

**T.C.  
HASAN KALYONCU  
ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**18-24 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARA SAĞLIK İNANÇ  
MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN ÜREME SAĞLIĞI  
KORUYUCU TUTUMLARI VE AİLE PLANLAMASINA  
YÖNELİK TUTUMLARINA ETKİSİ**

**NEŞE ATAMAN BOR  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
DOKTORA PROGRAMI  
DOKTORA TEZİ**

**GAZİANTEP  
2020**

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**18-24 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARA SAĞLIK İNANÇ  
MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN ÜREME SAĞLIĞI  
KORUYUCU TUTUMLARI VE AİLE PLANLAMASINA  
YÖNELİK TUTUMLARINA ETKİSİ**

**Neşe ATAMAN BOR**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin  
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın  
Doktora Programı için öngördüğü  
**DOKTORA TEZİ**  
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ

**GAZİANTEP**

**2020**

## TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince tez danışmanlığımı üstelenerek beni destekleyen, bana yol gösteren, anlayışını, bilgi ve tecrübelerini, zamanını ve güler yüzünü esirgemeyen, hep örnek aldığım tez danışmanım saygıdeğer Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ'a,

Engin akademik birikimleriyle, Tez İzleme Komitesinde yer alarak, çalışmamı gözleyen, inceleyen, değerlendiren ve sürece onay veren kıymetli hocalarım sayın Dr. *Öğretim Üyesi* Feride YİĞİT ve sayın Prof. Dr. Yavuz YAKUT'a,

Doktora eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi hocalarıma, her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Bölümü öğretim görevlisi arkadaşlarıma ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Tez çalışmamın veri toplama aşamasında evli kadınlara ulaşmamda yardımcı olan Hakkâri 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan değerli hemşire ve dr arkadaşlarıma,

İlk çocukluk çağlarımdan beri babamın eksikliğini hissettirmeyen, beni maddi ve manevi hep destekleyen, her türlü sıkıntıda yanımda olan, bulunduğum noktanın müssebbibi değerli abim Av. Mesut ATAMAN'a ve değerli anneme,

Tez çalışmalarım süresince beni destekleyen, motive eden ve her zaman yanımda durarak çalışmamın zorluklarına katlanmamda bana sabırla yol gösteren eşim Mehmet Selim BOR'a, varlığıyla güç aldığım oğlum Yekta'ya varlıklarından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**Neşe ATAMAN BOR. 18-24 Yaş Arası Evli Kadınlara Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Eğitimin Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumları ve Aile Planlamasına Yönelik Tutumlarına Etkisi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. Gaziantep. 2020.** Üreme sağlığı bütün insanları ilgilendiren bir kavram olmasına rağmen kadının yaşamında ayrı bir yere ve öneme sahiptir. Çünkü doğurganlık kadın bedeninde oluşan bir olaydır ve kadının bu işlevi yerine getirirken yaşadıkları genel sağlık düzeyini bozabilir. Bu çalışmanın amacı Sağlık İnanç Modeli'ne göre verilen eğitiminin 18-24 yaş arası evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutum üzerine etkisinin değerlendirilmesidir. Nisan 2019- Aralık 2019 tarihler, arasında Hakkâri 1 No'lu Aile Sağlık Merkezinde 175 evli kadın ile üreme sağlığını geliştirmeye yönelik uygulanan sağlık eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla ön test- son test kontrol gruplu ve yarı deneysel modelde yapılmıştır. Çalışmada soru formu sosyo-demografik bilgi ile ilgili sorulardan oluşturulmuştur. Üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ) ve AP tutumunu ölçebilmek amacıyla AP Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda ön test ÜSBÖ toplam puan ortalaması eğitim grubunda  $112,57 \pm 24,58$ , kontrol-1 grubunda  $119,07 \pm 25,93$  ve kontrol-2 grubunda  $120,15 \pm 18,63$  olarak bulunmuştur. AP toplam puan ortalaması eğitim grubunda  $102,00 \pm 22,47$ , kontrol-1 grubu  $101,75 \pm 23,44$  ve kontrol-2 grubu  $106,5 \pm 24,80$  olarak bulunmuştur. Ön test verileri toplandıktan sonra deney grubundaki kişilere üç aylık bir eğitim programı uygulanmıştır. Eğitim bittikten sonra üç ay izlem yapılmış toplamda altı ay sonra ÜSBÖ ve APTÖ uygulanarak son test verileri toplanmıştır. Eğitim grubunda ÜSBÖ ve AP tutum ölçekleri toplam ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı düzeyde artma bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Kadınların üreme sağlığı sorunlarının belirlenmesi ve bu konuda sağlık eğitimlerinin planlanması ve uygulanması son derece önemlidir. Sağlık İnanç Modeli'ne göre verilen eğitimin üreme sağlığını koruyucu tutum üzerine olumlu etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan, Üreme sağlığı, Sağlık inanç modeli.

## ABSTRACT

**Neşe ATAMAN BOR. The Effect of Education Provided According to Health Belief Model to Married Women Between 18-24 Years on Reproductive Health Protective Attitudes and Family Planning Attitudes. Hasan Kalyoncu Üniversty. Department of Nursing. PhD Thesis. Gaziantep. 2020.** Although reproductive health is a concept that concerns all people, it has a special place and importance in a woman's life. Because fertility is an event that occurs in the female body, and it may impair the general health level of women while performing this function. The purpose of this study is to evaluate the effect of the education given according to the Health Belief Model on the reproductive health protective attitude of married women between the ages of 18-24. Between April 2019 and December 2019, pre-test-post-test was conducted with control group and quasi-experimental model in order to evaluate the effectiveness of health education applied to improve reproductive health with 175 married women in Hakkari No. 1 Family Health Center. The questionnaire form in the study was composed of questions about socio-demographic information. In order to determine the reproductive health protective attitudes and behaviors, Married Women's Reproductive Health Attitudes Determination Scale (RHADS) and FP Attitude Scale were used to measure FP attitude. As a result of the study, the mean pretest-USDS total score was  $112.57 \pm 24.58$  in the education group,  $119.07 \pm 25.93$  in the control-1 group and  $120.15 \pm 18.63$  in the control-2 group. The AP total score average was  $102.00 \pm 22.47$  in the education group,  $101.75 \pm 23.44$  in the control-1 group, and  $106.5 \pm 24.80$  in the control-2 group. After the pre-test data has been collected, a three-month training program has been applied to the people in the experimental group. Following the completion of the training, three months of follow-up has been carried out, a total of six months later, post-test data have been collected by applying RHADS and APDS. In the education group, a significant increase was found in the total and sub-dimension mean scores of the RHADS and AP attitude scales ( $p < 0.05$ ). It is extremely important to determine the reproductive health problems of women and to plan and implement health education in this regard. It has been determined that the education given according to the Health Belief Model has a positive effect on the protective attitude of reproductive health.

**Keywords:** Adolescent, Health belief model, Reproductive health.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

<b>TEZ SAVUNMA TUTANAĞI</b>	
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>i</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>iv</b>
<b>TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI .....</b>	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ.....</b>	<b>vi</b>
<b>TABLO DİZİNİ .....</b>	<b>vii</b>
<b>GRAFİK DİZİNİ.....</b>	<b>ix</b>
<b>SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....</b>	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	7
1.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	7
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>8</b>
2.1. Üreme Sağlığı Tanımı ve Önemi.....	8
2.2. Üreme Sağlığının Amaçları .....	9
2.3. Üreme Sağlığının Kadınlar İçin Önemi.....	11
2.4. Dünya’da Üreme Sağlığı Açısından Mevcut Durum .....	12
2.5. Türkiye’de Üreme Sağlığı Açısından Mevcut Durum .....	17
2.6. Adölesan Dönemde Üreme Sağlığı Sorunları .....	19
2.6.1. Adölesan Evlilikler .....	19
2.6.2. Adölesan Gebelikler ve Annelik.....	21
2.6.3. Adölesanlarda İstenmeyen Gebelikler ve Kontraseptif Kullanımı.....	22
2.6.4. Adölesanlarda Genital Yol Enfeksiyonları.....	23
2.7. Sağlık İnanç Modeli .....	24
2.8. Üreme Sağlığı Konusunda Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	28
<b>3. GEREÇ VE YÖTEM .....</b>	<b>31</b>
3.1. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zaman .....	31
3.2. Araştırmanın Etik Yönü .....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31
3.4. Veri Toplama Gereçleri .....	32
3.4.1. Sosyo-Demografik Verileri Toplama Formu .....	32
3.4.2. Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ).....	32
3.4.3. AP Tutum Ölçeği.....	33
3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	34
3.6. Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Üreme Sağlığı Eğitim Programı.....	36
3.6.1. Eğitim Programının Hedefleri ve Öğrenim Çıktıları .....	36
3.6.2. Eğitim Programı İçeriği .....	36
3.7. Sağlık İnanç Modeline göre Üreme Sağlığı Eğitim Uygulaması .....	37
3.7.1. Eğitim İçeriğinde Bulunan SİM’in Alt Bileşenleri.....	38
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	43
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	46

<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>47</b>
4.1. Araştırmaya Katılan Kadınların İzlem Formu ve Eğitim Değerlendirme Formu'na İlişkin Bulguları.....	50
4.2. Evli Kadınların Üreme Sağlığı Davranışlarını Belirleme Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	51
4.3. Aile Planlaması Tutum Ölçeğine İlişkin Bulgular .....	55
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>59</b>
5.1 Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Verilerin Tartışılması.....	59
5.1.1. Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ile İlgili Verilerin Tartışılması.....	59
5.1.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Ekonomik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
5.1.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	62
5.1.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Aile Planlaması Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
5.2. Araştırmaya Katılan Kadınların İzlem Formuna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	64
5.2.1. Eğitim Grubundaki Kadınların 3 Aylık Dönem Formu'na İlişkin Bulguların Tartışılması .....	64
5.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği'ne (ÜSBÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması .....	67
5.4. Kadınların ÜSBÖ'ye İlişkin Bulguların Tartışılması.....	67
5.5. Araştırmaya Katılan Kadınların AP Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	76
5.5.1. Araştırmaya Katılan Kadınların AP Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	76
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>82</b>
6.1. SONUÇLAR.....	82
6.2. ÖNERİLER .....	84
6.3. SINIRLILIKLAR .....	85
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>86</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>109</b>
Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı.....	109
Ek 2. Etik Kurul Onay Formu .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
Ek 3. Sağlık Bakanlığı İzin Yazısı.....	110
Ek 4. Veri Toplama Formu.....	111
Ek 5. Evli Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği .....	113
Ek 6. Aile Planlaması Tutum Ölçeği .....	115
Ek 7. ÜSBÖ Ölçek İzin Yazısı .....	116
Ek 8. AP Tutum Ölçeği İzin Yazısı.....	117
Ek 9. İntihal Raporu .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
Ek 10. Kısa Öz Geçmiş .....	118

