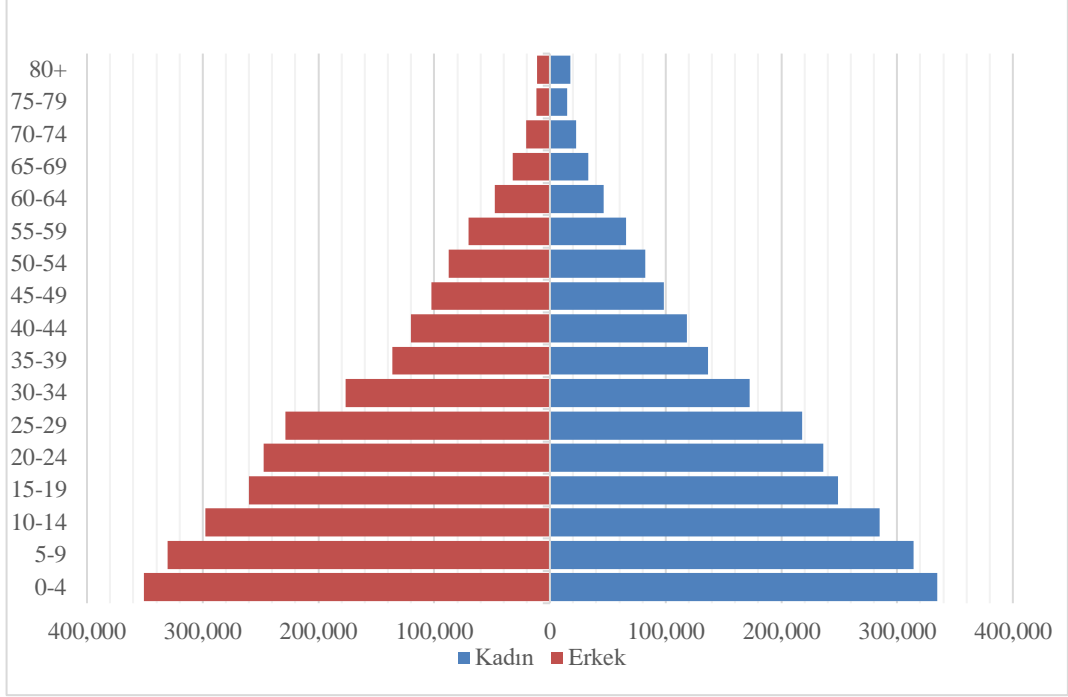
Filistin, Orta Doğu ve Batı Asya'da, Akdeniz kıyısında, antik dünyanın merkezinde (Asya, Afrika ve Avrupa) yer almaktadır. Asya'yı Afrika'ya, Akdeniz'i Kızıldeniz'e ve Atlantik'i Hint Okyanuslarına bağlayan bir kara köprüsüdür [33]. Filistin, 34.15-35.40 derece doğu meridyenleri ile 29.30-33.15 derece kuzey paralelleri arasında yer almaktadır. Tarihi Filistin'in toplam alanı 27009-kilometre karedir. Ancak 1967'de İsrail tarafında işgal altındaki topraklar (Batı Şeria 5.655 km ve Gazze Şeridi 365 km) dışlandığında 6209-kilometre karelik bir alana sahiptir. Filistin'in en büyük şehirlerinden biri olan Batı Şeria 5844-kilometre karelik alanı ile Filistin topraklarının %22'sini, Gazze Şeridi ise 365-kilometre karelik alanı ile %1,4'ünü oluşturmaktadır

[33]. Filistin, üç tek tanrılı din için de tarihi ve dini öneme sahip Kudüs, El Halil, Beytullahim, Nasıra, Eriha, Tiberya gibi birçok şehre sahiptir [34].

Filistin'de Batı Şeria ve Gazze Şeridi'nde ekonomik faaliyetler Filistin Yönetimi'nin kontrolü altındadır ancak ekonomi büyük ölçüde İsrail tarafından kontrol edilmektedir. Filistin ekonomisinin özelliklerinden biri, Filistin Yönetimi'ne olan yüksek bağımlılığıdır. Filistin Yönetimi'nin ana gelir kaynakları arasında Arap ülkeleri, Avrupa Birliği ve Amerika Birleşik Devletleri'nden gelen dış yardımlar bulunur [34]. Filistin ekonomisi, İsrail işgalinin getirdiği birçok zorlukla karşı karşıyadır. Bu zorluklar, kaynaklara (toprak, su, elektrik, bilgi, kültürel miras, telekomünikasyon vb.) sınırlı erişim ve yatırım fırsatlarıdır. Gazze Şeridi'ni kuşatan, Doğu Kudüs'ü tecrit eden ve yerleşim politikasını sürdürerek toprak bağlarını koparmaya çalışan Filistin ekonomisi, baskıcı politikaları nedeniyle İsrail'e büyük ölçüde bağımlıdır. Filistinlilerin ülkeye girişleri ve ihracatı üzerindeki bu kısıtlamalar, ekonomik yapının bozulmasına yol açarak, imalat sektörü de dahil olmak üzere üretken sektörler zayıflarken, hizmet sektörü egemen hale gelmiştir [35].

2.3.2. Nüfus ve Demografi Özellikler

Filistin nüfusu 2019 yılı verilerine göre 2,7 milyon erkek ve 2,6 milyon kadın olmak üzere yaklaşık 5,2 milyondur. Filistin'de Batı Şeria ve Gazze Şeridi olmak üzere iki ana bölge vardır. Filistin nüfusunun %41'ini mülteciler, %59'unu mülteci olmayanlar oluşturur. Nüfusun %78'i kırsal alanlarda, %15'i kentsel alanlarda ve %8'i mülteci kamplarında yaşar. Şekil 2.6'da Filistin nüfus pramidi sunulmuştur [22].



Şekil 2.6. Filistin nüfus piramidi, 2019 [22]

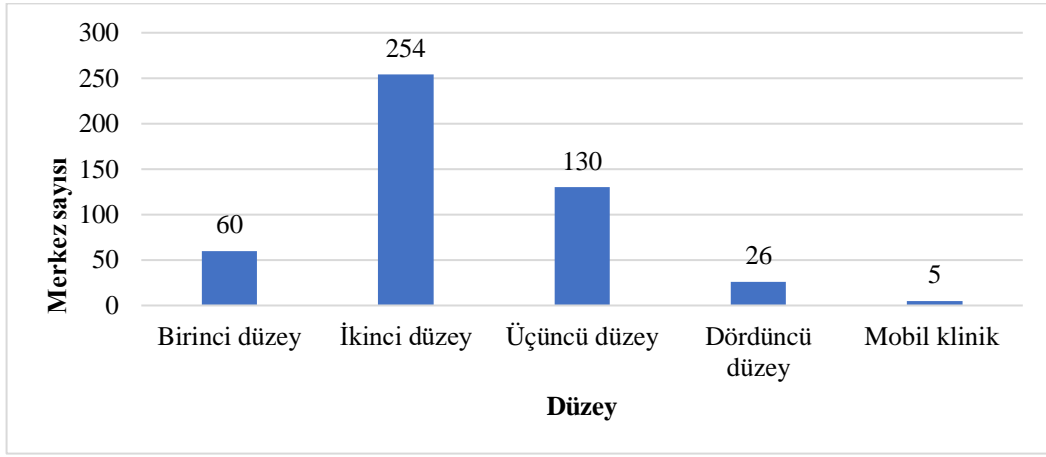
2.3.3. Sağlık Sistemi

Filistin sağlık sisteminde etkinlik gösteren dört ana sektör vardır. Bunlar kamu sektörü (Filistin Sağlık ve Askeri Sağlık Hizmetleri Bakanlığı), Birleşmiş Milletler Filistinli Mültecilere Yardım ve Çalışma Ajansı (The United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees, UNRWA), sivil toplum kuruluşları ve özel sektördür. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile halka her düzeyde sağlık hizmeti sunulur [36].

2.3.3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Filistin'de birinci basamak sağlık kuruluşları, sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal yönlerini ele almayı amaçlar [36]. Filistin'de birinci basamak sağlık kuruluşu sayısı 2019 yılında 749'dur. Bu kuruluşların 475(%63)'i Sağlık Bakanlığı'na, 192(%26)'i sivil toplum kuruluşlarına, 65(%9)'u UNRWA'ya ve 17(%2)'si askeri sağlık hizmetlerine bağlıdır [37]. Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları dört düzeye ayrılır. Tüm düzeyler koruyucu hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini, bağışıklamayı ve sağlık eğitimini içerir. Birinci düzeyde koruyucu

hizmetler, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, aşılama ve sağlık eğitiminin yanı sıra temel ilk yardım hizmetleri verilir. İkinci düzey, genel tıp ve laboratuvar hizmetlerini içerir. Üçüncü düzeyde özel tıbbi laboratuvar, diş hekimliği ve uzmanlaşmış klinikler bulunur. Dördüncü düzeyde ise uzman klinikler, özel tıbbi laboratuvar ve radyoloji hizmetleri sunulur [36]. Şekil 2.7 2019'da Filistin'deki Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarının düzeylerine göre dağılımını sunulmuştur.



Şekil 2.7. Filistin'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarının hizmet düzeylerine göre dağılımını [36]

2.3.3.2. Filistin'de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık kuruluşları, temel uzmanlık alanlarının bulunduğu hastanelerdir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilemeyen hastalar, ikinci basamağa sevk edilir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları ise daha üst düzey uzmanlık hizmetinin verildiği hastanelerdir ve birinci veya ikinci basamak kuruluşlarından sevk edilen hastalara hizmet verir. Filistin'de 2019 yılında 6.435 yatak kapasiteli hastane sayısı 85' hastane vardır. Batı Şeria ve Doğu Kudüs'te 3.950 yatak kapasiteli 53 hastane, Gazze Şeridi'inde 2485 yatak kapasiteki 30 hastane bulunmaktadır [38].

2.3.3.3. Sağlık İnsangücü:

Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir. Sağlık ekibi, sağlık kurumlarında, ortak amaçları hastalara kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesi için farklı sağlık mesleklerinden üyelerin bir araya geldikleri, bilgi ve deneyimlerin paylaşıldığı, ortak

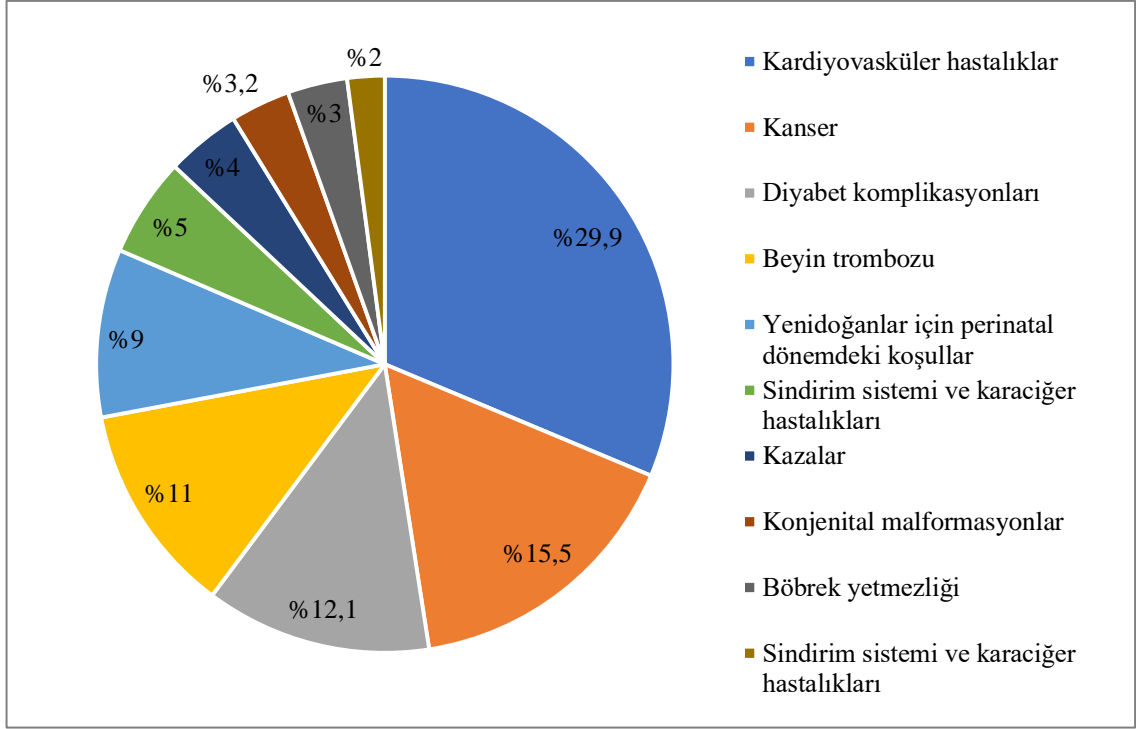
kararların alındığı ve her birinin kendi görevlerini yerine getirildiği bir birliktir. Sağlık ekibi doktor, hemşire, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellerden ve diğer sağlık personellerinden oluşur [39]. Filistin’de sağlık 2019 yılında sağlık çalışanı sayısı 35 406’dır. Bunun 11253’ü hekim, 3794’ü diş hekimi, 5655’i eczacı, 13375’i hemşire ve 1329’u ebedir [37].

2.3.3.4. Kamu Sağlık Sigortası

Batı Şeria ve Gazze Şeridi’nde 1978’den bu yana kamu sağlık sigortası uygulanmaktadır. Nüfus, Konut ve İşyeri Sayımı-2017 verileri, Filistin’deki sağlık sigortalı sayısı Filistin nüfusunun %79’unu oluşturur (4582273 kişi). Nüfusun %32’sinin kamu sağlık sigortası, %15’inin UNRWA sigortası, %2’sinin özel sigortası, %29’unun kamu ve UNRWA sigortası vardır [37].