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 3.1 Araştırma Planı.....	45



## TABLO DİZİNİ

<b>Tablolar</b>		<b>Sayfa</b>
		<b>No.</b>
Tablo 3.1	Araştırmanın Çalışma Takvimi.....	35
Tablo 3.2	Kadınlara Verilen Üreme Sağlığını Geliştirme Eğitimleri .....	44
Tablo 4.1	Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması (N=175) .....	47
Tablo 4.2	Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.3	Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.4	Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Aile Planlamasına Ait Bulguları .....	50
Tablo 4.5	Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların ön test KKMM ile ilgili Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı .....	50
Tablo 4.6	Eğitim Grubunun 4 İzlem Boyunca KKMM Uygulama ve Etkili AP Yöntemini Kullanma Durumlarına İlişkin Bulgular .....	51
Tablo 4.7	Eğitim, Kontrol-1 ve Kontrol-2 Gruplarının Ön Test Ölçümlerinde ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	52
Tablo 4.8	Eğitim Grubunun Ön Test ve Son Test Ölçümlerinde ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.9	Eğitim Grubundaki Kadınları ÜSBÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına Göre Karşılaştırılması .....	53
Tablo 4.10	Eğitim, Kontrol-1 ve Kontrol-2 Gruplarının Son Test Ölçümlerinde ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	53
Tablo 4.11	Eğitim Grubundaki Kadınların II. ve IV. Eğitimler Sonrası ÜSBÖ Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumları ile Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.12	Eğitim Grubunun Yaş, Eğitim Durumu, Gelir düzeyi, Aile Tipi, Akraba evliliği, Sosyal Güvence Değişkenlerinin ÜSBÖ IV. Eğitim Sonrası Toplam Puan Ortalamalarına Etkisi.....	55
Tablo 4.13	Eğitim, Kontrol-1 ve Kontrol-2 Gruplarının APTÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.14	Eğitim, Kontrol-1 ve Kontrol-2 Gruplarının APTÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56

<b>Tablolar</b>	<b>Sayfa</b>
	<b>No.</b>
Tablo 4.15	Eğitim Grubunun Ön Test ve Son Test Ölçümlerinde APTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 56
Tablo 4.16	Eğitim Grubundaki Kadınları APTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına Göre Karşılaştırılması ..... 57
Tablo 4.17	Eğitim Grubundaki Kadınların II. ve IV. Eğitimler Sonrası APTÖ Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumları ile Karşılaştırılması..... 58
Tablo 4.18	Eğitim Grubunun Yaş, Eğitim Durumu, Gelir düzeyi, Aile Tipi, Akraba evliliği, Sosyal Güvence Değişkenlerinin IV. Eğitim Sonrası APTÖ Toplam Puan Ortalamalarına Etkisi ..... 58

## GRAFİK DİZİNİ

<b>Grafikler</b>		<b>Sayfa</b>
		<b>No.</b>
Grafik 4.1	Verilen eğitimlerden sonra eğitim grubunun ÜSBÖ toplam puanının değişimi.....	54
Grafik 4.2	Verilen eğitimlerden sonra eğitim grubunun APTÖ toplam puanının değişimi.....	57



## SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

<b>AP</b>	Aile Planlaması
<b>APTÖ</b>	Aile Planlaması Tutum Ölçeği
<b>ASM</b>	Aile Sağlık Merkezi
<b>BM</b>	Birleşmiş Milletler
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention/ Amerikan hastalık kontrol merkezi
<b>CS/ÜS</b>	Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı
<b>CYBH</b>	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
<b>DB</b>	Dünya Bankası
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GLOBOCAN</b>	Global Cancer Incidence, Mortality and Prevalence/ Küresel Kanser İnsidansı, Mortalite ve Prevalans
<b>GYE</b>	Genital yol enfeksiyonları
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus /İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
<b>IARC</b>	International Agency for Research on Cancer/Uluslararası Kanser Ajansı
<b>ICDP</b>	International Conference on Population and Development/ Uluslararası Kahire Nüfus ve Kalkınma Konferansı
<b>KKMM</b>	Kendi Kendine Meme Muayenesi
<b>SİM</b>	Sağlık İnanç Modeli
<b>SKH</b>	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund/Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
<b>UNFPA</b>	United Nations Population Fund/ Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
<b>ÜSBÖ</b>	Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği
<b>WHO/DSÖ</b>	World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Kadınların çocukluktan başlayarak biyopsikososyal anlamda sağlıklı ve sağlıklarını koruyabilme fırsatlarına sahip olmaları, topluma katılmalarını ve etkin bireyler olabilmelerini sağlayan gerekli temel unsurlardan biridir. Kadın ve erkeklerin yaşamları boyunca üreme ve cinsel sağlık gereksinimleri bulunmaktadır. Günümüzde yetersiz bilgi, riskli cinsel davranışlar, üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesiz veya uygun olmayışı gibi birçok nedenden dolayı bireyler, üreme sağlığı hizmetlerine erişememekte ve üreme sağlığı haklarını kullanamamaktadırlar (1).

Kadın sağlığı dünyada ve ülkemizde toplumun temel değeri olan ailedeki varlığı ve sağlıklı nesillerin sürdürülmesindeki önemi göz ardı edilemez. Adolesan çağdan başlayıp menstruasyon, doğurganlık ve postamenapozal dönemle devam eden birçok fizyolojik değişim kadınlarda sağlık hizmet ihtiyacının erkeklere kıyasla daha fazla olduğunu göstermektedir (2).

Üreme çağı sorumluluk almaları, bu sorumlulukların kazandırılması ve doğru tutumların öğretilmesi amacı ile eğitim verme sürecinde olumlu sağlık davranışlarını geliştirmede kilit kişiler olan hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Ayrıca, hemşirelerin çoğunlukta kadın olmaları, toplumla yakın ilişkilerinin bulunması, ulaşılabilir bir konumda olmaları ve toplumla uzun zaman geçiren bir meslek grubu niteliğini taşıması ile kadınların koruyucu sağlık davranışları kazanmalarında ve tarama programları hakkında farkındalıklarının artırılmasında etkin rol almaktadırlar (75-76).

Sağlığı geliştirme hemşireliğinin sağlığı koruma-geliştirme ve danışmanlık rolünün bir parçasıdır (77, 74, 78). Hemşireler çeşitli eğitim programları düzenleyerek toplumda bulunan adolesan yaştaki evli olarak kabul edilen 15-49 yaş aralığı kadın hayatında, gebelik, doğum ve düşüğe bağlı sağlık sorunlarının yaşanması, yoksulluk ve olumsuz çevre koşullarından daha fazla etkilenme, kendilerini ya da çocuklarını etkileyen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) ve enfeksiyonlara yakalanma risklerinin daha yüksek olması, bunların doğuracağı komplikasyonlar, doğurganlık ve cinselliği yitirme riski, kullanılan aile planlaması (gebelikten korunma-kontrasepsiyon) yöntemlerinin sağlık riskleri ve yan etkilerinin fazla olması, düşük ve infertilitede yaşanan sorunlardan daha fazla etkilenme, üreme organ kanserleri, erken yaşta evlilik, menopozda ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal gibi sorunlar nedeniyle önemli bir yer tutmaktadır (3,1).

Genç bir nüfusa sahip olan ülkemizde anne ve anne aday sayısı oldukça fazla sayıdadır. Toplumda sağlıklı anne sayısını arttırmak, üreme çağında yaşanabilecek gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki risk ve komplikasyonları en aza indirmekle mümkün olabilir (4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) adolesan dönemi 10-19 yaş aralığını, genç dönemi ise 15-24 yaş aralığını olarak tanımlamaktadır. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) nun yaptığı araştırmalara göre dünya nüfusunun 1.8 milyarını genç kitle (10-24 yaş arası), bunlardan 1,2 milyarını (her altı kişiden bir) adolesanlar (10 - 19 yaş arası) oluşturmaktadır (5,6). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2019 verilerine göre genç nüfus geçmiş yıllara göre azalma gösterse de Türkiye hala genç nüfusa sahip ülke olarak tanımlanmaktadır. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre; ülkemizde 10-24 yaş arası 19 milyon genç nüfus, 10-19 yaş grubu olan yaklaşık 13 milyon adolesan bulunmaktadır (7).

Biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluk döneminden erişkinliğe geçişin olduğu adolesan dönem, insan yaşamının aktif, yeni yetenekler edindiği ve birçok durumla karşı karşıya kaldığı hızla gelişimin gerçekleştiği bir dönemdir. Ayrıca bireylerin, hormonal, psikosomatik değişikliklerle üreme yeteneği kazandığı bu dönem sağlık ve iyilik konusundaki riskleri (üreme sağlığı konularında en az hizmet talep eden ve alan grup olması gibi) de beraberinde getirir. Bireyin adolesan dönemdeki cinsel ve üreme sağlığına yönelik davranışları yetişkin dönem üreme sağlığı sorunlarının yaşanması açısından kritik bir önem taşımaktadır (8). Bu dönem üreme sağlığı sorunları çocuk evlilikler, adolesan gebelikler ve annelik, istenmeyen gebelikler, yetersiz kontrasepsiyon, güvenli olmayan düşükler ve İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü'nün (Human Immunodeficiency Virus-HIV) neden olduğu, Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS) dur (4, 9, 10).

Dünya genelinde yapılan bütün doğumların %11'lik kısmı 15 - 19 yaş aralığında olan kızlarda meydana gelmektedir. Bu doğumların büyük bir çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. WHO (World Health Organization) (2016) verilerine göre dünyada her gün önlenebilir gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaklaşık 830 anne ölümünün gerçekleşmekte ve bu ölümlerin sadece %1'i gelişmiş ülkelerde iken, %95'i ise Afrika ile Asya ülkelerinde gerçekleşmektedir. Dünya genelinde anne ölüm oranı yüz binde 210 olarak rapor edilmişken (11).

Anne ölüm nedenleri; kanama, enfeksiyon, eklemisi, enfeksiyon, hipertansiyon, ilerlemeyen eylem, güveli olmayan abortus ile beraberinde getireceği komplikasyonları ve diğer (anemi, HIV/AIDS, kardiyovasküler hastalıklar gibi) olarak belirtilmiştir (13).

Anne ölümlerinin en büyük nedenlerinden biri olan düşükler, dünyada güvenli olmayan koşullarda ve konu ile ilgili eğitim almamış kişiler tarafından yapılması kaynaklı günümüzde hala büyük bir halk sağlığı sorunu olarak önemini korumaktadır (14, 15, 16).

Dünyada 2012 yılında 213 milyon gebelik, bu gebeliklerin %40'ını temsil eden 85 milyonu istenmeyen gebelik meydana gelmiştir. Bunların %50'si kürtaj, %13'ü kendiliğinden düşük, %38'i ise planlanmamış doğumla sonuçlandığı belirtilmiştir (17). DSÖ (2018)de düşük deneyiminin yaklaşık 25 milyonunun gelişmekte olan ülkelerde olduğu, bunun 8 milyonunun tehlikeli koşullarda gerçekleştiğini bildirmiştir (16).

Üreme sağlığını tehdit eden sorunların başında gelen istenmeyen gebelikler Aile planlamasında karşılanamayan gereksinim olarak ifade edilmektedir (21). İstenmeyen gebeliklerin görülme riski adölesan dönem evliliklerde erken cinsel aktivite nedeniyle artmaktadır. Adölesan yaşlarda evlenen kız çocukları diğer yaş gruplarına kıyasla istenmeyen ve planlanmamış gebeliklerle daha fazla karşılaşmaktadır. Türkiye'de 15 - 19 yaş aralığında isteyerek düşük hızı %2,8'dir. Bu düşüklerin devlet/numune hastanesi, doğumevi, diğer kamu kuruluşu, özel sektör ve üniversite hastanesinde gerçekleştirildiği rapor edilmiştir (22, 15).

İstenmeyen gebeliklerin başlıca nedenleri; kontraseptif yöntemler konusunda bilgi yetersizliği, yöntemlerin yanlış kullanımı, bu hizmetlere erişememe, eşler arasında çatışma, kadının doğurganlığı üzerinde karar verici olamamasıdır. İstenmeyen gebelikler güvenli olmayan düşükleri de beraberinde getirmektedir (18-21). Her yıl 15-19 yaş arasındaki adolesanlarda 3.9 milyon güvenli olmayan düşük gerçekleşmektedir (25). Hindistan'ın Kuzey Doğu'sunda adölesanların aile planlaması yöntemlerini bilme oranı %13,94 ve bu yöntemlerden herhangi birini kullanma oranı ise %4,24 olarak önemli düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (27).

Dünyada çocuk istemediği halde gebeliği önleyici yöntem hizmetine ulaşamayan yaklaşık 300 milyon çift olduğu saptanmıştır. Dünya doğurganlık araştırmasında gelişmekte olan ülkelerde 15-49 yaş arası kadınların aile planlaması hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle %40-50'sinin daha fazla çocuk istemediği halde çocuk sahibi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan birçok çalışmada Türkiye'de hala kadınların yarısının doğum kontrol yöntemi kullanmadığı veya gebe kalma riski yüksek olan yöntemleri tercih ettiği belirlenmiştir (28).

Aile planlaması sadece çocuk sayısı ve doğum aralığını belirlemeyip, bazı AP yöntemlerinin (kondom gibi) HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bulaşmasının da önüne geçtiği bilinmektedir (29).

Üreme sağlığını tehdit eden CYBE, kadınların ve erkeklerin yaşamlarının en üretken ve en verimli zamanlarında üretkenliğini azaltan, tüm dünyada yaygın görölen ve cinsel ilişkinin en önemli yayılım yoludur. Adölesan yaşta yapılan evlilikte erken cinsel aktivitenin risklerinden biri olan CYBE'lerin görölme oranı 15 - 24 yaşları arasındaki kişilerde oldukça yüksektir (30-32). DSÖ her yıl 100 gençten 5'inin tedavi edilebilir bir CYBE'ye yakalandığını açıklamaktadır (33). Özellikle düşük ve orta gelirli ölkelerde kadınların ölüm ve sakat kalma nedenlerinin başında gelen önemli bir sağlık sorunudur (34-36).

Türkiye'nin de içinde bulunduğu 189 öлке tarafından kabul edilmiş Binyıl Kalkınma Hedefleri ile 1990-2015 yılları arasında anne ölümlerinin %7 azaltılmasını planlanıp 'anne sağlığını iyileştirmek' hedeflenmiştir (37). Anne ölümü bu hedefe doğru ilerlemenin değerlendirilmesinde bir sonuç olarak tercih edilmiştir (38). Hedeflenen bu süreçte 1990 yılında 532 bin anne ölümü, 2004 yılında 529 bin anne ölümü meydana gelmiş ve anne ölüm oranının yüz binde 400 olduğu belirlenmiştir (39). 2015 yılında ise %44'lük bir azalma ile 303 bin anne ölümü olduğu bildirilmiştir. Hedeflenen %75'lik düşüşe ulaşmamış olsa da dünyanın birçok bölgesinde anne ölümlerindeki düşüşün 2005-2015 yıllar arası; 1990-2004 yıllar arası göre arttığı bildirilmiştir (41).

Dünya Binyıl Kalkınma Hedefleri'nden Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH)ne geçerken dünyadaki tüm bireylerin aile planlaması (AP), bilgi ve eğitimi içeren cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişiminin sağlanması, anne ölümlerinin 2015 yılından 2030 yılına kadar yüzbin canlı doğumda 70'in altına düşürmek ve önlenebilir anne ölümlerinin engellenmesi, ulusal stratejiler ve programlara üreme sağlığı kavramının entegre edilmesi hedef olarak belirlenmiştir. Hedeflenen başarıya ulaşabilmek için 2016 ile 2030 yılları arasında, her yıl anne ölüm hızının en az %7.5 oranında azalması ve hiçbir ölkede anne ölüm hızının yüz bin canlı doğumda 140'ı geçmemesi gerektiği belirtilmiştir (42-43).

Ölkemizde anne ölüm oranları Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2005 yılında 28.5, 2008 yılında yüz bin canlı doğumda 19.4, 2013 yılında 15.9, 2015 yılında 14.7, 2018 yılında 13,8 olarak bildirilmiştir (44). Yıllara göre anne ölümlerinin azaltılmasında ilerleme sağlandığı görölse de hem küresel hem de ulusal düzeylerde düzensiz olup, mortalite ve morbidite ile ölçölen zayıf, ötekileştirilmiş, yaşadıkları yere veya kim olduklarına bağlı olarak savunmasız kadınlar için bu sorun hala güncelliğini korumaktadır (45).

Adölesan evliliklerde oluşan gebeliklere bağlı annelerin düşük/ölu doğum ile birlikte anne ve bebek ölümleri oranları ve hastalıkları ileri yaş gruplarından daha fazla oranlarda karşımıza çıkmaktadır. Kuzeydoğu Hindistan'da adölesan annelerde preeklampsi (%11,52) ve erken doğumların (%23,64), 20 - 25 yaş grubu annelere (sırasıyla; %6,06 ve %15,76) göre daha fazla oranda meydana geldiği; ayrıca adölesan annelerde erken doğumun meydana gelme sıklığı yetişkinlere oranla daha çok olduğu belirtilmiştir (27, 46-48).

İstenmeyen gebelikler ve isteğe bağlı düşük oranlarının yüksek olması, bebek, çocuk ve anne ölüm hızlarının yüksek olması, aile planlaması hizmetlerine olan talebin yaygınlığı, CYBH ve infertilite üreme sağlığı hizmetlerinin halk sağlığı açısından önemini arttırmaktadır (49-50).

Üreme sisteminin bazı hastalıkları, yeterli bilgi ile önlenabilir hastalıklardır (1). Sağlık hizmetlerinin her aşamasında büyük önem taşıyan sağlık eğitimi; üreme sağlığı konusunda da sağlık sorunlarını çözmek, bu konuda bireylerin bilgi seviyelerini belirlemek, eksik bilgilerini tamamlamak, yanlış inanç ve uygulamaları düzeltmek için kullanılabilir en ucuz ve etkili yöntemdir. Sağlık eğitimi, kişilerin, grupların ve toplumun sağlığını etkileyen davranışlarını istedik yönde kasıtlı olarak değiştirmeyi amaçlamakta, aynı zamanda kişinin mevcut sağlık durumunu geliştirmek veya hastalıktan korumak için gerçekleştirdiği sağlık davranışlarını kazanmasını hedeflemektedir (51-53).

Sağlık davranışları güdü, alışkanlık, inanç, beklenti, algı, değer, kişisel tavırlar ve psikolojik özelliklerden etkilenmektedir. Kişinin bilgi tutum ve davranışları sağlık eğitimi ile değiştirilebilir, birincil ikincil ve üçüncül koruma kapsamında yer alan sağlık davranışlarının teşviki sağlanabilir (54).

Koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılmasında çeşitli bilişsel ve davranışsal modeller temel alınmaktadır. Bunlardan bir tanesi de Sağlık İnanç Modeli (SİM)dir (55-57).