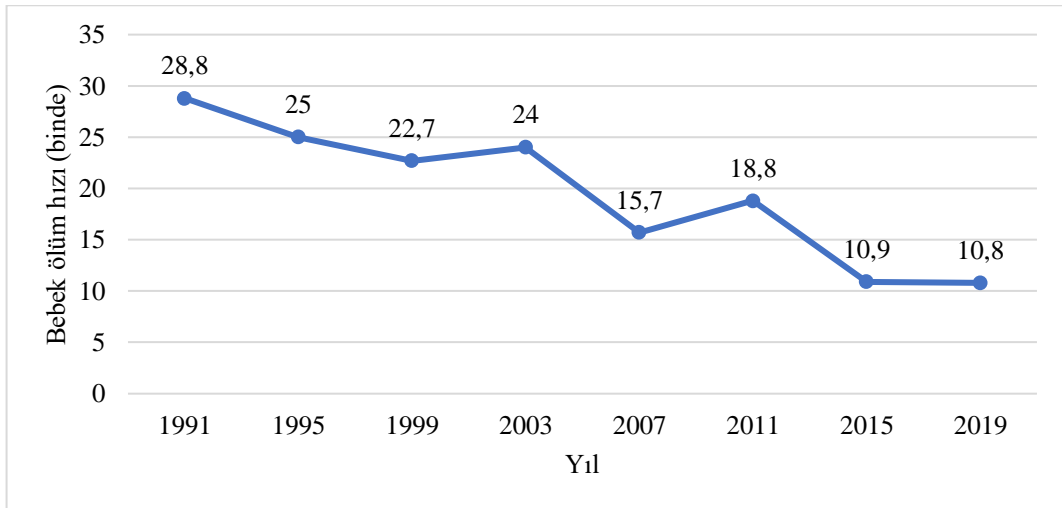
2.3.3.5. Sağlık Ölçütler

Filistin’de yıllardır süren çatışmalara rağmen uluslararası toplumun desteğiyle son yıllarda bazı sağlık göstergelerinde ilerlemeler sağlanmıştır [40]. Filistin’de doğuştan beklenen ortalama yaşam süresi 74,2’dir [37]. Yaşam beklentisi yüksek gelirli ülkelerde ortalama 81 , en az gelişmiş ülkelerde 64, Türkiye’de 78,6, Ürdün’de 75’tir [41,42,43]. Filistin’de 2019 yılında kaba ölüm hızı binde 2,7, 2020’de 3,9 olarak hesaplanmıştır [44]. Şekil 2.8’te Filistin’de en fazla ölüme neden olan on ölüm nedeninin yüzde dağılımı sunulmuştur.



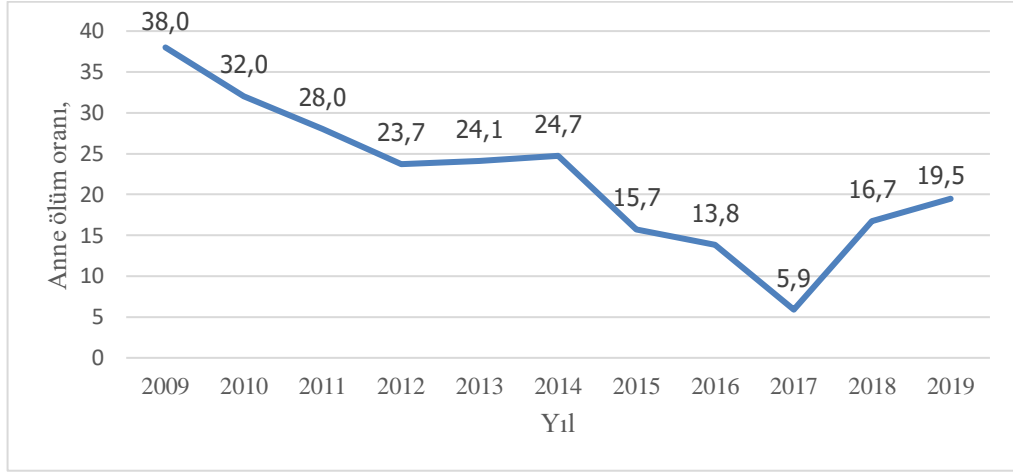
Şekil 2.8. Filistin'deki ilk on ölüm nedenini [37]

Filistin'de 2019'da bebek ölüm hızı 1.000 canlı doğumda 10,8'dir. Bu hız Gazze Şeridi'nde 10,3, Batı Şeria'da 11,1, Cenin'de 17,5, Kudüs ve Nablus'ta 7,7'dir. Filistin'de beş yaş altı ölüm hızı 1000 canlı doğumda 12,1'dir [37].



Şekil 2.9. Filistin'de 1991-2019 yılları arasında bildirilen bebek ölüm hızı [37].

Filistin'de 2019'da anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 19,5 olarak hesaplanmıştır. Şekil 2.10'da Filistin'de 2009-2019 yılları arasındaki anne ölüm oranları (yüz bin canlı doğumda) sunulmuştur [37].



Şekil 2.10. Filistin'de 100 000 canlı doğum başına anne ölüm oranı, 2009-2019 [37]

Filistin'de 2020 yılında kaba doğum hızı 27,2 [37], toplam doğurganlık hızı 3,8'dir [22]. Doğurganlık hızı kırsal bölgelerde ve eğitim düzeyi düşük kadınlarda yüksek iken, kamplarda ve yüksek eğitimli kadınlarda düşüktür [13]. Filistin'de UNRWA kliniklerinde, devlet kliniklerinde, özel kliniklerde ve Sivil toplum örgütü (STK) kliniklerinde AP hizmetleri verilmektedir. Bazı kadınlar eczanelerden AP yöntemine ulaşır. UNRWA, kamplardaki mültecilere aile planlaması yöntemlerini tamamen ücretsiz olarak sunar. Tüm valiliklerde ve bazı köy ve kasabalarda devlet klinikleri tarafından düşük bir bedel karşılığında AP hizmetleri verilmektedir [45].

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırmanın tipi, toplum tabanlı kesitsel çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Çalışma, Filistin’de Batı Şeria’da farklı ekonomik, sosyal ve kültürel özelliklere sahip olan üç yerleşim yerinde gerçekleştirildi. Bu yerleşim yerleri 1) kırsal Azzoun Beldesi, 2) mülteci kampları (Tulkarm ve Nurşams) ve 3) Kalkeliya şehridir. Çalışma, 2021-2022 yılları arasında yürütüldü.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın hedef popülasyonu Azzoun, Tulkarm ve Nurşams mülteci kampları ve Kalkeliya’da yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlardır. Filistin İstatistik Kurumu’nun 2017 yılı verilerine göre bu yerleşim yerlerinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadın sayısı 32752’dir (Çizgile 3.1) [22].

Çizgile 3.1. Tulkarm kampı, Nur Şams kampı, Azzun beldesi ve Kalkeliya’da yaşayan 15-49 yaş kadın nüfusu [22]

Yerleşim yeri	Yaş grubuna göre kadın sayısı							Toplam
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Nur Şams Kampı	339	322	263	165	164	175	156	1584
Tulkarm Kampı	502	460	414	269	283	294	243	2465
Azzoun (kırsal)	504	488	358	230	248	227	201	2256
Kalkeliya (kentsel)	5596	5340	4396	3273	3050	2642	2150	26447
Toplam	6941	6610	5431	3937	3745	3338	2750	32752

Filistin İstatistik Kurumu ve UNICEF tarafından 2019-2020 yıllarını kapsayan ulusal düzeydeki çalışmada karşılanmayan AP gereksinimi kırsal kesimde %14,8, mülteci kamplarında %11,9 ve kentsel kesimlerde %12,6'dır [13]. Çalışmada bu üç prevalansın ortalaması alınarak örnek büyüklüğü belirlenmiştir.

Örnek büyüklüğü;

$n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$ formülü kullanılarak 522 olarak hesaplanmıştır [46].

Formülde kullanılan parametrelerin açıklaması aşağıdaki şekildedir:

N (hedef populasyon) = 32752

Prevalans (p) = 13,1

Güven Aralığı = %95

Desen etkisi = 3

Çalışmada her bir yerleşim alanından (kamplar, kırsal ve kentsel) 174 evli kadına ulaşıldı. Örnek gruba girecek kadınların belirlenmesinde çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanıldı. Kentsel alanda her bir mahalle bir küme kabul edilerek şehrin doğu, batı, kuzey, güney yönlerinden birer mahalle seçilmiştir. Her bir yerleşim yerinden beş hane aralık verilerek ziyaret edilecek haneler belirlenmiştir. Seçilen hanede 15-49 yaş grubu evli kadın varsa görüşme yapılmış, yoksa yan haneye geçilmiştir. Bir hanede birden fazla 15-49 yaş evli kadın varsa yalnızca bir kadın ile görüşme yapılmıştır. Ziyaret edilen hanelerde sekiz kadın kendisi istemediği için, bir kadın ise eşi onay vermediği için çalışmaya katılmayı reddetmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

3.4.1. Bağımlı Değişken

Çalışmanın bağımlı değişkeni, 15-49 yaş evli kadınlarda karşılanmayan aile planlaması gereksinimidir. Karşılanmayan aile planlaması gereksinimi, doğurganlığına ara vermek ya da sonlandırmak istediği halde herhangi bir AP yöntemi kullanmayanların yanı sıra gebe veya lohusa olup son gebeliğini veya doğumunu istemeyen evli kadınların, çalışma kapsamındaki toplam evli kadın sayısına orantısını

ifade eder [47,2]. Karşılanmayan AP gereksinimi, herhangi bir yöntem ve modern yöntemler için aşağıda belirtilen kriterlere göre belirlenmiştir.

3.4.1.1. Herhangi bir yöntem için karşılanmayan AP gereksinimi

Doğumlarına ara vermek için karşılanmayan gereksinim

1. Gebe olmayan bir kadının, daha sonraki bir zamanda çocuk istemesine karşın herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaması
2. Halen gebe olan bir kadının, gebeliğini daha sonraki bir zamanda istemiş olması
3. Yeni doğum yapmış olan bir kadının, son doğumunu daha sonraki bir zamanda istemiş olması

Doğumlarına son vermek için karşılanmayan gereksinim

1. Gebe olmayan bir kadının artık çocuk istemediği halde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaması
2. Halen gebe olan bir kadının, gebeliğini hiç istememiş olması
3. Yeni doğum yapmış olan bir kadının, son doğumunu hiç istememiş olması

Toplam karşılanmayan aile planlaması gereksinim

1. Gebe olmayan bir kadının, daha sonraki bir zamanda çocuk istemesine veya hiç çocuk istememesine karşın herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaması
2. Halen gebe olan bir kadının, gebeliğini daha sonraki bir zamanda istemiş veya hiç istememiş olması
3. Yeni doğum yapmış olan bir kadının, son doğumunu daha sonraki bir zamanda istemiş veya hiç istememiş olması

3.4.1.2. Modern yöntemler için karşılanmayan AP gereksinimi

Çalışmada modern yöntemler içine tubal ligasyon, vazektomi, hap, RİA, enjeksiyon, implant, kondom, kadın kondomu, diyafram, vajinal halka ve laktasyonel amenore yöntemi dahil edilmiştir [6].

Doğumlarına ara vermek için karşılanmayan gereksinim

1. Gebe olmayan bir kadının, daha sonraki bir zamanda çocuk istemesine karşın modern bir aile planlaması yöntemi kullanmaması
2. Halen gebe olan bir kadının, gebeliğini daha sonraki bir zamanda istemiş olması
3. Yeni doğum yapmış olan bir kadının, son doğumunu daha sonraki bir zamanda istemiş olması

Doğumlarına son vermek için karşılanmayan gereksinim

1. Gebe olmayan bir kadının, artık çocuk istemediği halde modern bir aile planlaması yöntemi kullanmaması
2. Halen gebe olan bir kadının, gebeliğini hiç istememiş olması
3. Yeni doğum yapmış olan bir kadının, son doğumunun hiç istenmemiş olması

Toplam modern aile planlaması için karşılanmayan gereksinim

1. Gebe olmayan bir kadının, daha sonraki bir zamanda çocuk istemesine veya hiç çocuk istememesine karşın modern bir aile planlaması yöntemi kullanmaması
2. Halen gebe olan bir kadının, gebeliğini daha sonraki bir zamanda istemiş veya hiç istememiş olması
3. Yeni doğum yapmış olan bir kadının, son doğumunu daha sonraki bir zamanda istemiş veya hiç istememiş olması

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Çalışmanın bağımsız değişkenleri kadınların sosyodemografik, doğurganlık ve kültürel özelliklerinden oluşmaktadır. Bağımsız değişkenlere ilişkin tanımlar aşağıda sunulmuştur.

A- Sosyodemografik Özellikler

1. Yaş: Çalışmada 15-49 arasında olan kadının tamamladığı yaşı ifade eder. Açık uçlu olarak sorgulandı.
2. İkamet yeri: Kamp (NurŞems kampı ve Tulkarm kampı), kırsal (Azzun) ve kentsel (Kalkilya) olmak üzere dört kategoride sınıflandırıldı.
3. Aile tipi: Çekirdek aile ve geniş aile olarak sınıflandırıldı.
4. Hanede yaşayan birey sayısı: Aynı hanede yaşayan toplam birey sayısını ifade etmektedir. Açık uçlu olarak sorgulandı.
5. Kadınların ve eşinin öğrenim düzeyi: En son bitirilen okul sorgulanmıştır. Öğrenim düzeyi okur-yazar değil, okur-yazar ama ilkokulu bitirmemiş, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite seçenekleri sunularak belirlenmiştir.
6. Kadınların ve eşinin gelir getiren bir işte çalışma durumu: Kadınların ve eşlerinin çalıştıkları sektör sorgulanmıştır.
7. Sağlık sigortası: Sağlık sigortası türü (kamu, özel ve UNRWA) sorgulanmıştır.
8. Hanenin aylık geliri: Haneye bir ayda giren toplam gelir miktarıdır. Sürekli veri olarak sorgulandı.
9. Akraba evliliği: Eşi ile arasındaki akrabalık bağı sorgulanmıştır (birinci derece akraba evliliği: hala oğlu, teyze oğlu, dayı oğlu, amca oğlu)
10. Evlilik kararı: Evlenme kararının kimin tarafından verildiğini sorgular.