SİM, değer ve beklenti üzerinden şekillenen bir model olup, hastanın hastalıkların önlenmesi konusundaki inançlarını ortaya çıkarmakta ve bireylerin bilişsel değişkenlerine göre çıkarımlar yapmaktadır. Modelin geliştirilmesindeki asıl amaç; kişilerin kendi sağlıklarını korumada sorumluluk almaları sağlanırken, kendilerini korumada sorumluluk almama nedenlerini anlamaktır (58). Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ile ilgili belirleyicilerin açıklanması modelin ana kavramıdır (59-60). SİM'in temel bileşenlerini algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engellerin yanında bireyin öz yeterlilik algısı ve davranışlarla ilgili ipuçları oluşturmaktadır (61). Bu

bileşenler bireylerin sağlık hakkındaki algı, tutum ve sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir (62-63).

Hastaların genellikle durumun ciddiyetinin farkında olmaması, duyarsızlığı, uygulanacak tedavinin faydasına inanmamaları gibi hususların kişinin yararına olacak şekilde ortaya konarak yeniden düzenlenmesi bu modelin temel hareket noktasıdır (64). Birey herhangi bir semptomun yokluğunda bile hastalığın var olabileceğine inanmalıdır. Model, birey sağlık sorununu kendisi için tehdit olarak algılıyorsa, sağlık sorununun ciddiyetiyle ilgili sonuçlara inanıyorsa, erken tanı ve tarama yöntemlerinin engellerinin ve yararlarının farkındaysa beraberinde tarama ile ilgili pozitif eyleme geçiriciler mevcutsa ilgili sağlık davranışının gerçekleşeceğini savunmaktadır. Modelin en güçlü ayırıcısı, davranışa yönelik algılanan engellerin olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca koruyucu sağlık davranışlarının kullanımını etkileyen en önemli hususun algılanan yarar ve algılanan engel arasındaki fark olduğunu belirtmektedir. Sağlık davranışının gerçekleşmesini bireyde algılanan ciddiyet, duyarlılık ve yarar algısı, eyleme geçme aşamasında algılanan engel algısını azaltmayla ilişkilendirmektedir (65-69).

Yapılan birçok çalışmada davranışın gerçekleşmesinde en önemli bariyer olan engel algısının eğitim, danışmanlık, hatırlatıcılar ve sağlığa ulaşımı kolaylaştıran girişimlerle azaldığı, yarar algısının yükseldiği belirlenmiştir (70-73). Öt ların kendi sağlıkları konusunda daha fazla ve bekar kadınların eğitim aracılığıyla e yandan SİM, doğrudan potansiyel bir hastalık tehdidinde odaklanmadığı için bireyin yaşamı boyunca tüm hayatına uyarlanabilir bir esnekliğe sahiptir. Bu bakımdan bireylerin günlük yaşamlarında sağlıklarını geliştirebilmesi açısından geniş bir perspektif sunmaktadır (74).

Sağlığı geliştirme sadece hastalıkların önlenmesi ile sınırlı kalmayıp, kişinin iyilik durumunun korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk almasını da hedefler. Kadın üreme sağlığının korunması ve geliştirilmesi, kadın doğru sağlık davranışları kazanmalarını, kendi sağlıklarını korunma ve geliştirilmelerini sağlayabilirler (75).

Yapılmış birçok araştırma üreme sağlığı eğitimi ile üreme sağlığı bilgi düzeyinde artış olduğu ve sağlık davranışlarının olumlu yönde geliştiğini göstermektedir (80-82, 4, 76).

Literatürde kadınların üreme sağlığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı, özellikle adölesan yaştaki kadınların üreme sağlığı konusunda bilgi ve tutumlarının ileriki yaşlara göre daha yetersiz olduğu belirtilmektedir (83-86). Yine yapılmış bir çalışmada adölesan dönemde evlenmiş kadınların gebelik, menstruasyon, cinsellik ve cinsel yolla

bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu; üreme sağlığı sorunları yönünden risk altında oldukları (92), başka bir araştırmada ise adölesanların üreme sağlığı konusunda eksiklerini fark ettikleri ve bu konuda eğitim almak istedikleri açıklanmaktadır (93). Bu nedenle, sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde etkili bir model olan Sağlık İnanç Modeli (SİM)ne göre uygulanan girişimlerin, 18-24 yaş arası evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarını olumlu yönde geliştireceği düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı eğitim grubuna verilen sağlık eğitiminin üreme sağlığını koruyucu tutum üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.

## **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

H1: Sağlık İnanç Modeli'ne göre verilen eğitim kadınların üreme sağlığı tutumlarını olumlu yönde etkiler.

H2: Sağlık İnanç Modeli'ne göre verilen eğitimin kadınların Aile Planlaması tutumların olumlu yönde etkiler

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Üreme Sağlığı Tanımı ve Önemi

Uzun yıllar üreme sağlığını ilgilendiren konular geleneksel olarak doğurganlıkla ilişkilendirilmiş ve bu fonksiyonda, rolü daha fazla olan kadına odaklanılarak genellikle Ana Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması kapsamında ele alınmıştır. Zamanla bu bakış açısı değişmiş ve üreme sağlığı ilk kez 1994 Uluslararası Kahire Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (International Conference on Population and Development – ICPD) üreme hakları ve cinselliği de içeren bir kavram halini almıştır. Bu konferansta, üreme sağlığı, “bireylerin güvenli ve doyurucu bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine, bu yeteneği kullanıp kullanmama kendi belirleyecekleri zamanı ve sıklığı konusunda karar verme özgürlüğüne sahip olması” şeklinde tanımlanmıştır (89).

Kahire'de yapılan ICPD'de (1994) kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olduğu ve nüfus politikalarının temelinde, bireylerin yaşam kalitesini yükseltilmesi, üreme sağlığı yaklaşımında, yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Yoksulluğun yok edilmesi için bütün ülkelerin işbirliği yapması, kadınlar ve kız çocuklarına özel olarak önem verilmesi, eğitimin herkesin hakkı olduğu ve önceliğin çocuklara verilmesi gerektiği gibi ilkelere yer verilmiştir (90).

Son yıllarda beklenen yaşam süresinin artması, anne ve çocuk ölümlerinin azalması sağlık alanındaki gelişmeler sayesinde kaydedilmiş olsa da henüz istenilen düzeyde değildir ve bu gelişimlerden bütün insanlar eşit düzeyde yararlanamamaktadır. Kıır- kent gibi bölgeler arası farklılıkla beraber, özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki yoksullar en yüksek sağlık riski bulunan bireyler grubunu oluşturmaktadır (4).

DSÖ (2016) verileri dünya genelinde 100 bin canlı doğumdan anne ölüm oranının 210, ülkemizde bu oranın yüz binde 16 olduğunu göstermektedir (92).

Bütün dünya ülkeleri, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, 1960'lı yıllarda kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusuna, 1970'lerde demografi yönündeki yaklaşıma, 1980'lerde sağlıkla ilgili endişelere odaklanmıştır. Pekin'de 1995 yılında yapılan 4. Dünya Kadın Konferansı'nda da Uluslararası Kahire Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın sonuçları bir kez daha vurgulanarak eylem planları hazırlanmıştır.

Hazırlanan eylem planının ana konularını kalkınma ve nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin sağlanması, kadınlara yönelik

şiddetin önlenmesi, üreme sağlığı ve aile planlaması oluşturmuş ve aile planlaması çalışmalarının daha geniş bir kavram olan “üreme sağlığı” içerisine dhl edilmesinin gereğine değinilmiştir (93).

Kahire konferansından sonra kaydedilen ilerlemeye paralel olarak DSÖ; ‘2000 Yılında Herkes İçin Sağlık’ adlı bildirgeyi hazırlayarak 2020 yılına kadar herkesin sağlık hizmetlerine hakkaniyetli bir şekilde ulaşmasını amaçlanmıştır. Ayrıca, ‘21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri’ni de belirlemiştir. Belirlenen hedeflerden biri de üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine erişimde ilerleme sağlanmasının öneminin vurgulandığı ‘Yaşama Sağlıklı Başlama Hedefi’dir (94).

Bu bildirmede Türkiye’nin 21. yüzyıl için sağlık politikaları içinde üreme ve cinsel sağlığın geliştirilmesi 5.hedef olarak belirtilmiştir. Bu hedefler aşağıda sıralanmıştır.

- 2020 yılına dek üreme ve cinsel yaşamdan kaynaklanan sağlık sorunlarını en az %50,0 azaltmak,
- Anne Ölüm Hızını en az %50,0 azaltmak
- 15-49 yaş grubu kadınlarda etkili aile planlaması yöntemi kullanımını %70,0’e çıkarmak
- 2020 yılına kadar bütün doğumların sağlık kuruluşlarında yapılmasını sağlamak
- 2020 yılına kadar bütün gebelerin düzenli doğum öncesi bakım almalarını sağlamak (95).

Adolesan dönem, üreme dönemi (doğurganlıkla ilgili olayların en yoğun yaşandığı dönem), postmenapozal ve yaşlılık dönemlerinin kendine has sorunları bulunmaktadır. Verilecek sağlık hizmetleri bu sorunlara paralel düzenlenmelidir. Yani üreme sağlığı sorunlarının ve hizmetlerinin süreklilik ve bütünlük içerisinde ele alınması gerekmektedir.

## **2.2. Üreme Sağlığının Amaçları**

Üreme sağlığı hizmetleri kadın ve erkeğe insan hakları kapsamında sunulmalıdır. İki cinsin üreme sağlığı sorunlarının çözümlenebilmesi için; üreme konusunda bilgilendirilerek, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli, aile planlaması yöntemleriyle sağlıklarını tehlikeye sokmadan doğurganlıklarını düzenlemeleri için en iyi sağlık hizmetlerinin sunulması gereklidir. Aynı şekil; kadınların güvenli birgebelik sürdürebilmeleri ve doğum yapabilmeleri, doğumdan sonra anne ve çocuğun sağlıklı bir yaşam sürmesi için mümkün olan en iyi sağlık hizmetlerinden faydalanmaları sağlanmalıdır (99).

Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım sadece doğurganlık çağındaki kadınla sınırlanamaz. Bu yaklaşımda üreme sağlığı kapsamınınintrauterin dönemden başlayıp, doğumdan sonra neonatal ve postnatal dönemler, çocukluk, 10-19 yaşlar arası “adolesan dönemi”, 15-24 yaşlar arası “gençlik dönemleri”, 15-49 yaş “doğurganlık dönemi”, 50 yaş ve sonrasında ise “post menopozal dönem” ve “yaşlılık dönemindeki kadınlar da girmektedir (102).

Üreme sağlığının amaçları;

- Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçların karşılanmasınayardımcı olmak,
- İstenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak,
- Erkeklerin katılımını arttırmak,
- Emzirmeyi teşvik etmek,
- CYBH’ı ve komplikasyonlarını önlemek,
- Üreme sistemiyle ilgili hastalıklar için tedavi yöntemlerini bulmak ve geliştirmek,
- Cinsiyetler arası eşitliğe dayalı cinselliğin gelişmesini sağlamak
- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak,
- Gençleri bilinçli, sağlıklı üreme ve cinsel davranışlara özendirmek, bu konularda hizmet ve danışmanlık sağlamak,
- Erken yaştaki gebelikleri azaltmaktır (97).

Hedeflenen amaçlara ulaşılması için üreme sağlığı hizmetlerinin doğumdan ölüme kadar bütüncül bir yaklaşımla tüm bireylerin gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir (98-99).

**TSH kapsamı içinde ele alınması gerektiği vurgulanan üreme sağlığı hizmetleri şu konuları içermektedir (100)**

- Cinsel sağlığın korunup geliştirilmesinde eğitim ve danışmanlık
- Sorumlu ebeveynlik için bilgi, eğitim, danışmanlık
- Güvenli annelik (acil obstetrik hizmetler de dahil olmak üzere)
- Yaygın aile planlaması hizmetleri, aile planlamasında bilgilendirme-eğitim-iletişim ve danışmanlık
- CYBH ve genital yol enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisi

- Güvenli olmayan düşüklerle son verilmesi ve düşüğe bağlı komplikasyonların önlenmesinde eğitim ve danışmanlık
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisinde eğitim-danışmanlık
- Postmenapozal durumlarda bakım, eğitim ve danışmanlık
- Üreme organları meme kanserinin önlenmesi ve tedavisi
- Beslenme
- Adölesan Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı (CS/ÜS)
- Erkeklerde CS/ÜS ile ilişkili sorunlar
- Cinsel taciz ve cinsel şiddet, cinsiyete dayalı şiddetin önlenmesi için eğitim, danışmanlık, toplumsal değişim, yasal önlemler
- Sağlıklı yaşam biçimi
- Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi

Üreme sağlığının hizmet kapsamı genellikle yukarıdaki konuları içerse de hizmet sunulan kitleye göre çeşitlilik gösterebilir ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Bu hizmetlerin; birinci basamak sağlık hizmetleri bünyesinde ele alınıp, ihtiyaç halinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir (99).

Üreme hakları konusu Kahire Konferansı'nda ele alınan bir diğer kavramdır. Bu kapsamda üreme hakları; bireylerin üreme yeteneği ile bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine özgürce karar vermeleridir. Bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgürce bir şekilde kendi sorumluluğunda ayırimcılık, baskı ve şiddet olmaksızın karar vermeleri ve bunu sağlayabilecek gerekli her türlü bilgiye ulaşabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standartlarına erişebilmeleri, adolesan dönemden başlayıp postmenapozal ve yaşlılık dönemi dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının her yaşta birey için insan hakları kapsamında olması gerektiğini belirtilmektedir (96).

### **2.3. Üreme Sağlığının Kadınlar İçin Önemi**

Üreme sağlığı bütün insanları ilgilendiren bir kavram olmasına rağmen kadının yaşamında ayrı bir yere ve öneme sahiptir. Çünkü doğurganlık kadın bedeninde oluşan bir olaydır ve kadının bu işlevi yerine getirirken yaşadıkları genel sağlık düzeyini bozabilir (101).

Puberte döneminden sonraki süreçte başlayan kadınların cinsel, fiziksel ve psikolojik açıdan olgunluğa eriştiği 15-49 yaş aralığı, üreme sağlığı sorunlarının arttığı bir dönemdir. Gebelik, aşırı doğurganlık, düşükler, genital enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan

hastalıklar (CYBH), sistemik hastalıklar, bu zaman aralığında kadın sağlığını olumsuz etkiler (102-104). Yapılan araştırmalar ergenlik çağındaki kişilerin cinsellik, üreme, aile planlaması gibi konularda bilgi eksikliği ve ÜS ile ilgili konuların geleneksel yollarla edindikleri, bu bilgiler yanlış ya da eksik olduğunu, bilgi eksikliğinin ana nedenin çoğunlukla bilimsel bilgilere dayanmayan eksik ve yanlış kaynaklardan alınmasından kaynaklandığını belirtmektedir (105).

Yaş, sosyoekonomik durum, eş eğitim seviyesi, evlilik süresi, beden imajı, beden kitle indeksi, cinsel eğilim bozuklukları, stres, kronik hastalığın (diyabet, hipertansiyon vb.) varlığı, tercih edilen ap yöntemi, sağlıksız yaşam biçimi alışkanlıkları (sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı), beslenme alışkanlıkları cinsel yaşamı ve üreme sağlığına etki etmektedir (106).

Üreme sağlığı sorunları kadınların aile hayatını, ruhsal ile üreme ve cinsel sağlığını olumsuz yönde etkilemekle beraber kadınların doğurganlık ve cinselliklerini kaybetme kaygısı, kısırlık ve düşüğün neden olacağı kendini suçlanma durumu, mahremiyetin zedelenmesi gibi birçok duygusal sorunları da beraberinde getirmektedir (80, 104).

#### **2.4. Dünya’da Üreme Sağlığı Açısından Mevcut Durum**

Toplumların gelişmişlik ölçütlerinden biri Üreme Sağlığı’dır. Birçok uluslararası konferansta kalkınma ve nüfus ilişkisine değinilerek sağlıklı, kalkınmış, geleceği planlı ve ekonomik düzeyi yüksek toplumların oluşması için üreme sağlığının önemi dile getirilmiştir. Bu sayede üreme sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri kapsamında uygun yaştaki herkese sunulmasının gerekliliği savunularak tüm dünyada üreme sağlığı konusunda çalışmalar hız kazanmıştır (107-108).

Yaşamın her döneminde üreme sağlığı sorunları kadınlarda genel sağlık düzeyini etkileyebilmektedir. Özellikle kadınlarda doğurganlık süreci olan 15-49 yaş arasında (cinsel olgunluk döneminde) bu sorunlar, yaşamını tehdit edici boyutlara ulaşabilmektedir (109-110).

Üreme sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda; özellikle gelişmekte olan ülkelerde 15-49 yaş aralığındaki kadınların toplam hastalık yükünün üçte birini sağlıksız gebelik ve doğum, düşük, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, genital yol enfeksiyonları gibi üreme sağlığına ilişkin sorunlar oluşturduğu görülmüştür. Bu hastalıklar önlenemez ya da tedavisi için olanak bulunan hastalıklardır (111).

Her yıl Dünya’da 358.000 kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeni hayatını kaybetmektedir (112). Bu ölüm oranları ülkeden ülkeye farklılık göstermekte,

ölümlerin çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Bu ülkelerdeki yaşam boyu ölüm riskinin, gelişmiş ülkelerdeki kadınlara göre daha fazladır. Gelir düzeyi arasındaki uçurum ve sağlık hizmetlerine erişimdeki yetersizlik dünyada anne ölümlerinin sayısındaki yükseklik nedenlerindedir. Kadınların kaliteli üreme sağlığı hizmetlerine erişimi sağlanarak anne ölümleri azaltılabilir (113).

Anne ölümlerinin nedenlerine bakıldığında bir bölümünün önlenabilir olduğu (gebelik süresinde, doğum sırasında veya sonrasında gerçekleşen ölümler), fakat gelişmekte olan ülkelerde hala birçok kadının önlenbilir nedenlerden hayatlarını kaybettiği görülmektedir (114). DSÖ 2014 yılı verilerine göre anne ölümlerinin yüzde 24'ü Güney Asya'da iken, yüzde 62'si Sahra altı Afrika'da görülmektedir (115).

Dünyada 2013 yılında 289.000 anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Dünya genelinde 1990- 2013 yılları arasında anne ölüm oranı yüz binde 400'den 230'a gerileyerek yüzde 45 oranında azalma göstermiştir. Ancak bu azalma halen istenilen düzeyde değildir. Oysa bin yıl kalkınma hedeflerinde her yıl anne ölüm oranlarının yüzde 5,5 azaltılması hedeflenirken azalma yılda yüzde 2.6 oranında gerçekleştirilebildiği görülmektedir ve hala ölüm oranları kabul edilemeyecek kadar yüksektir (116).

Anne ölümlerinin 2015 yılında belirlenen hedefe düşürülmemesinden dolayı müdahalelerin devam etmesi gereken önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya güncelliğini korumaktadır. Bu sebepten de Bin Yıllık Kalkınma Hedeflerinin devamı niteliğinde olan SKH içinde yer alan anne ölümlerini sona erdirmeye yönelik hedefte (Hedef 3.1) "Dünya'da 2030 yılına kadar anne ölümlerinin yüz binde 70'e düşürülmesine yer verilmiştir (116).

Küresel hedeflere ulaşmak için, DSÖ, UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu), DB (Dünya Bankası) ve UNFPA gibi Birleşmiş Milletler Kuruluşları ve uluslararası kuruluşlar tarafından anne ölümleri öncelikli bir konu olarak ele alınmaktadır ve anne ölümlerini en aza indirmek için ortak çalışmalar yapılmaktadır (115).

Dünya'da çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere (21,2 milyon) güvenli olmayan isteyerek düşük meydana gelmektedir ve güvenli olmayan düşüklerin, anne ölümlerinin 1/4-1/3'ünden sorumlu olduğu belirtilmektedir. Latin Amerika ve Afrika ülkelerinde düşüğe bağlı anne ölümleri gelişmiş ülkelere göre çok daha fazladır (118).

Günümüzde, özellikle gelişmekte olan ülkelerde istenmeyen gebelikler ve buna bağlı oluşan isteyerek düşükler, kadın sağlığında hala önemli bir sorun oluşturmakta ve üreme çağındaki kadınların başlıca ölüm nedenleri arasındadır (119). Dünya üzerindeki her

yıl 123 milyon gebeliğin, 87 milyonu istenmeyen gebeliklerden oluşmaktadır. İstenmeyen gebelikler de isteyerek düşüklerin artmasının en önemli nedenidir (120). İstenmeyen gebelik ve isteyerek düşüklerin, kadınların ileride çocuk sahibi olma ihtimallerini düşürmesi, anne ve perinatal ölümleri artırması gibi nedenlerle kadın ve toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır (122).

Güvenli düşüklerin ve gebelikten korunma yöntemlerinin engellendiği veya yasaklandığı ülkelerde isteyerek düşüğe bağlı ölümler daha fazla görülmektedir (123, 14).

Dünyada çocuk istemediği halde AP yöntemi hizmetlerine erişemeyen 300 milyon çift bulunmaktadır (124). Aynı zamanda hamileliklerini ertelemek istediklerini ya da hamile kalmak istemediklerini belirtmelerine rağmen doğum kontrol yöntemleri kullanmayan 140 milyon kadın bulunmaktadır. Birleşmiş Milletler (BM)'in 2015 yılı raporuna göre dünyada evli veya birlikteliği olan kadınların herhangi bir aile planlaması yöntemi ile modern yöntem kullanma oranları sırasıyla %64 ve %57'dir. Fakat az gelişmiş ve gelişmiş ülkeler arasında yöntem kullanımı oranları arasında ciddi farklılık vardır. Aile planlaması yöntem kullanım oranı Kuzey Amerika'da %75 iken, Afrika ülkelerinde %33'lere kadar inmektedir. Yapılmış birçok çalışmada, aile planlaması programlarına ağırlık verilmesi durumunda anne ölümlerinde %30-40, bebek ölümlerinde de en az %20 oranında azalma sağlayacağı belirtilmektedir (125).

Üreme sağlığı davranışları da kadınların genel sağlık durumlarının geliştirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Kişiye özgü hijyen davranışları sahip olunan inanç, değer, alışkanlık, ekonomik koşullar ve kültürel özellikler, bilgi seviyesi, kişisel tercihler, hastalıklar ve fizyolojik periyotlar (menstruasyon, gebelik, lohusalık gibi), ailesel özellikler, yaşanılan ortamın fiziksel ve sosyal özellikleri gibi birçok faktörden etkilenir (126).

Özellikle genital sağlık ve hijyen ile ilgili konular birçok toplumda ayıpsanıp, yasak kabul edilmektedir. Kimi zaman kadın genital yol enfeksiyonunu hastalık olduğuna inansa bile üreme organlarıyla ilgili muayene olmaktan utandığı için tıbbi tedaviden faydalanmak yerine kendi kendine tedavi yolunu seçmektedir (127, 101). Ayrıca yanlış bilgi ve uygulamalar, duygu ve düşüncelerin paylaşılamaması gibi nedenlerde ciddi üreme sağlığı sorunları ile karşılaşmaya neden olmaktadır. Bu sorunların içinden en fazla görülenlerden biri de genital enfeksiyonlardır (75).

Genital Yol Enfeksiyonları (GYE)doğurganlık çağındaki kadınlarda sık yaşanan jinekolojik problemlerden biridir. GYE'ler her zaman kadın hayatını tehdit etmez fakat semptomları oldukça büyük rahatsızlıkların yaşanmasına sebep olmaktadır (23). Dünyada

ve ülkemizde üreme sağlığı koruyucu tutumlarından olan doktora gitme davranışı istenen düzeyde değildir. Kadınlar tarafından ürogenital enfeksiyonların bazen hastalık olarak algılanmaması bu duruma örnek olarak verilebilir. GYE'ler kadınlarda sepsis, ektopik gebelik, servikal kanser ve infertilite gibi birçok komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu sorunlar cinsel yaşam ve aile hayatını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir (88, 128-129).

Her yıl dünyada yaklaşık olarak 1 milyon kadında ürogenital enfeksiyonları görülmektedir (127). Ülkemizde kadınlarda GYE'nin yaygın bir sorun olarak devam ettiği çeşitli çalışmalarda ortaya çıkmıştır (130-131). Koştu ve Beydağ (132) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların %50.9'unda genital enfeksiyon olduğu saptanmıştır.

Toplumun sağlık düzeyini olumsuz yönde etkileyen faktörlerden birisi de Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar'dır (CYBH) ve yıllar geçtikçe güncelliğini korumaktadır. Dünyada özellikle gelişmekte olan ülkelerde CYBH sıklığı günden güne tüm hızla artmaktadır. Önemli bir sağlık problemi olan CYBH, cinsel birliktelik ya da yakınlaşma ile çiftlerin birbirlerine bulaştırdıkları tüm enfeksiyonları içermektedir (86). CYBH'ler tedavi edilmezse, özellikle kadınlarda pelvikinflamatuvar hastalık, kronik pelvik ağrı, servisit ve üretrit, dış gebelik, infertilite gibi hastalıkların başlıca bir nedeni haline gelebilirler (133).

Korunmasız cinsel ilişki CYBH'nin başlıca bulaşma yoludur. Kan ürünlerinin transfüzyonu sırasında, temas ile veya gebelik sırasında anneden bebeğe geçebilmektedir. Ayrıca, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde cinsel ilişki yaşının küçülmesi, cinsel eş sayısında artış, para karşılığı cinsel ilişkide bulunma, cinsel ilişki sırasında kondom kullanmama, kondom dışı kontraseptiflerin kullanımında artış, manikür, pedikür, jilet, piercing ve dövme yaparken kullanılan aletlerin ortak kullanımı, diş tedavisinde kullanılan aletlerin steril hale getirilmeden kullanılması, gelişmekte olan ülkelerde cinsel eğitim programlarının yetersiz kalması gibi durumlar ile de ilişkilendirilmektedir (86, 133).

DSÖ 2017 verilerine göre Dünyada her gün 1 milyondan fazla kişi CYBE'lere, her yıl ise yaklaşık olarak 500 milyon kişi klamidya, gonore, sifiliz ve trichomoniasis enfeksiyonlarından birine yakalanmaktadır (135). Avrupa bölgesinde Türkiye'nin de içinde bulunduğu 53 ülkede yaşayan 15- 49 yaş arasındaki yetişkin 450 milyon kişinin 46.8 milyonunun tedavi edilebilir CYBE'ye sahip olduğu belirtilmiştir (136).

Dünya Sağlık Örgütü her yıl 100 gençten 5'inin tedavi edilebilir bir CYBE'ye yakalandığını bildirmektedir (135). Özellikle HIV/AIDS, dünyada salgın halde görülmekte, %40'ı 15-24 yaş grubunda vecinsel açıdan aktif her 4 genç kızdan birinde klamidya veya HPV gibi CYBH görülmektedir (137). Adolesan döneminde yaşanan ilişki,

davranış ve tecrübeler geleceği etkilemektedir. CYBE daha çok genç erişkinlerde ortaya çıkmaktadır (138).

Kanser, tüm dünyada kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebi olması nedeniyle en önemli sağlık sorunu olup kadınlarda üreme sağlığını olumsuz etkileyen bir konudur (150). Dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada iken 2030 yılı dolayında her yıl 27 milyon yeni kanser tanısı konulacağı, her yıl 17 milyon kişinin kansere bağlı olarak hayatını kaybedeceği ve kanserle mücadele eden kişi sayısının 75 milyona yükseleceği belirtilerek en üst sıraya yerleşeceği tahmin edilmektedir (139-141).

Küresel kanser istatistikleri (GLOBACAN 2018) verilerine göre Dünya’da en çok görülen ilk beş kanser türü sırasıyla akciğer, meme, kolorektal, prostat ve tiroid kanseri; kanser nedeni en yaygın ölümler akciğer, kolorektal, mide, karaciğer ve meme olarak sıralanmaktadır. Erkeklerde en çok akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide görülürken, kadınlarda bu sıralama meme, tiroid, kolorektal, korpusuteri ve akciğer şeklindedir. Kanser, öldürücü olması ve beraberinde getirdiği sakatlıklar, medikal maliyetler, iş gücüne katılım oranını azaltma ile ülke ekonomisinde ciddi kayıplara neden olmaktadır (142-143).

Yapılan birçok çalışmada meme kanserinin kadın sağlığını etkileyen önemli evrensel bir halk sağlığı problemi olmaya devam ettiği ve küresel olarak hemen hemen her bölgede görülme sıklığının arttığı belirtilmiştir. Meme kanseri dünyada insidans ve mortalite bakımından kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (144-146). Bütün dünyada, 2018 yılında meme kanserinden ölen kadın sayısının 627.000 olduğu bildirilmiştir (147).

Uluslararası Kanser Ajansı 2018 yılı verilerine göre meme kanserindeki artış hızı dikkat çekmektedir. Çalışmada kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının %24,8 arttığı, kanser tanısı alanlardan %25’inin meme kanseri olduğu ve tüm dünyada ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer aldığı bulunmuştur. Elde edilen veriler sonucunda dünya genelinde yaşa bağlı meme kanseri insidansı yüz binde 23.7 iken, meme kanserine bağlı mortalite oranı 6.8 olarak bildirilmiştir (142).