B- Doğurganlık Özellikleri

1. İlk evlilik yaşı
2. Eşinin evlilik yaşı
3. İlk gebelik yaşı

4. Spontane düşük sayısı
5. İsteyerek düşük sayısı
6. Toplam gebelik sayısı
7. Ölü doğum sayısı
8. 0-28 günlük bebek ölümü
9. 29-365 günlük bebek ölümü
10. 13-60 ay çocuk ölümü
11. Toplam doğum sayısı
12. Yaşayan çocukların sayısı
13. Kadınların ideal çocuk sayısı
14. Eşinin ideal çocuk sayısı
15. En son doğum şekli: Son doğumda doğum şeklinin vajinal mı yoksa sezaryen mi olduğu sorulmuştur.

C- Kültürel faktörler

Aile planlamasına karşı tutumu ve hizmetlere erişim ile ilişkili bazı kültürel özellikler sorgulanmıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan 46 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Soru formu, Türkçe ve Arapça bilen bir çevirmen tarafından Arapça'ya çevrilmiştir (Ek 1,2).

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Anket formunun ön denemesi araştırma kapsamında yer almayan on kadın ile gerçekleşmiştir. Pilot uygulamadan sonra soru formu revize edilmiştir. Veri toplama aşamasında araştırmacı tarafından her bir kadına çalışmanın amacı konusunda bilgi verilmiştir. Veriler, kadınların yaşadığı hanelerde yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Veri toplama aşaması 2021 yılının Aralık ayında tamamlanmıştır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Çalışmadan elde edilen tanımlayıcı veriler yüzde dağılım ve Ortalama±Standart Sapma ($\bar{x}\pm SS$) biçiminde özetlendi. Kırsal, kentsel, kamp ve ardından çalışma grubundaki tüm kadınlar için karşılanmayan gereksinimi ilişkili faktörleri değerlendirmek için bivariante (iki değişkenli) ve multivariate (çok değişkenli) lojistik regresyon analizleri kullanıldı. Bağımlı değişken iki kategoride sınıflandırıldı: Karşılanmayan AP gereksinimi yok ise “0” (referans kategori)’ var ise “1” olarak kodlandı. Bivariate analizlerde $p<0.20$ olan değişkenler multivariate lojistik regresyon modeline alındı [2]. Multivariate lojistik regresyon analizinde $p<0,05$ ise anlamlı kabul edildi.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışma için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı (No: 2021/751) (Ek 4); Filistin Sağlık Eğitimi ve Bilimsel Araştırma Genel Müdürlüğü’nden 162/2146/2021 numaralı araştırma izni alındı (EK 3). Ayrıca çalışma kapsamındaki tüm kadınlardan araştırmaya gönüllü katılımlarına ilişkin sözlü onayları alındı.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında sunuldu. Birinci başlıkta kadınların sosyodemografik ve doğurganlık özellikleri ile AP hizmetlerine erişimlerine ilişkin tanımlayıcı tablolara yer verildi. İkinci başlıkta, AP yöntemi kullanma sıklığı, son başlık altında ise karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı ve karşılanmayan Ap gereksinimi ile bağımsız değişkenler arasındaki bivariante ve multivariate lojistik regresyon ile analizi sonuçlarına yer verildi.

4.1. KADINLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Çalışma kapsamında Kalkeliya, Azzoun ve kamplarda yaşayan toplam 522 evli kadına ulaşıldı. Kadınların yaş ortalaması $32,6 \pm 78,3$ (minimum 18, maksimum 49)'tür. Hane aylık gelir miktarı ortalaması $1483,8 \pm 769,2$ ABD doları olup, yarısından fazlasının (%62) hanesine giren aylık gelir miktarı 795-1613 ABD doları arasındadır. Kadınların şimdiki adresinde ikamet süresi $25,8 \pm 11,9$ yıl, ortalama hane halkı sayısı ortalaması $5,2 \pm 72,1$ 'dir. Kadınların %9,2'i geniş ailede yaşamaktadır. Kadınların %44,4'ü, eşlerinin %29,5'i üniversite mezunudur. Evliliklerin %21,6'sı birinci derece akraba ile yapılan evliliklerdir. Kadınların %18,2'si ve eşlerinin %98,2'i ücretli bir işte çalışmaktadır. Herhangi bir sağlık sigortası olmayan kadınların sıklığı %10,2'dir (Çizgile 4.1).

Çizgile 4.1. Kadınların sosyodemografik özellikleri, Batı Şeria, Filistin

Değişken	n	%
Yerleşim yeri		
Kalkeliya	174	33,3
Azzoun beldesi	174	33,3
Nurşams kamp	87	16,7
Tulkarm kamp	87	16,7
Aile tipi		
Çekirdek	474	90,8
Geniş	48	9,2
Öğrenim düzeyi		
Okur-yazar değil	6	1,1
İlkokul	4	,8
Ortaokul	129	24,7
Lise	151	28,9
Üniversite	232	44,4
Eşinin öğrenim düzeyi		
Okur-yazar değil	9	1,7
Okur-yazar ama ilk okulu bitirmemiş	2	0,4
İlkokul	12	2,3
Ortaokul	129	24,7
Lise	216	41,4
Üniversite	154	29,5
Ücretli işte çalışma durumu		
Devlet işinde	32	6,1
Özel sektörde	37	7,1
Kendi hesabına	26	5,0
Çalışmayan/İşsiz	427	81,8
Eşinin ücretli işte çalışma durumu		
Devlet işinde	104	19,9
Özel sektörde	57	10,9
Kendi hesabına	352	67,4
Çalışmayan/İşsiz	9	1,7
Sağlık sigortası		
Kamu sigortası	154	29,5
UNRWA sigortası	116	22,2
UNRWA ve kamu sigortası	175	33,5
Diğer*	24	4,6
Sağlık sigortası yok	53	10,2
Evlilikte nikah tipi		
Yalnızca imam nikahı	1	0,2
Resmi ve imam nikahı	521	99,8
Eşi ile akrabalık durumu		
Var (birinci derece)	113	21,6
Yok	409	78,4
Toplam	522	100,0
	\bar{x}	SS
Yaş (n= 522)	32,6	8,2
Hanede yaşayan kişi sayısı (n= 522)	5,2	2,1
Şimdiki adresinde ikamet süresi (n= 522)	25,8	11,9
Aylık gelir miktarı (ABD doları) (n= 522)	1483,8	769,2

*Özel sigorta (n= 7), UNRWA, kamu ve özel sigorta (n= 9), UNRWA ve özel sigorta (n= 6), kamu ve özel sigorta (n= 2).

İlk evlilik yaşı ortalaması kadınların $20,7\pm 3,3$, eşlerinin $26,6\pm 4,2$ idi. Kadınların evliliklerinin %27,4'ü, ilk gebeliklerinin %19,3'ü adölesan çağda (≤ 18 yaş) gerçekleşmiştir.

Kadınlar ortalama gebelik sayısı $4,02\pm 2,0$ (minimum 0, maksimum 18) olup, %15,5'inin 7 ve daha fazla sayıda gebeliği vardır. İstemli düşük yapan kadın sayısı yalnızca 2 (%0,4) iken, %34,1'i en az bir spontan düşük yapmıştır. En az bir ölü doğum öyküsü olan kadınların sıklığı %4,7, en az bir bebek ölümü öyküsü olan kadınların sıklığı %3,3'tür. İdeal çocuk sayısı ortalaması kadınların $3,97\pm 1,5$ (minimum 1, maksimum 12), eşlerinin $4,2\pm 1,7$ (minimum 1, maksimum 12) idi (Çizgile 4.2).

Çizgile 4.2. Kadınların doğurganlık özellikleri , Batı Şeria, Filistin

Değişken	n	%
Kadının ilk evlilik yaşı		
14-18	143	27,4
19-23	283	54,2
24 ve üstü	96	18,4
Eşinin ilk evlilik yaşı		
19-23	101	19,3
24-28	291	55,7
29 ve üstü	130	24,9
Evlilik kararı		
Evet, kendi kararım	488	93,5
Hayır, aile/akraba vb kararı	34	6,5
Kadının ilk gebelik yaşı		
14-18	101	19,3
19-23	290	55,6
24 ve üstü	116	22,2
Toplam gebelik sayısı		
Gebeliği yok	15	2,9
1-3	245	46,9
4-6	181	34,7
7 ve üstü	81	15,5
istemli küretaj sayısı		
Evet	2	0,4
Hayır	520	99,6
Spontan düşük (en az bir)		
Evet	178	34,1
Hayır	344	65,9
Ölü doğum (en az bir)		
Evet	15	4,7
Hayır	507	97,1
0-365 gün bebek ölümü öyküsü		
Evet	17	3,3
Hayır	505	96,7
13-60 ay bebek ölümü öyküsü		
Evet	3	0,6
Hayır	519	99,4
Toplam doğum sayısı		
yok	40	7,7
1-3	267	51,1
4-6	178	34,1
7 ve üstü	37	7,1
İdeal çocuk sayısı		
1-3	179	34,3
4-6	325	62,3
7 ve üstü	18	3,4
Eşinin ideal çocuk sayısı		
1-3	164	31,4
4-6	321	61,5
7 ve üstü	37	7,1
Toplam	522	100,0

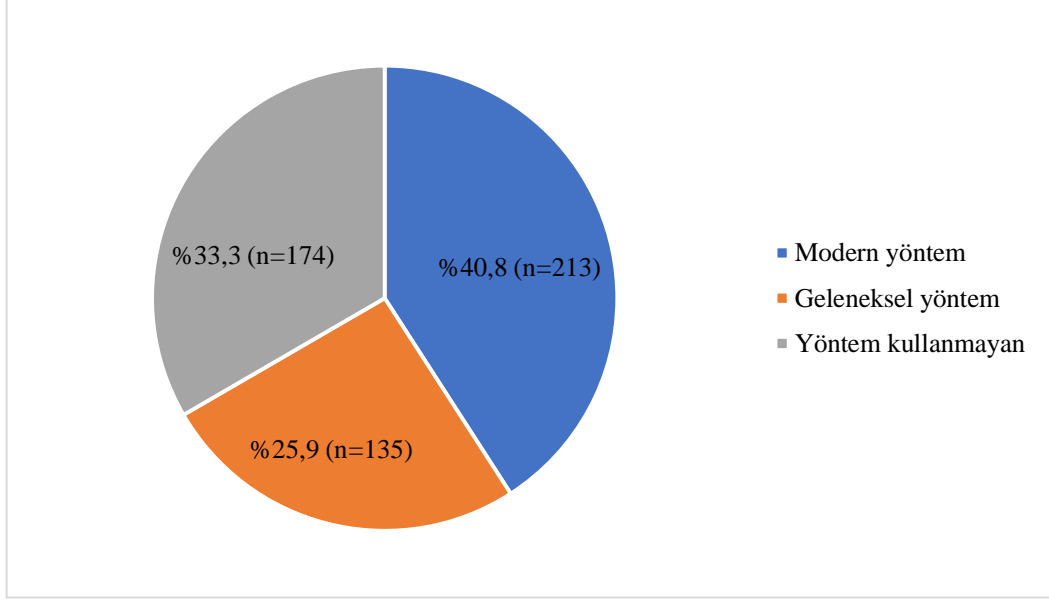
Çizgile 4.3, Kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimi ile ilgili bazı özellikleri sunulmuştur. Dokuz kadın (%1,7) AP hizmeti alabileceği merkeze ulaşımın zor/uzak olduğunu, 13 kadın (%2,5) merkeze gitmesinin kayınvalidesi tarafından engellendiğini, 147 kadın (28,2) AP yöntemlerinin yan etkilerinden korktuğu için AP merkezine gitmediğini belirtmiştir. Kadınların %3,1'i doğum kontrolünün günah olduğunu, %22,4'ü eşinin yöntem kullanmasını engelleme hakkı olduğunu düşünmektedir (Çizelge 4.3).

Çizgile 4.3. Kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimi ile ilgili bazı özellikleri

Değişken	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Aile planlaması hizmeti alabileceğiniz sağlık merkezine ulaşmak zor/uzak mı?	9	1,7	513	98,3	522	100,0
Aile planlaması yöntemleri sizin için pahalı mı?	29	5,6	493	94,4	522	100,0
Kocanız aile planlaması merkezlerine gitmenizi engeller mi?	5	1,0	517	99	522	100,0
Kayınvalideniz aile planlaması merkezlerine gitmenizi engeller mi?	13	2,5	509	97,5	522	100,0
Gebeliği önleyici yöntemlerin yan etkilerinden veya komplikasyonlarından korkuyor musunuz?	238	45,6	284	54,4	522	100,0
Aile planlaması yöntemleriyle ilişkili yan etkilerden duyduğunuz korku, aile planlaması merkezlerine gitmenizi engelliyor mu?	147	28,2	375	71,8	522	100,0
Doğum kontrolünün günah olduğuna inanıyorum.	16	3,1	506	96,9	522	100,0
Kocamın aile planlaması yöntemi kullanmamı engelleme hakkı vardır.	117	22,4	405	77,6	522	100,0

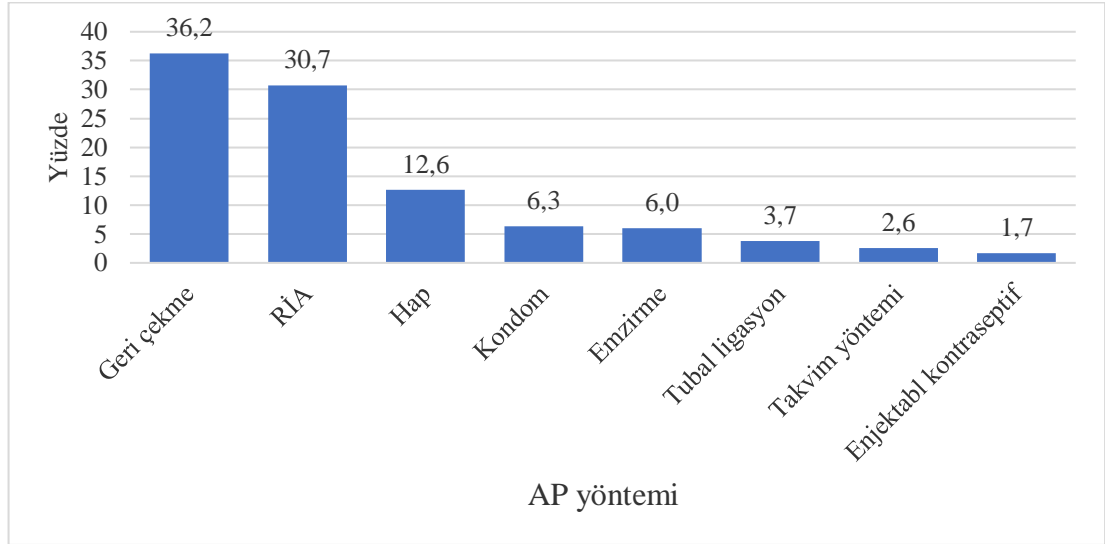
4.2. AILE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA SIKLIĞI

Kadınların %25,9'u geleneksel, %40,8'i modern olmak üzere toplam %66,7'si aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Kadınların %33,3'ü herhangi bir yöntem kullanmadığını bildirmiştir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Modern ve geleneksel Ap yöntemi kullanımı ile yöntem kullanmayanların yüzde dağılımı

Kadınların en sık kullandığı yöntem geri çekmedir (%36,2). Geri çekme yöntemini RİA (%30,7), oral kontraseptif (%12,6) ve kondom (%6,3) izlemektedir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Kadınların halen kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımı

Herhangi bir yöntem kullanan kadınların sıklığı kamplarda %69,6 (%25,9 geleneksel, %43,7 modern), Kalkilya'da %66,1 (%25,3 geleneksel, %40,8 modern), Azzoun'da %64,3(%26,4 geleneksel, %37,9 modern)'dir. Kamplar'da, Kalkilya'da ve Azzoun'da, geri çekme yöntemi sıklığı sırasıyla %35, %36,5, %37,5; RİA sıklığı

%20,5, %17,2, %21,8, hap kullanma sıklığı %6,9, %11,5, %6,9, kondom kullanma sıklığı %4,0, %2,0, %0,6'dır (Çizgile 4.4).

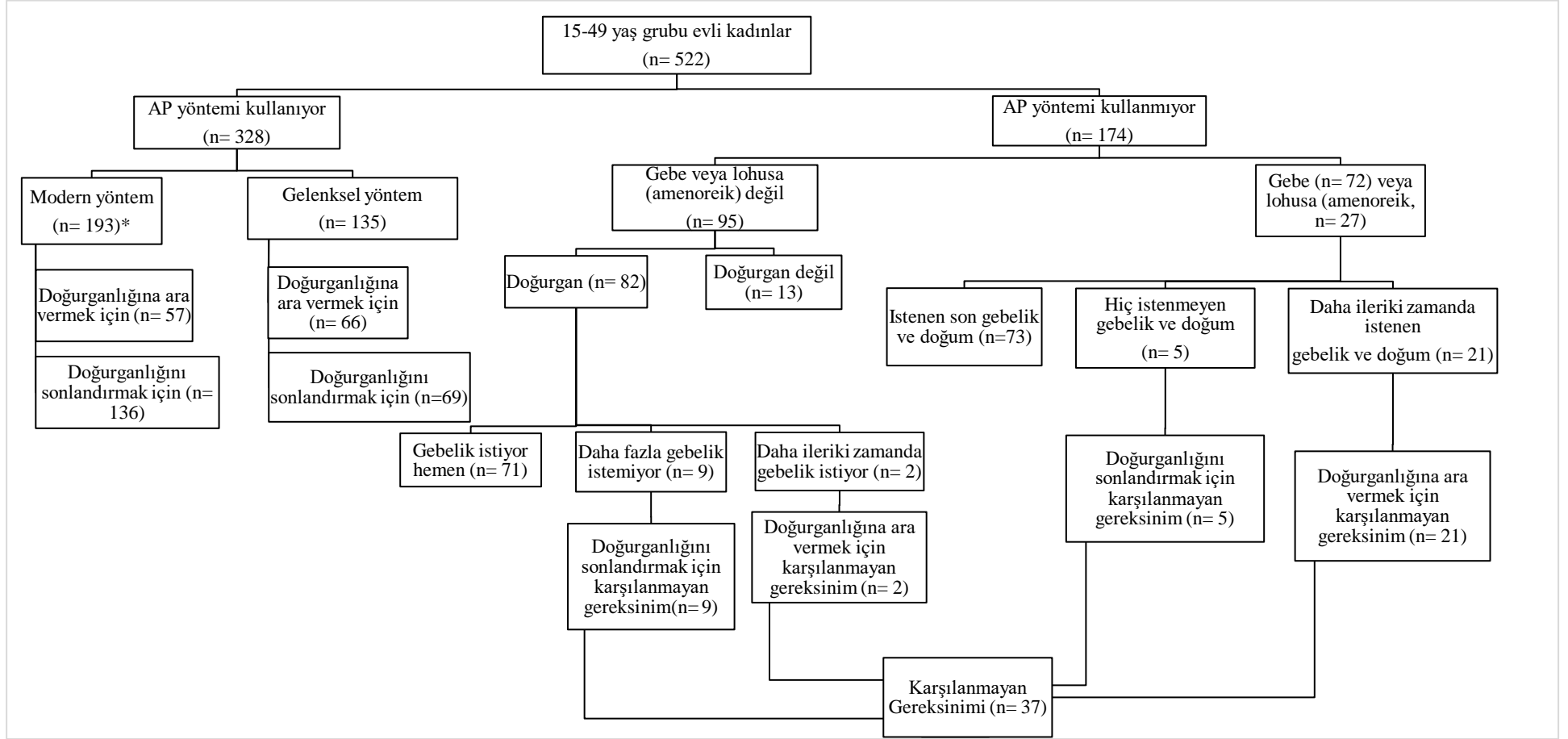
Çizgile 4.4. Kadınların halen kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin yerleşim yerine göre dağılımı

Yerleşim yeri	Geleneksel yöntem	Modern yöntem	Herhangi bir AP yöntemi	Geri çekme	RIA	Hap	Erkek kondumu
Kamplar (Tulkarım ve Nurşams)	25,9	43,7	69,6	24,1	20,5	6,9	4,0
Kalkilya	25,3	40,8	66,1	24,1	17,2	11,5	2,9
Azzoun	26,4	37,9	64,3	24,1	21,8	6,9	0,6

4.2.1. Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi ve İlişkili Faktörler

Herhangi bir AP yöntemi için karşılanmayan gereksinimi olan kadın sayısı 37(%7,1)'dir. Herhangi bir AP yöntemi için karşılanmayan gereksinimi olan kadınların %4,4'ü doğurganlığını sonlandırmak, %2,7'si doğumlarına ara vermek için istediği halde AP yöntemi kullanmamaktadır.

Modern yöntemler için karşılanmayan gereksinim sıklığı %32,9'tür. Modern yöntemler için karşılanmayan gereksinimi olan kadınların %15,9'u doğurganlığını sonlandırmak, %17,0'ı doğumlarına ara vermek için istediği halde AP yöntemi kullanmamaktadır (Şekil 4.3.) (Çizgile 4.5).



*Emzirme yöntemini (laktasyonel amenoreik) kullanan 20 lohusa yöntem kullanmayıp son doğumunu isteyen kadınlar içinde sınıflandırılmıştır.

Şekil 4.3. Karşılanmayan aile planlaması gereksinimi için değerlendirme algoritması

Çizgile 4.5. Herhangi bir yöntem ve modern yöntemler için aile planlaması gereksinimi kategorisi

Aile planlaması gereksinimi kategorisi	n	%
Herhangi bir aile planlaması yöntemi için		
Karşılanmayan gereksinim		
Doğurganlığını sonlandırmak için	23	4,4
Doğumlarına ara vermek için	14	2,7
Karşılanan gereksinim		
Doğurganlığını sonlandırmak için	205	39,3
Doğumlarına ara vermek için	123	23,6
Gereksinimi yok		
İstemli gebelik ve doğum	73	14,0
Gebe kalmak istiyor	71	13,6
Eşi veya kendisi infertil	13	2,4
Modern ile planlaması yöntemi için		
Karşılanmayan gereksinim		
Doğurganlığını sonlandırmak için	83	15,9
Doğumlarına ara vermek için	89	17,0
Karşılanan gereksinim		
Doğurganlığını sonlandırmak için	136	26,1
Doğumlarına ara vermek için	57	10,9
Gereksinimi yok		
Toplam	522	100,0

Bivariate lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre herhangi bir yöntem için karşılanmayan AP gereksinimi ile bağımsız değişkenler arasında p değeri 0,20'den küçük olan değişkenler, Kalkilya'da yaşamak, çalışmayan eş, düşük aylık hanenin geliri, eşinin evlenme yaşı, sağlık merkezlerine erişim uzaklığı ve zorluğu, kayınvalidenin AP merkezlerine erişimi engellemesi, AP yöntemlerinin yan etkilerinden korkma, AP yöntemleriyle ilişkili yan etkilerden korkusu nedeniyle AP merkezlerine gitmeme (Çizgile 4.6).

Modern yöntemler için karşılanmayan AP gereksinimi ile bağımsız değişkenler arasında p değeri 0,20'den küçük olan değişkenler, hanede yaşayan kişi sayısı, doğum sayısı, sağlık merkezlerine erişim uzaklığı ve zorluğu, eşinin AP merkezlerine erişimi engellemesi, kayınvalidenin AP merkezlerine erişimi engellemesi, AP yöntemlerinin

yan etkilerinden korkma ve AP yöntemleriyle ilişkili yan etkilerden korkusu nedeniyle AP merkezlerine gitmeme yer almaktadır (Çizgile 4.6).

Çizgile 4.6. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin bivariante lojistik regresyon analizi (Karşılanmayan gereksinim yok 0, var 1).

Değişken	Herhangi bir yöntem				Modern yöntem			
	Beta	OR	%95GA	p	Beta	OR	%95GA	p
Yaş	-0,023	1,0	[0,9–1,0]	0,299	0,009	1,0	[0,9-1,0]	0,448
Yerleşim yeri								
Kalkilya	0,81	2,2	[1,1–4,4]	0,018	0,219	1,2	[0,8-1,8]	0,263
Azuun ve kamplar (ref)		1,0						
Öğrenim düzeyi								
Ortaokul ve altı	0,302	1,4	[0,7–2,8]	0,409	-0,055	0,9	[0,7-1,4]	0,771
Lise ve üstü (ref)		1,0						
Eşinin öğrenim düzeyi								
Ortaokul ve altı	-0,299	0,7	[0,4–1,5]	0,405	0,245	1,2	[0,9-1,9]	0,226
Lise ve üstü (ref)		1,0						
Çalışma durumu								
Çalışan (ref)		1,0						
Çalışmayan	0,377	1,5	[0,6–3,8]	0,446	0,136	1,1	[0,7-1,9]	0,579
Eşinin çalışma durumu								
Çalışan (ref)		1,0						
Çalışmayan	1,361	3,9	[0,8–19,5]	0,097	-0,551	0,5	[0,1-2,8]	0,495
Aile tipi								
Çekirdek (ref)		1,0						
Geniş	0,474	1,6	[0,6–4,3]	0,350	0,121	1,1	[0,6-2,1]	0,703
Hanede yaşayan kişi sayısı	0,053	1,1	[0,9–1,2]	0,497	0,066	1,0	[0,9-1,2]	0,132
Hanenin aylık gelir miktarı (dolar)	0,003	1,0	[0,9–1,0]	0,194	0'0003	1,0	[0,9-1,0]	0,774
Sağlık sigortası								
Var (ref)		1,0						
Yok	0,352	1,4	[0,5–3,8]	0,485	-0,243	0,7	[0,4-1,5]	0,448
Eşi ile akrabalık								
Var	0,181	1,2	[0,5–2,8]	0,676	0,239	1,2	[0,8-2,0]	0,282
Yok (ref)		1,0						
İlk evlilik yaşı	0,064	1,1	[0,4–2,8]	0,898	0,013	1,0	[1,0-1,1]	0,637
Eşinin evlilik yaşı	0,045	1,1	[0,9–1,1]	0,199	-0,003	0,9	[0,9-1,0]	0,897
Toplam gebelik sayısı	0,074	1,1	[0,9–1,2]	0,214	0,039	1,0	[1,0-1,1]	0,261

Çizgile 4.6. Devamı Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin bivariante lojistik regresyon analizi (Karşılanmayan gereksinim yok 0, var 1)