Kadınlarda önemli bir sağlık sorunu olan serviks kanseri Dünya Sağlık Örgütü 2018 verilerine göre; dünya çapında tüm kanserler arasında beşinci sırada, kadın kanserleri arasında dördüncü sırada ve dünyada yaklaşık 311.000 ölüm sayısı ile kanser ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Tüm kadın kanserlerine bağlı ölümlerin %7,5’inden sorumlu görülmektedir. DSÖ bünyesinde bulunan Uluslararası Kanser Ajansı (IARC; International Agency for Research on Cancer) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2018 (Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide Project) verilerine göre ise;

dünyada servikal kanser oranlarında, yedi milyon yeni vaka olduğu tespit edilmiştir, Bunlardan 548 bini yeni olgu ve mortalite oranının ise 286 bin (%8.9) olduğu belirlenmiştir (148).

Taraması ve önleme programlarına erişimi olmayan ülkelerde (özellikle Sahra altı ülkelerinde) serviks kanseri kadınlarda görülen tüm kanser türleri arasında ikinci en yaygın kanser türü (100.000 kadın için 17,8) ve kanser ölümlerinin (100.000'de 9,8) en sık nedeni olmaya devam ettiği belirtilmektedir (149).

## **2.5. Türkiye’de Üreme Sağlığı Açısından Mevcut Durum**

Dünya nüfusunun yaklaşık yarısını, Türkiye nüfusunun ise %49,8’ini (40 milyon 275 bin 390’ını), yani toplam nüfusun yarısını oluşturan kadınların sağlığı, toplumların sağlık düzeyini ölçmemizde önemli bir göstergedir (150). Üreme konusundaki fizyolojik yapı, kadın sağlığını önemli kılan bir diğer noktadır. Ülkemizde yapılan epidemiyolojik araştırma sonuçları, anne ölümleri ve kadın sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin önlenabilir ve kontrol edilebilir olduğu bulunmuştur (151).

Üreme sağlığının en önemli konularından olan anne ölümleri teknolojinin gelişmesi, Dünya Sağlık Örgütü’nün bu konuda yapmış olduğu reformlarla azalsa da ülkeler arasında ciddi bir farklılık hala varlığını devam ettirmektedir (152).

Obstetrik komplikasyonlar anne ölümlerinin büyük oranda sorumlusu olması nedeni ile acil obstetrik bakımının ulaşılabilirliği ve niteliği ölümlerin azaltılmasında önemli bir yer tutmaktadır. Bununla beraber anne ölümlerinde gebelik öncesi, sırası, doğum ve doğum sonrası hizmetlerinin kalitesi ve erişimi de belirleyici faktördür (56).

Ülkemizde anne ölümlerinin nedenlerinin istenmeyen gebelikler ve aşırı doğurganlık olarak ifade edilmesi doğurganlığın düzenlenmesinin kadın sağlığı açısından ne kadar önemli olduğunu açıkça göstermektedir (76). İstenmeyen gebelikler kadın sağlığında önemli bir sorun oluşturmaya devam etmekte ve hala üreme çağındaki kadınların başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (56).

Kadınlarda istenmeyen gebeliklerle karşılaşma riskini doğuran başlıca nedenler; aile planlaması hizmetlerine erişememe, istenmeyen gebeliklerde oluşabilecek olumsuz sonuçlar hakkında bilgi sahibi olamama, toplumdaki statülerinin düşük olması, eşleriyle iletişim kuramaması, kendi kararlarını verememe, bireysel ve dini inançlardır. Gebeliğin risklerine yönelik yetersiz bilgi, aile planlaması yöntemlerine ulaşmada yetersizlik, AP yöntemlerini etkili ve doğru kullanamama ya da hiç kullanamama gibi faktörler de istenmeyen gebeliklerin nedenlerindedir (152-153).

Ayrıca kondom yırtılması, tecavüz ve yöntem kullanmayı unutma gibi durumlar da kadınlarda istenmeyen gebelik durumunu oluşturabilir (154).

TNSA (2018) sonuçlarına göre; Türkiye’de kadınların yüzde 22’sinin en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı, yüzde 6’sının en az bir kez isteyerek düşük yaptığı ve yüzde 4’ünün ölü doğum yaptığı görülmektedir (15).

Ülkemizde en önemli kadın sağlığı araştırması olup her beş yılda bir yapılan TNSA (2018) verilerinde görüldüğü gibi önceki yıllara göre isteyerek düşük yapma düzeyinin her ne kadar azaldığı görülse de hizmet açığı devam etmektedir. Kendiliğinden düşük sayısı 2013 verilerinde %14 iken, 2018 verilerinde %15 olarak artış gözlenmektedir. İstenmeyen gebeliklerin düşükle sonlandırılması durumu aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi gerekliliğini doğurmaktadır. TNSA 2018 verilerine göre, evli kadınların %99’u bir etkili aile planlaması yöntemi bilmesine rağmen %46’ünün etkili bir yöntem kullanmadığı belirtilmektedir. Bu durum, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlığı, ulaşılabilirliği ve hizmetin sağlanmasının yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir (155).

Önemli bir sağlık problemi olan CYBH, kadınlarda nedeni bilinmeyen düşükler, sık ölü doğumlar, serviks kanseri ve anne ölümlerine neden olabilmektedir (156). Türkiye’de 1985 yılından bu yana HIV/AIDS enfeksiyonu ulaşımını sağlayarak, toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek misyonu altında ülkemizdeki 2019-2024 yıllarına yönelik HIV/AIDS çalışmalarına yol haritası oluşturmak, ölçülebilir değerlendirmelerle faaliyet planlarını yürütmek amacıyla Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı adı altında ulusal bir plan hazırlanmıştır (157).

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli toplum sağlığı problemi olan kanser, TÜİK (2018) verilerine göre iyi ve kötü huylu tümörler %19,7 olarak ölüm nedenlerinden ikinci sırada yer almaktadır ve 2018 yılında kötü huylu tümör kaynaklı ölümlerin toplam sayısı 81 bin 129’unu oluşturmaktadır (44). Küresel kanser istatistikleri (2018) verilerine göre Türkiye’de 210.537 yeni kanser vakası görüldüğü ve 116.710 kansere bağlı ölümler olduğu bildirilmiştir (157).

Türkiye 2015 kanser istatistikleri verilerine göre, Türkiye’de meme kanseri kadınlar arasında görülen ilk 10 kanser sıralamasına göre de meme kanseri ilk sırada yer almakta ve kadınlarda görülen tüm kanserlerin %43.8’ünü oluşturmaktadır. Meme kanseri teşhisi konan kadınların %40’ının 25-49 yaş, %44’ünün 50-69 yaş arasında olduğu belirtilmektedir. Meme kanseri evreleri değerlendirildiğinde invaziv meme kanseri vakaların yalnızca %10’unun uzak evre olduğu raporlandırılmıştır (159).

## 2.6. Adölesan Dönemde Üreme Sağlığı Sorunları

Yetişkin bir birey olma yolunda ilerlemek olarak ifade edilen adölesan dönem, bireyin, fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal değişimler geçirdiği bir süreçtir. DSÖ 10-19 yaş grubunu adölesan dönem, 15-24 yaş grubunu ise gençlik dönemi olarak kabul etmektedir. Adölesan yaş grubu için bazı yaş sınırlamaları getirilmeye çalışılsa da birçok alanda çok yönlü değişimlerin yaşandığı bu dönemi kesin bir yaş grubu olarak ayırmak oldukça zordur. Bu nedenle adölesan dönemle gençlik dönemlerinin iç içe yerleştirilerek birlikte değerlendirilmeleri gerekmektedir (160).

DSÖ (1998) raporunda bütün yaş dönemleri içinde en sağlıklı olanı, aynı zamanda uzun ve sağlıklı bir yaşamın temellerinin atılabileceği bir dönem olarak tanımlanan adölesan dönem riskli davranış kaynaklı farklı hastalıklarla, yaralanma ve ölümlerle karşılaşılabilir açısından kritik bir dönemdir (161-162).

Adölesanlar genellikle sağlık hizmetine gereksinimi olmayan ve sağlıklı grup olarak algılanmaktadırlar. Aslında madde bağımlılığı, dengesiz beslenme, fiziksel aktivite yetersizliği, cinsel ve üreme sağlığına yönelik yanlış davranış sergileme, şiddete maruz kalma gibi sorunlar ile en çok karşılaşan yaş grubudurlar. Bu döneme ait davranışlar, yetişkinlik döneminde de devam edip erken ölüm getirebilecek özellikte hatta gelecekteki çocuklarının sağlığını da tehlikeye atabilecek yüksek riskli davranışlardır (163, 162).

Adölesanlarda var olan sağlık sorunları arasında üreme ve cinsel sağlık konusunda yaşadıkları sorunlar önemli bir yer tutmaktadır. Adölesan yaşta cinsellik ve evlilik, istenmeyen gebelikler ve doğum, genital mutilasyon, HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi üreme sağlığı sorunları ile karşılaşma açısından en riskli gruptur (161, 164). Bu nedenle DSÖ hedefleri arasında kadın ve kız çocuklarının acil ilgi gerektiren cinsiyete dayalı güvenlik açıklarının karşılanması ilk sıralarda yer almaktadır. Adölesanları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına teşvik etmek, sağlık risklerinden korumak için gerekli adımları atmak, cinsel ve üreme sağlığı konularında bilinçlendirerek gerçekleştirecekleri doğru davranış biçimleri ile riskli davranışları azaltmalarını sağlamak, yetişkin dönem üreme sağlığı sorunlarının oluşmasını önleyecektir (4, 13).