Değişken	Herhangi bir yöntem				Modern yöntem			
	Beta	OR	%95GA	P	Beta	OR	%95GA	P
En az bir düşük/küretaj								
Var	-0,225	0,8	[0,4-1,7]	0,545	-0,077	0,9	0,6-1,4	0,698
Yok (ref)		1,0						
Toplam doğum sayısı	0,062	1,1	[0,9-1,2]	0,404	0,059	1,0	[1,0-1,2]	0,159
İdeal çocuk sayısı	-0,011	1,0	[0,8-1,2]	0,927	-0,01	0,9	[0,9-1,1]	0,879
Eşinin ideal çocuk sayısı	0,082	1,1	[0,9-1,3]	0,369	0,029	1,0	[0,9-1,1]	0,584
Sizin için aile planlaması hizmeti alabileceğiniz sağlık merkezine ulaşmak zor mu m?								
Evet	3,437	3,1	[1,4-7,2]	0,000	2,835	17	[2,1-137,2]	0,008
Hayır (ref)		1,0				1,0		
Kullandığımız aile planlaması yöntemi sizin için pahalı mı?								
Evet	-0,031	1,0	[0,2-4,2]	0,967	-0,093	0,9	0,4-2,0	0,821
Hayır (ref)		1,0				1,0		
Kocanız aile planlaması merkezlerine gitmenizi engeller mi?								
Evet	1,206	3,3	[0,4-3,7]	0,286	2,117	8,3	0,9-74,9	0,059
Hayır (ref)		1,0				1,0		
Kayınvalideniz aile planlaması merkezlerine gitmenizi engeller mi?								
Evet	1,433	4,2	[1,1-15,9]	0,036	1,214	3,3	1,1-10,4	0,036
Hayır (ref)		1,0				1,0		
Gebeliği önleyici yöntemlerin yan etkilerinden veya komplikasyonlarından korkuyor musunuz?								
Evet	1,405	4,1	[1,9-8,8]	0,000	1,635	5,1	3,4-7,6	0,000
Hayır (ref)		1,0				1,0		
Aile planlaması yöntemleriyle ilişkili yan etkilerden duyduğunuz korku, aile planlaması merkezlerine gitmenizi engelliyor mu?								
Evet	1,565	4,8	[2,4-9,6]	0,000	2,34	10,3	6,6-16,1	0,000
Hayır (ref)		1,0				1,0		
Doğum kontrolü inandığımız dinin kurallarına göre günah mıdır?								
Evet	0,654	1,9	[0,4-8,8]	0,400	0,475	1,6	0,6-4,4	0,355
Hayır (ref)		1,0				1,0		
Kocanızın aile planlaması yöntemi kullanmanızı engelleme hakkı var mıdır?								
Evet	0,414	1,5	[0,7-3,2]	0,271	0,121	1,1	0,7-1,7	0,585
Hayır (ref)		1,0				1,0		

Multivariate lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, herhangi bir AP yöntemi için karşılanmayan gereksinimi olma olasılığını Kalkilya'da yaşamak 2,2 (%95 GA 1,0-4,6) kat, AP merkezlerine erişimin zor/uzak olması 5,7 (%95 GA 3,2-7,1) kat, kayınvalidenin AP merkezlerine erişimi engellemesi 5,1 (%95 GA 1,3-7,1) kat, AP yöntemleriyle ilişkili yan etkilerden korkusu nedeniyle AP merkezlerine gitmeme 3,2 kat (%95 GA 1,1-8,5) kat artırmaktadır.

Modern yöntemler için karşılanmayan AP gereksinimi olma olasılığını, AP merkezlerine erişimin zor/uzak olması 6,5 (%95 GA 1,1-13,7) kat, kadının kayınvalidenin AP merkezlerine erişimi engellemesi 6,8 (%95 GA 2,1-12,8) kat, AP yöntemleriyle ilişkili yan etkilerden korkusu nedeniyle AP merkezlerine gitmeme 4,0 (%95 GA 4,9-16,4) kat artmaktadır (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin multivariate lojistik regresyon analizi (Karşılanmayan gereksinim yok 0, var 1)

Değişken	Herhangi bir yöntem				Modern yöntem			
	Beta	OR	%95GA	P	Beta	OR	%95GA	P
Yerleşim yeri								
Kalkilya	0,774	2,2	[1,0-4,6]	0,041	-	-	-	-
Azzun ve kamplar (ref)		1,0						
Hanenin aylık gelir miktarı (dolar)	-0,004	1,0	[0,9-1,0]	0,109				
Hanede yaşayan kişi sayısı	-	-	-	-	0,116	1,1	1,0-1,3	0,155
Toplam doğum sayısı	-	-	-	-	0,010	1,0	0,9-1,2	0,896
Eşinin evlenme yaşı	0,052	1,1	[1,0-1,1]	0,172	-	-	-	-
Sizin için aile planlaması hizmeti alabileceğiniz sağlık merkezine ulaşmak zor/uzak mı?								
Evet	2,754	5,7	[3,2-7,1]	0,001	2,526	6,5	1,1-13,7	0,038
Hayır (ref)		1,0						
Kayınvalideniz aile planlaması merkezlerine gitmenizi engeller mi?								
Evet	1,954	5,1	[1,3-7,1]	0,021	1,923	6,8	2,1-12,8	0,002
Hayır (ref)		1,0						
Gebeliği önleyici yöntemlerin yan etkilerinden veya komplikasyonlarından korkuyor musunuz?								
Evet	0,552	1,7	[0,6-5,2]	0,320	0,356	1,4	0,8-2,5	0,216
Hayır (ref)		1,0				1,0		
Aile planlaması yöntemleriyle ilişkili yan etkilerden duyduğunuz korku, aile planlaması merkezlerine gitmenizi engelliyor mu?								
Evet	1,118	3,2	[1,1-8,5]	0,032	2,196	4,0	4,9-16,4	0,000
Hayır (ref)		1,0				1,0		
	Nagelkerke R Square 0,218				Nagelkerke R Square 0,348			

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Filistin’de Batı Şeri’da farklı ekonomik, sosyal ve kültürel yapıya sahip üç yerleşim yerinde (kırsal alan, mülteci kampı ve kentsel alan) yaşayan 15-49 yaş arası evli kadınlarda karşılanmayan AP gereksinimi sıklığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada 15-49 yaş arası 522 evli kadına ulaşılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular, kadınların %40,8’i modern, %25,9’u geleneksel olmak üzere %66,7’sinin herhangi bir AP yöntemi kullandığını; karşılanmayan AP gereksinimi sıklığının herhangi bir yöntem için %7,1, modern yöntemler için %32,9 olduğunu göstermektedir.

İlk evlilik yaşı, gebeliklerin başladığı, üreme sağlığı ve AP hizmetlerine gereksinimin arttığı bir dönemin başlangıcını yansıttığı için önem taşır. Bu çalışmada kadınların evlenme yaşı ortalaması $20,7 \pm 3,2$, ortancası 20,0’dır. Bu çalışma ile benzer şekilde Filistin’de başka bir çalışmada kadınların ortanca ilk evlenme yaşı 20,7 olarak bildirilmiştir [13]. Ortanca evlenme yaşı Türkiye’de 21,4 [18] olup, Filistin’den daha yüksektir. Bu çalışmada kadınların %27,4’ü ilk evliliklerini 14-18 yaşları arasında yapmıştır. UNICEF ve Filistin İstatistik Kurumu (2019-2020) raporuna göre Filistin’de 18 yaşın altında evlenen kadınları düzeyi yaklaşık %22 olarak saptanmıştır. Bu düzey 2010 yılında %24 olarak bildirilmektedir [13], Bu çalışmada adölesan evlilik sıklığı oldukça yüksektir. Buna bağlı olarak da her beş kadından birisi 18 yaşından önce gebe kalmıştır (%19,3). Türkiye’de adölesan gebelik ve adölesan annelik sıklığı %3,5 olarak bildirilmektedir [18].

Bu çalışmada kadının %34,1’i en az bir spontan düşük yapmıştır. Dünya genelinde tüm gebeliklerin %10,8’inin düşük riski olduğu bildirilmektedir. Filistin’de yüksek düşük hızları gözlenmekte olup, kadınların üçte ikisinin (%66,3) birden fazla kez

düşük yaptığı bulunmuştur [48]. Güney Batı Şeria'da, özellikle Hebron Valiliği'nde 2015 yılında düşükler üzerine bir araştırmada en az bir kez düşük yapan kadınların sıklığı %72 olarak saptanmıştır [48]. Bu bulgular Filistin'de üreme sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik halk sağlığı müdahalelerinin planlanmasına gereksinim olduğunu yansıtmaktadır.

Bu çalışmada, kadınların %25,9'si geleneksel, %40,8'si modern olmak üzere kadınların %66,7'sinin AP yöntemi kullandığı saptanmıştır. En sık kullanılan yöntemler sırasıyla geri çekme (%36,2), RİA (%30,7), oral kontraseptif (%12,6) ve kondomdur (%6,4). Filistin İstatistik Kurumu (2019-2020) verilerine göre Filistin'de kadınların yaklaşık %15'i geleneksel ve %57'ü modern yöntemlerle gebelikten korunmaktadır [13]. Batı Şeria'da geleneksel yöntem kullanan kadınların düzeyi %13 ve modern yöntem kullanan kadınların düzeyi %56 olup, RİA (%28,1), geri çekme (%9,2), oral kontraseptif (%5,8) ve kondom (%4,3) en yaygın kullanılan yöntemlerdir [13]. Filistin İstatistik Kurumu (2019-2020) bulgularına göre Filistin'de AP yöntemi kullananların en yüksek sıklıkları Tulkarm, Salfit ve Kalkilya'dadır (sırasıyla %65, %64, %64). Kalkilya ve Tulkam'da geleneksel AP yöntemlerinin kullanma sıklığı (sırasıyla %25, %19) ve modern AP yöntemlerini kullanma sıklığı (sırasıyla %39, %47)'dir. RİA kullanma sıklığı sırasıyla %21, %30 ve geri çekme yöntemi sıklığı sırasıyla %23, %11'dir [22].

Bu çalışmada Kalkilya Tulkarm ve Azzoun'da herhangi bir AP yöntemlerini kullanma sıklığı (sırasıyla %66,1, %69,6, %64,3), geleneksel AP yöntemlerini kullanma sıklığı (sırasıyla %25,3, %25,9, %26,4) ve modern AP yöntemlerini kullanma sıklığı (sırasıyla %40,8, %43,7, 37,9) idi. RİA kullanma sıklığı (sırasıyla %17,2, %20,5, 21,8) ve geri çekme tüm bölgeler için aynı kullanma sıklığı %24,1 idi. Filistin İstatistik Kurumu'nun raporu ile bu çalışmanın karşılanmayan AP sıklığı arasında fark vardır. Öyle ki bu çalışmada geleneksel AP yöntemleri ve geri çekme yöntemi kullanım sıklığı Filistin İstatistik Merkezi raporundaki sıklıktan daha yüksek çıkmıştır. Bunun nedeni, görüşmeler sırasında kadınlara kullandıkları AP yöntemi sorulduğunda bazılarının geleneksel AP yönteminin ve geri çekme yönteminin bir AP yöntemi olduğunu bilmedikleri fark edilmiştir. Bu nedenle görüşme yapılan kadınlara geleneksel yöntemler hakkında detaylı açıklama yapılarak sorgulanmıştır. Bu çalışmada

karşılanmayan AP yöntemleri gereksinimi sıklığı ile Filistin İstatistik Kurumu raporu sonuçları arasındaki farkın nedeni bu olabilir.

Çalışmada herhangi bir yöntem için karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı %7,1 olup, doğurganlığı sonlandırmak için karşılanmayan gereksinimi sıklığı %4,4 ve doğumlarına ara vermek için karşılanmayan gereksinim sıklığı %2,7 idi. Herhangi bir yöntem için karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı yüksek olsa da, modern yöntemlere erişimde ciddi bir sorun vardır. Modern yöntemler için karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı %33 olarak saptanmıştır. Filistin’de herhangi bir AP yöntemi için karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı yaklaşık %13 olarak saptanmıştır (%8 ara vermek için, %5 son vermek için) [13]. Valiliklere göre en yüksek karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı Tubas ve Beytüllahim illerinde (sırasıyla %24, %17) saptanmıştır. Tulkarım’da karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı %12 (%8 ara vermek için, %4 son vermek için), Kalkeilya’da %12 (%8 ara vermek için, %4 son vermek için) olarak bildirilmektedir [22]. Türkiye’de benzer şekilde karşılanmayan AP yöntemlerini sıklığı 2018’de %12 (%4 ara vermek için, %8 son vermek için) olarak saptanmıştır. En yüksek sıklığın okuma yazma bilmeyen ve düşük gelirli kadınlar arasında olduğu belirlenmiştir [18].

Multivariate lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, herhangi bir AP yöntemi için karşılanmayan AP gereksinimini kentsel alanda (Kalkeliya) yaşamak 2,2 kat, AP merkezlerine ulaşımın uzak/zor olması 5,7 kat, kadının kayınvalidesinin AP merkezlerine erişimini engellemesi 5,1 kat, AP yöntemleriyle ilişkili yan etkilerden korkusu nedeniyle AP merkezlerine gitmeme 3,2 kat artmaktadır. Doğu Sudan’da karşılanmayan AP gereksinimi, orta öğretimin altında eğitim almış kadınlar arasında önemli ölçüde daha yüksek saptanmış, karşılanmayan gereksinimin çiftin öğrenim düzeyi ve kadının mesleğinden etkilendiği bulunmuştur [49]. Yaş, evlenme yaşı, yaşayan çocuk sayısı, ikamet yeri, AP bilgisi, AP çalışanı tarafından ziyaret edilmesi karşılanmayan gereksinimi ile ilişki faktörleridir [50]. Karşılanmayan gereksinimin kontraseptif yöntemlerin yan etkilerden korkan kadınlarda korkmayanlara göre yaklaşık 2.9 kat daha fazla olduğu [51]; karşılanmamış AP gereksinimi bulunan kadınların gelenek ve göreneklere bağlı bir yaşam tarzı içerisinde aile, dini inanç ve ekonomik durum yaşamlarına yön veren en önemli değerler olduğu; karşılanmamış

AP gereksinimi bulunan kadınlardan toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak ekonomik durumu ve sosyal şartları elverdiği ölçüde mutlaka çocuk sahibi olması beklendiği vurgulanmaktadır [52].

Filistin'de, nitelikli AP hizmetlerinin önündeki başlıca engeller arasında kadınların kontraseptiflerin yan etkilerinden korkusu, kontraseptiflerin bulunabilirliğinin yetersizliği ve sınırlı kontraseptif yöntem seçeneklerinin olmasıdır [53]. Habebah v. d'nin göre kocasının AP yöntemi kullanımına karşı muhalefeti olmayan ve en az bir erkek çocuğu olan kadınların kontraseptif kullanma olasılıkları daha yüksektir [54]. Etiyopya'da genç yaşlarda olmak, eşinin daha fazla çocuk yapma niyetinin olması, yaşayan çocuk sayısındaki artış ve çiftlerin AP yöntemi kullanımı konusunda birlikte karar vermemesi modern doğum kontrol yöntemlerine olan talebi azaltan faktörler olarak bildirilmektedir [55]. Başka bir araştırma modern yöntemler için karşılanmayan AP gereksinimi ile ilişkili en önemli faktörlerden eşinin onayının olmaması 15,4 kat, modern kontraseptifler hakkında bilgi sahibi olmaması 8,8 kat ve postpartum dönemde yüksek gebe kalma riskinin farkında olunmaması 2,2 kat artırdığını göstermiştir. Ayrıca kadının mevcut yerleşim yerindeki ikamet süresi, sağlık merkezlerinden AP danışmanlığının alınması ve yaşayan çocuk sayısı da karşılanmayan gereksinim ile ilişkili faktörler olarak belirlenmiştir [56]. Ayrıca ev dışında çalışan kadınlarda modern yöntemlerin kullanımının daha fazla olduğu, modern yöntem kullanımının artan öğrenim ve gelir düzeyi ile pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmektedir [57].

Bu çalışmada kadının kayınvalidesinin AP merkezlerine erişimini engellemesi karşılanmayan gereksinim olasılığını 5,1 kat artırmaktaydı. Filistin'de 2013 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, kadınlarda karşılanmayan AP gereksiniminin dini inançları ve gelenekler ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Araştırmada kadınların çoğunluğunda AP konusunda birincil karar vericilerin kocaları ve kayınvalideleri olduğunu ortaya koymuştur. Erkeklerin karar verici olmasına rağmen, AP yönteminin kullanılması bir kadının endişesi ve sorumluluğudur ve bu durum Filistin toplumundaki erkek egemenliğini yansıtmaktadır. Söylentiler, yanlış bilgilerin yayılmasında ve AP yöntemleri hakkında yanlış algıların artmasında önemli bir rol oynar ve AP yöntemlerinin yan etkilerine karşı korkuyu artırır. Ayrıca sağlık kuruluşlarında mahremiyetin korunmasına dikkat edilmemesi, merkezlerin aşırı

kalabalık olması ve uzun bekleme süreleri, personel eksikliği aile planlaması yöntemlerinin kullanımını azaltmaktadır [58]. AP hizmetlerinin erkekleri de kapsayacak biçimde nitelikli, yaygın ve süreklilik temelinde örgütlenmesi gerekmektedir.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Batı Şeria'da üç farklı yerleşim yerinde (kentsel, kırsal, kamp) yaşayan 15-49 yaş arası evli kadınlarda karşılanmayan AP gereksinimi sıklığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen başlıca sonuçlar ve bu sonuçlar çerçevesinde sunulan öneriler aşağıda özetlenmiştir.

6.1. SONUÇLAR

1. Kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması $20,7\pm 3,3$ 'tür. Evliliklerinin %27,4'ü, ilk gebeliklerinin %19,3'ü adölesan çağda (≤ 18 yaş) gerçekleşmiştir. Ortalama gebelik sayısı $4,02\pm 2,0$ (minimum 0, maksimum 18) olup, %15,5'inin 7 ve daha fazla sayıda gebeliği vardır. Yaklaşık olarak her üç kadından birisi (%34,1) en az bir kez spontan düşük yapmıştır. İdeal çocuk sayısı ortalaması kadınların $3,97\pm 1,5$, eşlerinin $4,2\pm 1,7$ 'dir.
2. Kadınların %25,9'u geleneksel, %40,8'i modern olmak üzere toplam %66,7'si aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Herhangi bir yöntem kullanan kadınların sıklığı kamplarda %69,6 (%25,9 geleneksel, %43,7 modern), Kalkilya'da %66,1 (%25,3 geleneksel, %40,8 modern), Azzoun'da %64,3(%26,4 geleneksel, %37,9 modern)'dir.
3. Kadınların en sık kullandığı yöntem geri çekmedir (%36,2). Geri çekme yöntemini RİA (%30,7), oral kontraseptif (%12,6) ve kondom (%6,3) izlemektedir.
4. Herhangi bir AP yöntemi için karşılanmayan gereksinim sıklığı %7,1(%4,4 doğurganlığını sonlandırmak, %2,7 doğumlarına ara vermek için); Modernyöntemler için karşılanmayan gereksinim sıklığı %32,9 (%15,9 doğurganlığını sonlandırmak, %17,0 doğumlarına ara vermek için) olarak saptanmıştır.

5. Herhangi bir AP yöntemi için karşılanmayan gereksinimi olma olasılığını Kalkilya'da yaşamak 2,2 kat, AP merkezlerine erişimin zor/uzak olması 5,7 kat, kayınvalidenin AP merkezlerine erişimi engellemesi 5,1 kat, AP yöntemleriyle ilişkili yan etkilerden korkusu nedeniyle AP merkezlerine gitmeme 3,2 kat artırmaktadır.
6. Modern yöntemler için karşılanmayan AP gereksinimi olma olasılığını, AP merkezlerine erişimin zor/uzak olması 6,5 kat, kadının kayınvalidenin AP merkezlerine erişimi engellemesi 6,8 kat, AP yöntemleriyle ilişkili yan etkilerden korkusu nedeniyle AP merkezlerine gitmeme 4,0 kat artmaktadır.

6.2. ÖNERİLER

1. Kadınların kendi bedenleri üzerindeki kontrolünü artırmak ve doğurganlıklarını planlayabilmelerini sağlamak için toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile mücadele edilmeli ve kadının güçlendirilmesine yönelik politikalar uygunmalıdır.
2. Doğurgan çağıdaki kadınlara yönelik aile planlaması danışmanlığı hizmetleri güçlendirilmelidir. Gebe ve lohusalara kendileri için en uygun AP yöntemi seçmeleri konusunda planlı sağlık eğitimi verilmelidir.
3. Sağlık personeline aile planlaması yöntemleri konusunda hizmet içi eğitimler verilmeli ve kadınların aile planlaması yöntemlerine yönlendirilmesinde tüm sağlık personelinin katılımı sağlanmalıdır.
4. Aile planlaması hizmetlerine eşlerin katılımı sağlanmalıdır. Kayınvalidenin yöntem kullanımı üzerindeki etkisi dikkate alındığında AP hizmetlerinin tüm aileyi kapsayacak şekilde planlanması iyi bir yaklaşım olacaktır.
5. Filistin' de bölgelere göre karşılanmayan AP gereksinimi sıklığı değiştiği için ülkeye genelleyecek şekilde sistematik araştırmalar gerçekleştirilmeli ve hizmete erişimdeki farklılıklar izlenmelidir.
6. Filistin'de karşılanmayan AP gereksinimine yönelik Sağlık Bakanlığı, UNRWA, özel ve sivil toplum kuruluşlarının sektörler arası işbirliğini içeren sistematik bir program tasarlanmalıdır.
7. Pek çok yanlış kanı ve geleneksel inancı değiştirmek ve kadınları, eşleri, kayınvalideyi ve toplumu üreme sağlığı konusunda bilinçlendirmek için eşit

hizmet anlayışı temelinde birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. “Contraception”. <https://www.who.int/health-topics/contraception> (erişim 15 Mayıs 2021).
2. R. Ozdemir, C. Cevik, ve M. Ciceklioglu, “Unmet needs for family planning among married women aged 15-49 years living in two settlements with different socioeconomic and cultural characteristics: a cross-sectional study from Karabuk Province in Turkey”, *Rural Remote Health*, c. 19, sy 3, s. 5125, Ağu. 2019, doi: 10.22605/RRH5125.
3. “Achievements in Public Health, 1900-1999: Family Planning”. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4847a1.htm> (erişim 15 Mayıs 2021).
4. “Sexual & reproductive health”, *United Nations Population Fund*. <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health> (erişim 30 Mayıs 2021).
5. “Family Planning - A global handbook for providers”. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9780999203705> (erişim 15 Mayıs 2021).
6. “Family planning/contraception methods”. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> (erişim 1 Mayıs 2021).
7. K. Ackerson ve R. Zielinski, “Factors influencing use of family planning in women living in crisis affected areas of Sub-Saharan Africa: A review of the literature”, *Midwifery*, c. 54, ss. 35-60, Kas. 2017, doi: 10.1016/j.midw.2017.07.021.
8. N. R. C. (US) C. on Population, Contraceptive Benefits and Risks. National Academies Press (US), 1989. Erişim: 15 Mayıs 2022. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235069/>.
9. “Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels”, Nis. 2002, Erişim: 15 Mayıs 2022. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.gutmacher.org/report/family-planning-can-reduce-high-infant-mortality-levels>.

10. M. Bauserman vd., “The relationship between birth intervals and adverse maternal and neonatal outcomes in six low and lower-middle income countries”, *Reprod. Health*, c. 17, sy 2, s. 157, Kas. 2020, doi: 10.1186/s12978-020-01008-4.
11. T. Dwi Tama, E. Astutik, S. Katmawanti, ve J. Oka Reuwpassa, “Birth Patterns and Delayed Breastfeeding Initiation in Indonesia”, *J. Prev. Med. Pub. Health*, c. 53, sy 6, ss. 465-475, Kas. 2020, doi: 10.3961/jpmph.20.212.
12. A. Merklinger-Gruchala, G. Jasienska, ve M. Kapiszewska, “Short interpregnancy interval and low birth weight: A role of parity”, *Am. J. Hum. Biol. Off. J. Hum. Biol. Council.*, c. 27, sy 5, ss. 660-666, Eki. 2015, doi: 10.1002/ajhb.22708.
13. P. UNICEF, “The Palestinian Multiple Indicator Cluster Survey”. <https://www.unicef.org/sop/reports/palestinian-multiple-indicator-cluster-survey> (erişim 15 Mayıs 2022).
14. M. Okasha, “Estimating the Unmet Need for Family Planning in the Gaza Strip Using Discriminant Analysis”, Mar. 2004.
15. A. Imam, “UNMET NEEDS FOR MODERN FAMILY PLANNING IN STATE OF PALESTINE”, Şub. 2016. doi: 10.13140/RG.2.1.1619.9443.
16. “Contraception | Reproductive Health | CDC”, 13 Ocak 2022. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm> (erişim 15 Aralık 2021).
17. “United Nations - 2019 - Contraceptive Use by Method 2019 Data Booklet.pdf”. Erişim: 22 Mayıs 2021. Erişim adresi: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_data_booklet.pdf.
18. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Turkey, ve Sağlık Bakanlığı, 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. 2019.
19. “State of Palestine 2020 1-9 Handout.pdf”. Erişim: 22 Mayıs 2021. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://fp2030.org/sites/default/files/State%20of%20Palestine%202020%201-9%20Handout.pdf>.
20. G. Sedgh, L. S. Ashford, ve R. Hussain, “Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women’s Reasons for Not Using a Method”, Haz. 2016, Erişim: 22 Mayıs 2021. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>.

21. “Share of women with unmet needs for family planning globally 2021”, *Statista*. <https://www.statista.com/statistics/1250479/women-who-have-unmet-needs-for-family-planning-globally/> (erişim 25 Mayıs 2022).
22. “PCBS”. <https://www.pcbs.gov.ps/default.aspx> (erişim 27 Mayıs 2021).
23. J. N. Mulenga, B. B. Bwalya, M. C. Mulenga, ve K. Mumba, “Determinants of unmet need for family planning among married women in Zambia”, *J. Public Health Afr.*, c. 11, sy 1, s. 1084, Nis. 2020, doi: 10.4081/jphia.2020.1084.
24. A. Tadele, D. Abebaw, ve R. Ali, “Predictors of unmet need for family planning among all women of reproductive age in Ethiopia”, *Contracept. Reprod. Med.*, c. 4, s. 6, Haz. 2019, doi: 10.1186/s40834-019-0087-z.
25. A. F. Fagbamigbe, A. S. Adebawale, ve I. Morhason-Bello, “Survival analysis of time to uptake of modern contraceptives among sexually active women of reproductive age in Nigeria”, *BMJ Open*, c. 5, sy 12, s. e008371, Ara. 2015, doi: 10.1136/bmjopen-2015-008371.
26. M. A. Alsaleem, S. N. Khalil, A. F. Siddiqui, M. M. Alzahrani, ve S. A. Alsaleem, “Contraceptive use as limiters and spacers among women of reproductive age in southwestern, Saudi Arabia”, *Saudi Med. J.*, c. 39, sy 11, ss. 1109-1115, Kas. 2018, doi: 10.15537/smj.2018.11.22817.
27. S. A. Worku, Y. M. Mittiku, ve A. D. Wubetu, “Unmet need for family planning in Ethiopia and its association with occupational status of women and discussion to her partner: a systematic review and meta-analysis”, *Contracept. Reprod. Med.*, c. 5, sy 1, s. 21, Kas. 2020, doi: 10.1186/s40834-020-00121-w.
28. “2019 Family Planning Data Sheet”. <https://repository.gheli.harvard.edu/repository/12952/> (erişim 23 Mayıs 2021).
29. “fp-data-sheet-2019.pdf”. Erişim: 23 Mayıs 2021. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2019/03/fp-data-sheet-2019.pdf>.
30. L. Gavin ve K. Pazol, “Update: Providing Quality Family Planning Services — Recommendations from CDC and the U.S. Office of Population Affairs, 2015”, *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.*, c. 65, sy 9, ss. 231-234, Mar. 2016, doi: 10.15585/mmwr.mm6509a3.
31. N. Purwar, H. Shankar, ve K. Kumari, “Family Planning Adoption and Unmet Needs: Spousal Agreement in Rural Varanasi”, *Indian J. Community Med. Off. Publ. Indian Assoc. Prev. Soc. Med.*, c. 43, sy 4, ss. 284-287, Ara. 2018, doi: 10.4103/ijcm.IJCM_153_18.
32. A. B. Ajong vd., “Determinants of unmet need for family planning among women in Urban Cameroon: a cross sectional survey in the Biyem-Assi Health District, Yaoundé”, *BMC Womens Health*, c. 16, s. 4, Oca. 2016, doi: 10.1186/s12905-016-0283-9.

33. “جغرافيا فلسطين | مركز المعلومات الوطني الفلسطيني”.
https://info.wafa.ps/ar_page.aspx?id=0dr4kfa2245185327a0dr4kf (erişim 30 Şubat 2022).
34. A Survey of Palestine: Prepared in December, 1945 and January, 1946 for the Information of the Anglo-American Committee of Inquiry. Palestine: Govt. printer, 1946, s. 185.
35. “وزارة الاقتصاد الوطني”. <https://www.mne.gov.ps/ministry.aspx?NewsId=2161> (erişim 30 Şubat 2022).
36. “Palestine Health Annual Report 2020 | GHDx”.
<https://ghdx.healthdata.org/record/palestine-health-annual-report-2020> (erişim 15 Nisan 2021).
37. “22019_التقرير السنوي لوزارة الصحة_compressed.pdf”. Erişim: 07 Haziran 2022. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: https://info.wafa.ps/userfiles/server/pdf/NewFolder/2%D8%A7%D9%84%D8%AA%D9%82%D8%B1%D9%8A%D8%B1%20%D8%A7%D9%84%D8%B3%D9%86%D9%88%D9%8A%20%D9%84%D9%88%D8%B2%D8%A7%D8%B1%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%202019_compressed.pdf.
38. “الاستراتيجية القطاعية للصحة 2021-2023.pdf”. Erişim: 31 Mayıs 2021. Erişim adresi: <http://palestinecabinet.gov.ps/WebSite/Upload/Documents/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%B1%D8%A7%D8%AA%D9%8A%D8%AC%D9%8A%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%B7%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9%20%D9%84%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%202021-2023.pdf>.
39. H. Bağcı ve M. Atasever, “Türkiye sağlık sistemi”, *Ank. Akad. Kitabevi*, 2020.
40. A. Manenti, “Report of a field assessment of health conditions in the occupied Palestinian territory”, s. 29.
41. “Life expectancy at birth, total (years) - High income | Data”.
https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=XD&name_desc=true (erişim 07 Haziran 2021).
42. “TÜİK Kurumsal”. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221> (erişim 13 Mayıs 2021).
43. “Life expectancy at birth, total (years) - Jordan | Data”.
https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=JO&name_desc=true (erişim 07 Haziran 2021).
44. “PCBS”. <https://www.pcbs.gov.ps/default.aspx> (erişim 08 Nisan 2021).

45. "MOH-Annual-Report-2019.pdf". Erişim: 15 Nisan 2022. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://www.moh.gov.ps/portal/wp-content/uploads/2020/06/MOH-Annual-Report-2019.pdf>.
46. "OpenEpi - Toolkit Shell for Developing New Applications". <http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm> (erişim 31 Mayıs 2021).
47. S. Bradley, T. Croft, J. Fishel, ve C. Westoff, "Revising Unmet Need for Family Planning", Oca. 2012.
48. A. AlRifai, "Assessment of Safe and Unsafe Abortion among Palestinian Women in Hebron Governorate in Southern West Bank- Palestine", s. 96.
49. A. A. A. Ali ve A. Okud, "Factors affecting unmet need for family planning in Eastern Sudan", *BMC Public Health*, c. 13, sy 1, s. 102, Şub. 2013, doi: 10.1186/1471-2458-13-102.
50. A. Hailemariam ve F. Haddis, "Factors Affecting Unmet Need for Family Planning in Southern Nations, Nationalities and Peoples Region, Ethiopia", *Ethiop. J. Health Sci.*, c. 21, sy 2, ss. 77-89, Tem. 2011.
51. C. Guure vd., "Factors influencing unmet need for family planning among Ghanaian married/union women: a multinomial mixed effects logistic regression modelling approach", *Arch. Public Health*, c. 77, sy 1, s. 11, Mar. 2019, doi: 10.1186/s13690-019-0340-6.
52. S. Temel, "Karşılanmamış aile planlaması gereksinimlerinin azaltılmasında kültürel faktörlerin belirlenmesi ve hizmet modelinin geliştirilmesi", Determination of cultural factors in decreasing the unmet needs for family planning and development of the service model, Eki. 2018, Erişim: 01 Haziran 2022. [Çevrimiçi]. Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/491156>.
53. B. Böttcher, M. Abu-El-Noor, ve N. Abu-El-Noor, "Choices and services related to contraception in the Gaza strip, Palestine: perceptions of service users and providers", *BMC Womens Health*, c. 19, sy 1, s. 165, Ara. 2019, doi: 10.1186/s12905-019-0869-0.
54. M. Hababeh vd., "Contraceptive use by Palestine refugee mothers of young children attending UNRWA clinics: a cross-sectional follow-up study", *Lancet Lond. Engl.*, c. 391 Suppl 2, s. S26, Şub. 2018, doi: 10.1016/S0140-6736(18)30392-1.
55. "Factors affecting demand for modern contraceptives among currently married reproductive age women in rural Kebeles of Nunu Kumba district, Oromia, Ethiopia - PubMed". <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31844553/>.
56. M. Komasaawa, M. Yuasa, Y. Shirayama, M. Sato, Y. Komasaawa, ve M. Alouri, "Demand for family planning satisfied with modern methods and its associated

factors among married women of reproductive age in rural Jordan: A cross-sectional study”, *PLOS ONE*, c. 15, sy 3, s. e0230421, 2020/03/18, doi: 10.1371/journal.pone.0230421.

57. E. O. Çalıkoğlu, E. Bilge Yerli, D. Kavuncuoğlu, S. Yılmaz, Z. Koşan, ve A. Aras, “Use of Family Planning Methods and Influencing Factors Among Women in Erzurum”, *Med. Sci. Monit. Int. Med. J. Exp. Clin. Res.*, c. 24, ss. 5027-5034, Tem. 2018, doi: 10.12659/MSM.908388.
58. A. Imam, “UNMET NEEDS FOR MODERN FAMILY PLANNING IN STATE OF PALESTINE”, Şub. 2016. doi: 10.13140/RG.2.1.1619.9443.

EK AÇIKLAMALAR A. YASAL İZİNLER

EK A 1. SORU FORMU (TÜRKÇE)

FİLİSTİN BATI ŞERİA'DA 15-49 YAŞ EVLİ KADINLARDA KARŞILANMAYAN AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMİ PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: TOPLUM TABANLI KESİTSEL ÇALIŞMA

Değerli Katılımcı,

Bu soru formu, Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yürütülen bir yüksek lisans tezi kapsamında hazırlanmıştır. Araştırmanın amacı, farklı ekonomik, sosyal ve kültürel yapıya sahip üç yerleşim yerinde (kırsal alan, mülteci kampı ve kentsel alan) yaşayan 15-49 yaş arası evli kadınlarda karşılanmayan aile planlaması gereksinimi sıklığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir. Ankete vermiş olduğunuz yanıtlar bireysel olarak değerlendirilmeyecek ve kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırmada güvenilir sonuçların üretilebilmesi için lütfen tüm soruları eksiksiz ve gerçek düşüncenizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Doaa B.M. Ostaali, Yüksek Lisans Öğrencisi
Doç. Dr. Raziye Özdemir, Danışman Öğretim Üyesi
Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Türkiye

Anket No:

Anket Tarihi:

Anketör:

A- SOSYODEMOGRAFİK VE EKONOMİK ÖZELLİKLER.

1- Kaç yaşındasınız? (Lütfen tamamladığınız yaşı belirtiniz)

.....

2- Yaşadığınız yeri belirtir misiniz?

1) Nur Şems Kampı.

2) Tulkarm Kampı.

3) Azzoun.

4) Kalkilya.

3- Aile tipinizi belirtir misiniz?

1) Çekirdek aile (anne, baba ve çocuklar).

2) Geniş aile (anne, baba, çocuklar ve büyükanne, büyük baba, teyze, hala gibi ailenin diğer üyeleri ile birlikte yaşama).

4- Hanenizde yaşayan toplam kişi sayısı nedir?

..... kişi.

5- Şu anda yaşadığımız yerleşim yerinde ne kadar süredir oturuyorsunuz?

.....yıl.....ay

Aşağıda yer alan size ve eşinize ait soruları yanıtlayınız.

	Kendinizin	Eşinizin
6- Öğrenim düzeyi	a) Okur-yazar değil. b) Okur-yazar, ama ilkokulu bitirmemiş. c) İlkokul. d) Ortaokul. e) Lise. f) Üniversite.	a) Okur-yazar değil. b) Okur-yazar, ama ilkokulu bitirmemiş. c) İlkokul. d) Ortaokul. e) Lise. f) Üniversite.
7- Çalışma durumu	a) İşsiz. b) Devlet işinde çalışıyor. c) Özel sektörde çalışıyor. d) Kendi hesabına (esnaf). e) Diğer (.....).	a) İşsiz. b) Devlet işinde çalışıyor. c) Özel sektörde çalışıyor. d) Kendi hesabına (esnaf). e) Diğer (.....).
8- Meslek

9- Hanenize giren aylık aile gelir miktarını belirtir misiniz?

..... Şekel.

10- Sağlık sigortanız var mı?

1) Var. 2) Yok.

11- Sağlık sigortanız var ise, ne tür bir sigorta?

1) Devlet sigortası. 2) UNRWA sigortası. 3) UNRWA ve Devlet sigortası.
4) Özel sigorta. 5) Diğer.....

12- Medeni durumunuz için aşağıdakilerden hangisi geçerlidir?

1) Yalnızca imam nikahlı.
2) Resmi ve imam nikahlı.

13- Eşiniz ile aranızda akrabalık var mı?

1) Var (eşiniz neyiniz oluyor?).
2) Yok.

14- Eşinizle evlilik kararını kendiniz mi verdiniz?

1) Evet, kendi kararım. 2) Hayır, aile/akraba vb kararı.

B- DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ

Aşağıda doğurganlık özellikleriniz ile ilgili soruları yanıtlayınız.

15- İlk adet yaşı:	22- Kendiliğinden düşük (müdahalesiz) sayısı:
16- İlk evlilik yaşı:	23- Ölü doğum sayısı:
17- Evlendiğinizde (şimdiki evlilik) eşiniz kaç yaşındaydı?.....	24- 0-28 günlük bebek ölümü:
18- İlk gebelik yaşı:	25- 29-365 günlük bebek ölümü:
19- Toplam gebelik sayısı:	26- 13-60 ay çocuk ölümü:
20- İsteyerek düşük/küretaj sayısı: ...	27- Toplam doğum sayısı:
21- Son doğumuzu ne şekilde yaptınız? (1) Vajinal doğum. (2) Sezaryen.	28- Yaşayan çocuk sayısı:kız,erkek.

C- İDEAL ÇOCUK SAYISI

29- Aile kurma sürecinin en başına dönebilseydiniz, kaç çocuk sahibi olmak isterdiniz?

(Mevcut çocuk sayınızdan bağımsız olarak düşünerek yanıtlayınız).

Belirtiniz.....

30- Eşiniz kaç çocuk sahibi olmayı isterdi?

Belirtiniz.....

D- AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN KULLANIMI:

31- Şu anda bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

- 1) Evet. 2) Hayır.

32- Aile planlaması yöntemi kullanıyorsanız, hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

- 1) Kadının Tüplerinin Bağlanması (tüpligasyon).
- 2) Erkeğin Kanallarının Bağlanması (vazektomi).
- 3) Hap.
- 4) Spiral (Rahim İçi Araç).
- 5) İğne/Enjeksiyon.
- 6) Deri Altı İmplantları.
- 7) Kondom/ Prezervatif/Kaput/Kılıf/Vajinal Halka (Nuvaring)/Diyafraam.
- 8) Köpük, Jel, Fital.
- 9) Takvim yöntemi.
- 10) Geri Çekme.
- 11) Emzirme.
- 12) Diğer

33- Neden bir aile planlaması yöntemi kullanıyorsunuz?

- 1) Çünkü şu an çocuk istemiyorum, daha ileriki bir zamanda çocuk istiyorum.
- 2) Çünkü artık hiç çocuk istemiyorum.

E- KARŞILANMAYAN AİLE PLANMASI GEREKSİNİMİ

34- Eğer şu anda gebe iseniz, gebeliğiniz ile ilgili verilen seçeneklerden size uygun olan hangisidir?

- 1) Daha fazla çocuk istemediğim halde gebe kaldım. Gebeliğim plansız gerçekleşti.
- 2) Gebeliği daha ilerideki bir zamanda istemiştim. Gebeliğim plansız gerçekleşti.
- 3) İsteyerek gebe kaldım. Gebeliğim tam istediğim zamanda gerçekleşti.

35- Eğer şu anda lohusalık/doğum sonu dönemde iseniz, son doğumunuzla ilgili verilen seçeneklerden size uygun olan hangisidir? (Adet görmüyor ise doğumdan sonraki ilk altı aya kadar doğum sonu dönem kabul ediniz).

- 1) Daha fazla çocuk istemediğim halde doğum yaptım. Son doğumum plansız gerçekleşti.
- 2) Son doğumumu daha ilerideki bir zamanda istemiştim, plansız gerçekleşti.
- 3) İsteyerek gebe kaldım ve doğum yaptım. Son doğumum tam istediğim zamanda gerçekleşti.

36- Gelecekte başka çocuk sahibi olmak istiyor musunuz?

- 1) Evet, istiyorum.
- 2) Hayır, kesinlikle istemiyorum.
- 3) Gebe kalmam mümkün değil (eşi veya kendisi kısır).
- 4) Bilmiyorum, kararsızım.

37- Şu andan itibaren ne kadar zaman sonra çocuk sahibi olmak istersiniz?

- 1) Hemen
- 2)ay sonra.
- 3) yıl sonra.

38- Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi (**Araştırmacı tarafından doldurulacaktır**).

Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi	
VAR (.....)	YOK (.....)
(.....) Doğurganlığına ara vermede karşılanmayan gereksinim. (.....) Doğurganlığına son vermede karşılanmayan gereksinim.	(.....) Aile planlaması yöntemi kullanıyor. (.....) Gebe kalmak istiyor. (.....) Halen gebe. (.....) Halen lohusa (Laktasyonel amenoreik). (.....) Eşi ya da kendisi infertil.

F- AİLE PLANLAMASINA ERİŞİM VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

a- Aile planlaması merkezlerine erişim

Aile planlaması hizmetlerine erişim ile ilgili aşağıdaki soruları/ifadeleri yanıtlayınız?	Evet	Hayır
39- Aile planlaması hizmeti alabileceğiniz sağlık merkezine ulaşmak zor/uzak mı?		
40- Kullandığınız aile planlaması yöntemi sizin için pahalı mı?		
41- Kocanız aile planlaması merkezlerine gitmenizi engeller mi?		
42- Kayınvalideniz aile planlaması merkezlerine gitmenizi engeller mi?		
43- Gebeliği önleyici yöntemlerin yan etkilerinden veya komplikasyonlarından korkuyor musunuz?		
44- Aile planlaması yöntemleriyle ilişkili yan etkilerden duyduğunuz korku, aile planlaması merkezlerine gitmenizi engelliyor mu?		

b- Kültürel faktörler

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok
45- Doğum kontrolünün günah olduğuna inanıyorum.			
46- Dini ve kültürel açıdan, kocamın aile planlaması yöntemleri kullanmamı engelleme hakkına sahip olduğuna ve onun kararına uymam gerektiğine inanıyorum.			

EK A 2. SORU FORMU (ARAPÇA)

انتشار وسائل تنظيم الأسرة غير الملابة والعوامل ذات الصلة عند النساء المتزوجات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-

49 عامًا في الضفة الغربية، فلسطين: دراسة مستعرضة

عزيزتي المشاركة،

تم إعداد هذا الاستبيان ضمن نطاق أطروحة الماجستير التي أجريت في معهد التعليم العالي بجامعة كارابوك، قسم القبالة. الهدف من الدراسة هو تحديد مدى انتشار متطلبات تنظيم الأسرة غير الملابة والعوامل ذات الصلة لدى النساء المتزوجات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 عامًا ويعشن في ثلاث مناطق (منطقة ريفية ومخيم للاجئين ومنطقة حضرية) ذات هياكل اقتصادية واجتماعية وثقافية مختلفة. ستكون إجاباتك على الاستبيان بشكل فردي وستظل سرية للغاية. من أجل الحصول على نتائج موثوقة في البحث، يرجى الإجابة على جميع الأسئلة بشكل كامل وبطريقة تعكس رأيك الحقيقي. أشكركم على مشاركتكم.

استشاري: د. عضو التدريس راضية أوزدمير

الطالبة: دعاء أسطة علي

كلية الدراسات العليا بجامعة كارابوك، قسم القبالة، تركيا.

رقم الاستبيان: تاريخ الاستبيان:

أ- السمات الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية

1- كم عمرك؟ (يرجى تحديد العمر الذي أكملته)

.....

2- حددي مكان إقامتك

1- مخيم نور شمس

2- مخيم طولكرم

3- حددي نوع العائلة التي تعيشين بها

1- الأسرة النووية (الأم والأب والأطفال).
2- الأسرة الممتدة (العيش مع الأم والأب والأطفال
وغيرهم من أفراد الأسرة مثل الأجداد والعمات
والخالات).

4- ما هو عدد الأشخاص الذين يعيشون في نفس المنزل

.....شخص

5- مدة إقامتك في منطقتك الحالية

.....شهر.....سنة.

أجيبني عن الأسئلة التالية التي تخصك وتخص زوجك.

لزوجك	لك	
<p>أ. غير متعلم (أمي).</p> <p>ب. يعرف القراءة والكتابة ولكن لم يكمل المرحلة الابتدائية.</p> <p>ج. المدرسة الابتدائية.</p> <p>د. المدرسة الثانوية.</p> <p>ه. الثانوية العامة.</p> <p>و. الجامعة</p>	<p>أ. غير متعلمة (أمية).</p> <p>ب. أعرف القراءة والكتابة ولكن لم أكمل المرحلة الابتدائية.</p> <p>ج. المدرسة الابتدائية.</p> <p>د. المدرسة الثانوية.</p> <p>ه. الثانوية العامة.</p> <p>و. الجامعة</p>	6- المستوى التعليمي
<p>أ. عاطل عن العمل.</p> <p>ب. يعمل في وظيفة حكومية.</p> <p>ج. يعمل في القطاع الخاص.</p> <p>د. يعمل لدى حسابه الخاص.</p> <p>ه. أخرى (.....)</p>	<p>أ. عاطلة عن العمل.</p> <p>ب. أعمل في وظيفة حكومية.</p> <p>ج. أعمل في القطاع الخاص.</p> <p>د. أعمل لدى حسابي الخاص.</p> <p>ه. أخرى (.....)</p>	7- العمل

.....	8- المهنة
----------------	-------	-----------

- 9- هل يمكنك تحديد دخل الأسرة الشهري لأسرتك؟ شيكل.
- 10- هل لديك تأمين صحي؟
- 1- نعم.
2- لا، لا يوجد.
- 11- إذا كان يوجد تأمين، فما هو نوعه؟
- 1- تأمين حكومي. 2- تأمين وكالة (أونروا). 3- تأمين حكومي ووكالة.
4- تأمين خاص. 5- أخرى.....
- 12- أي مما يلي ينطبق على حالتك الاجتماعية
- 1- زواج بوجود مأذون شرعي (ديني).
2- الزواج مثبت في المحكمة (قانوني) وزواج بوجود مأذون شرعي (ديني).
13- هل يوجد بينك وبين زوجك قرابة؟
- 1- نعم (ماذا يكون زوجك لك.....).
2- لا.
- 14- هل قرار الزواج كان قرارك
- 1- نعم، قراري.
2- لا، قرار الأسرة/قريب.

ب- ميزات الخصوبة

أجيبني عن الأسئلة المتعلقة بخصائص الخصوبة أدناه.

23- عدد المواليد المتوتى.....	15- العمر عند أول دورة شهرية.....
24- عدد الأطفال المتوتى من عمر 0-28 يوم.....	16- العمر عند أول زواج.....
25- عدد الأطفال المتوتى من عمر 29-365 يوم.....	17- عمر زوجك الحالي عند الزواج بك.....
26- عدد الأطفال الذين ماتوا عند عمر 13-60 شهر.....	18- العمر عند أول حمل.....
27- العدد الكلي للولادات.....	19- عدد الحمولات الكلي.....
28- عدد الأطفال الذين على قيد الحياة.....	20- عدد الإجهاضات التي تمت بإرادتك.....
..... بنت..... ولد.	21- شكل اخر ولادة عنك (1) ولادة طبيعية. (2) ولادة قيصرية. 22- عدد الإجهاضات بدون ارادتك.....

ج- العدد المثالي للأطفال

29- إذا كان بإمكانك العودة إلى بداية عملية بناء الأسرة، كم عدد الأطفال الذين ترغبين في إنجابهم؟ (أجيبني بالتفكير بغض النظر عن عدد أطفالك الحالي).

حددي

30- كم عدد الأطفال الذين يرغب زوجك إنجابهم؟

حددي

د- استخدام طرق تخطيط الأسرة

- 31- هل تستخدمين حاليا احدى وسائل تنظيم الأسرة؟
- (1) نعم. (2) لا.
- 32- إذا كنت تستخدمين احدى وسائل تنظيم الأسرة، ما الطريقة التي تستخدمينها؟
- (1) ربط البوق للمرأة.
(2) ربط قنوات الرجل (قطع القناة الدافقة).
(3) حبوب منع الحمل.
(4) اللولب.

- (5) إبرة / حقن.
(6) شريحة منع الحمل.
(7) الواقي الذكري.
(8) رغو، جل، فتيل.
(9) طريقة التقويم.
(10) الانسحاب.
(11) الرضاعة الطبيعية.
(12) أخرى
- 33- لماذا تستخدمين وسيلة تنظيم الأسرة؟
(1) لأنني لا أريد أطفالاً الآن ، أريد أطفالاً في وقت لاحق.
(2) لأنني لا أريد أي أطفال بعد الآن.

هـ الحاجة إلى وسائل تنظيم الأسرة غير الملباة

- 34- إذا كنت حاملاً حالياً، فما هو الخيار الأنسب لك فيما يتعلق بحملك الحالي؟
(1) لقد حملت رغم أنني لا أريد المزيد من الأطفال. كان حملي غير مخطط له.
(2) أردت الحمل في وقت لاحق. كان حملي غير مخطط له.
(3) حملت كما أردت. لقد حدث حملي بالضبط عندما أردت ذلك وخطت له.
35- إذا كنت في فترة النفاس، فما هو الخيار الأنسب لك فيما يتعلق بولادتك الأخيرة؟ (إذا لم تكوني في فترة النفاس، أجيبين فترة ما بعد الولادة حتى الأشهر الستة الأولى).
(1) أنجبت رغم أنني لم أرغب في المزيد من الأطفال. ولادتي الأخيرة كانت غير مخطط لها.
(2) أردت ولادتي الأخيرة في وقت لاحق، كانت غير مخطط لها.
(3) لقد حملت وأنجبت كما أردت. حدثت ولادتي الأخيرة بالضبط في الوقت الذي خطت له.
36- هل تريدين إنجاب أطفال آخرين في المستقبل؟
(1) نعم، أريد ذلك.
(2) لا، بالتأكيد لا أريد ذلك.
(3) لا يمكنني الحمل (أنا أو زوجي عقيم).
(4) لا أعرف، أنا مترددة.
37- متى ترغبين في إنجاب طفلك المرة القادمة؟
(1) على الفور.
(2) بعد.....شهر.
(3) بعد.....سنة.

(38) الحاجة غير الملباة من وسائل تنظيم الأسرة (تُعبأ من قِبَل الباحث)

الحاجة غير الملباة من وسائل تنظيم الأسرة	
لا يوجد (.....)	يوجد (.....)
(.....) تستخدم وسيلة تنظيم الأسرة. (.....) تريد الحمل. (.....) حالياً حامل. (.....) في فترة النفاس حالياً (الرضاعة). (.....) هي أو زوجها عقيم.	(.....) الحاجة غير الملباة للتباعد بين الولادات. (.....) الحاجة غير الملباة لتحديد النسل.

د- الوصول إلى تنظيم الأسرة والعوامل ذات الصلة

1. الوصول إلى مراكز تنظيم الأسرة

أجيبني عن الأسئلة / البيانات التالية بخصوص الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة	
لا	نعم

		39- هل تواجهين صعوبة من الذهاب الى المركز الصحي حيث يمكنك الحصول على خدمات تنظيم الأسرة أو أن المركز الصحي بعيد بالنسبة لك؟
		40- هل طريقة تنظيم الأسرة التي تستخدمينها مكلفة بالنسبة لك؟
		41- هل يمنعك زوجك من الذهاب لمراكز تنظيم الأسرة؟
		42- هل تمنعك حماتك من الذهاب لمراكز تنظيم الأسرة؟
		43- هل تخافين من الآثار الجانبية أو المضاعفات التي تسببها وسائل منع الحمل؟
		44- هل يمنعك خوفك من الآثار الجانبية المتعلقة بأساليب تنظيم الأسرة من الذهاب إلى مراكز تنظيم الأسرة؟

2. العوامل الثقافية

ليس لدي فكرة	لا اوافق	اوافق	
			45- أعتقد أن وسائل تنظيم الأسرة خطيئة أو حرام
			46- من الناحية الدينية والثقافية اعتقد أن لزوجي الحق في منعي من استخدام وسائل تنظيم الأسرة ويجب أن ألتزم بقراره

EK A 3. FİLİSTİN BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK KURULUNUN İZİNİ

State of Palestine
Ministry of Health
General Directorate of Education in
Health and Scientific Research



دولة فلسطين
وزارة الصحة
الإدارة العامة للتعليم الصحي
والبحث العلمي

Ref.: 162/2146/2021
Date: 23/11/2021

الرقم: 162/2146/2021
التاريخ: 23/11/2021

To Whom it May Concern

After reviewing the following project's protocol and checking the material and questions that will be presented to the participants.

Project title THE PREVALENCE OF UNMET FAMILY PLANNING NEEDS AND RELATED FACTORS WITHIN MARRIED WOMEN AGED 15-49 IN THE WEST BANK OF PALESTINE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Researcher(s) Duaa Osta Ali
Supervisor(s) Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR Faculty of Health Sciences
Department of Midwifery
University KARABUK University

We are pleased to let you know that the Health Education and Scientific Research Unit at the Palestinian Ministry of Health has approved your project. The letter of support has been accepted, and you will be able to distribute your questioners in the health facilities as long as you commit to your protocol.

Best wishes with your project.

Dr. Abdalla Kawasme
Director of Education in Health and Scientific Research

EK A 4. T.C. KARABÜK ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL İZİNİ

Tarih ve Sayı: 15.12.2021 - E.88154



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-77192459-050.99-88154
Konu : 2021/751 Nolu Karar

15.12.2021

Sayın Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "**FİLİSTİN BATI ŞERİA'da 15-49 YAŞ EVLİ KADINLARDA KARŞILANMAYAN AİLE PLANLAMASI GEREKSİNİMİ PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: TOPLUM TABANLI KESİTSEL ÇALIŞMA**" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul yönergesine göre incelenmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSRKMZK1H5

Belge Doğrulama Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=4043&eD=BSRKMZK1H5&eS=88154>

Adres: Karabük Üniversitesi Demir Çelik Kampüsü Merkez/Karabük

Telefon: (370) 418 9446

e-Posta: giroletik@karabuk.edu.tr

İnternet Adresi: <http://tip.karabuk.edu.tr/giroletik>

Kep Adresi: karabukuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Songül DOYMUŞ

Unvan: Sürekli İşçi



ÖZGEÇMİŞ

Doaa OSTAALİ, ilk, orta ve lise eğitimini Filistinli'de tamamladı. İbn Sina Sağlık Bilimleri Koleji Ebelik lisans Okulunu bitirdi. 2017 yılında mezun olup aynı yılında Kalkilya UNRWA Hastanesi'nde Ebe olarak göreve başladı. 2018 UNRWA Kalkilya kliniğinde çalışmaya başladı aynı zamanda Arap Amerikan Üniversite Hastanesinde hemşirelik öğrencileri için eğitmen olarak başladı.