### 2.6.1. Adölesan Evlilikler

Adölesan dönem evlilikler az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde çok daha yaygın olmasının yanında dünyanın her bölgesinde gözlenmekte ve yoğun olarak yaşanmaktadır. Uluslararası anlaşmalarda belirtilen standartlara göre 18 yaş altını çocuk ve bu yaştan önce yapılan evlilikleri çocuk evlilik olarak kabul edilmektedir (165). Bu tür

evlilikler, çocukların izni alınmadan, evlilik zamanı ya da eşleri ile ilgili bilgi verilmeden “erken” veya “zorla” yapılmaktadır (150). Küresel ve sosyal bir problem olarak kabul edilen erken yaşta evlilikler, toplumsal anlamda bazı değerleri tehdit etmekte ve toplumdaki bireyler için dezavantajlı durumlara neden olabilmektedir (165-166).

UNICEF’in (2018) raporuna göre, dünyada 15 yaş altı evlilik oranının %5, 18 yaş altı evlilik oranının %21 ve 15-19 yaş arasındaki evliliklerin oranı ise %13 olduğu belirlenmiştir (167). Yine 18 yaşından önce evli olan kızların erkek çocuklardan neredeyse beş kat fazla olduğunu tahmin edilmektedir. Bu kız çocuklarıyla oluşan korunmasız cinsel ilişki sonucunda dünyada her yıl 15 milyon çocuk dünyaya gelmektedir (192).

Erken evlenen kız çocuk sayısının her yıl 15 milyon olduğu, bu sayının 2030 yılında 950 milyonu bulacağı UNICEF’in hazırladığı raporlarda öngörülmektedir (168). Afrika ve Orta/Güney Asya ülkelerinde çocuk gelin oranlarının fazla olması ülkelerin sosyoekonomik düzeylerinin ne derecede etkili olduğunu göstermektedir. Adölesan yaşta evlenen kızların, güvenli olmayan cinsel davranışları, aile planlaması konusunda bilgiksikliği, istenmeyen sayıda gebelik ve doğum yaşamalarına neden olmakta ve bunlar olumsuz sonuçlarını beraberinde getirmektedir (150).

Türkiye’de aileler; adölesan yaşta evliliklerin yasal olmadığını bildikleri için evlilikleri kayıt dışı olarak gerçekleştirmeleri ve istatistiksel verilerin eksik olması, 16 yaş altında yapılan evliliklerin resmi olarak kayıt altına alınmaması gibi nedenlerden çocuk evliliklerinin oranı hakkında kesin bilgi mevcut değildir (169-170). UNICEF (2018) raporuna göre Türkiye’de 18 yaş altında evlenen kız çocuklarının oranı %15’tir. TNSA (2018) verileri; 25-49 yaş arasındaki kadınların %20,9’unun 18 yaşından önce, %3,9’unun 15 yaşından önce evlendiğini göstermektedir. Ülkemizde adölesan evlilikler daha çok sosyo-kültürel, ekonomik nedenler ve eğitim yetersizliği kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca dünyadaki (evlilik öncesi cinsel ilişkinin ahlaki bir sorun olarak kabul edilmesi ve adölesan yaş grubunda evlenmenin toplumsal değer yargılara uygun görülmesi, çocuk sahibi olmakla toplumda statü kazanmak gibi) geleneksel ve ataerkil toplum yapısı gibi nedenlerden de erken yaşta evliliklerin yapılmasını etkilemektedir (150, 59).

Ruhsal gelişimini henüz tamamlanmamış, çoğunun eğitimleri yarım kalmış, sosyal konumu belli olmayan ekonomik sorunlarla baş etmek zorunda olan gençler bunlarla beraber adölesan evlilikler kaynaklı meydana gelecek gebelikler nedeniyle henüz çocuk yaşta anne ve baba olmak zorunda kalıyorlar (171).

### 2.6.2. Adölesan Gebelikler ve Annelik

Adölesan dönem evlilikler her iki cinsiyette görülse de daha çok kız çocuklarında olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu evliliklerin en önemli olumsuz sonuçlarından biri aile planlaması yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmayan kız çocuklarının istenmeyen gebeliklerle karşılaşma riskidir (84).

Bütün dünya ülkelerinde adölesan gebelikler önemli bir halk sağlığı problemi olarak ortaya çıkmaktadır. Bu konunun önemi, döneme ait spesifik risklerin varlığı ve gebelikten korunma düzeyinin yetersizliği nedeniyle daha fazla artmaktadır (172-173).

Adölesan gebelikler gelişmiş ülkelerde evlilik öncesi cinsel deneyim ve gebeliğe karşı yetersiz korunma kaynaklıyken; gelişmekte olan ülkelerde kültürel yapı ve gelenekler nedeniyle erken yaş evlilikler sonucu daha çok ortaya çıkmaktadır (174).

Erken yaşta evlenen adölesanlar eğitim ve istihdam beklentileri kısıtlandığı ve çocuk sahibi olmaları için baskı altında olduklarından evliliğin ilk yıllarında gebe kalıyorlar. Bu tür toplumlar için evlilik sonrası hemen çocuk sahibi olmak evliliğin geleceğini garanti altına alma, annelik değerliliği ve kısıtlı şartlarda en iyi seçenek olarak görülüyor olabilir (175).

DSÖ'nün 2018 yılı raporuna göre gelişmekte olan ülkelerde her yıl 15-19 yaşları arasında yaklaşık 21 milyon kız çocuğunun, 15 yaş altında 2 milyon kız çocuğunun gebe kaldığı, 15-19 yaşları arasında yaklaşık 16 milyon kız çocuğunun, 16 yaş altında 2.5 milyon kız çocuğunun doğum yaptığı bildirilmiştir. Dünyadaki tüm gebeliklerin %11'ini 15-19 yaşları arasında yapılan doğumlar oluşturmaktadır (176).

Küresel anlamda adolesan doğum son 20 yılda %11,6 oranında azaldığı gözlemlense de bölgeler arasında hala büyük farklılıklar olduğu görülmektedir. Doğu Asya'daki adölesan doğurganlık hızının binde 7.1, Orta Afrika'da ise buna karşılık binde 129.5 oluşu bu durumu açıklamaktadır. Aynı çalışmada Türkiye'de 15-19 yaş grubunda yaşa özel doğurganlık hızının binde 26.9 olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde bu yaştaki kadınların neredeyse yüzde 3,5'i çocuk doğurmaya başlamıştır. Çocuk sahibi olmaya başlayan adölesanların oranı, 2013 TNSA'dan bu yana geçen süre içinde %5'ten %4'e gerilemiş ve Batı'da %2 olan bu oran, Güney'de %7 ile bölgesel farklılıklar göstermektedir (15).

Adölesan gebeliğin tıbbi ve sosyal açıdan birçok olumsuz etkisi vardır. Tıbbi riskler; anemi, CYBH, sık gebelikler, preeklampsi, depresyon, baş-pelvis uyuşmazlığı, zor ve uzamış doğum eylemi, perine yırtığı, epizyotomi açılması, sezaryen, müdahaleli doğumlar, erken membran rüptürü, plasental anomaliler, intrauterin büyüme geriliği,

gebeliğe bağılı hipertansiyon, postpartum kanama ve enfeksiyonlardır. Eğitimine devam edememe, iş sahibi olamama, yoksulluk, evlilik dışı gebeliklerde evre baskısı, sosyalizasyon, sosyal aktivitelerde sınırlılık, boşanma ve ayrılma, stres/depresyon gibi durumlar ise sosyal açıdan olumsuz etkiler doğurabilmektedir (177-180).

Gebelik ve doğum kaynaklı ölüm olasılığı 15 yaş altı adölesanlarda yetişkin kadınlara oranla beş kat fazladır ve 15-19 yaş arası kadınlarda önde gelen ölüm nedenlerinden biri maternal nedenlerdir (171).

Bebek açısından meydana gelebilecek tıbbi riskler ise siyanoz, mekonyum aspirasyonu, düşük apgar skoru, doğum travması, solunum yolu hastalıkları, düşük doğum ağırlığı ve asfiksi, bebeklik sırasında gelişim bozuklukları, körlük, sağırlık, prenatal ölüm gibi sonuçlardır (181).

Dünya Sağlık rgt (DSÖ) 2012 verilerine göre 20 yaş altındaki annelerin bebeklerinin 20 ve üzerindeki yaşlardaki annelerin bebeklerine kıyasla doğumdan sonraki ilk hafta ölüm oranının %50 daha fazla olduğu belirtilmiştir (182). Adölesan annelerde bebek ölüm oranlarının arttığını destekleyen başka çalışmalar da mevcuttur. ABD’de yapılan bir araştırmada 10-15, 16-17 ve 18-19 yaş arasındaki annelerin bebeklerindeki ölüm riski sırasıyla %55, %19 ve %6 olarak bulunmuştur (183).

TNSA (2013) verilerine göre bebek ölüm hızı 1000 bebekte 17 iken, 20 yaş altındaki annelerde bu oran 1000 bebekte 25’tir (122).

### **2.6.3. Adolesanlarda İstenmeyen Gebelikler ve Kontraseptif Kullanımı**

Adölesanlarda sık görülen istenmeyen gebeliklerin oluşmasında evlilik dışı gebelikler, cinsel ilişkiye zorlanma, ensest ya da tecavüze maruz kalma, S konularında bilgi eksikliği, maddi olanaklarının sınırlı olması, AP hizmetlerine ulaşamama ve yetersiz bilgi, kontraseptif yöntemlerin kullanımındaki başarısızlıklar, hizmet veren sağlık profesyonelinin olumsuz tutumu gibi pek çok neden vardır (24,185).

Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki 15-19 yaşlar arasındaki adölesanların %14’nde önemli sağlık sorunlarını beraberinde getiren istenmeyen gebelikler güvenli olmayan düşüklerle sonuçlanmaktadır (186). Ülkemizde kadınlarda isteyerek düşük yapma oranı 15-19 yaşlarındaki adölesanlarda %3’tür (15).

Adölesanların AP yöntem kullanmasını birçok faktör etkilemektedir. Evlilik ncesi cinsel ilişki ve gebelik, birçok toplumda, sosyo-kültürel nedenlerle hoş karşılanmamaktadır. Toplum içerisinde cinselliğin bir tabu olarak kabul edilmesi

adölesanların cinsellik ve aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalarını sınırlandırmaktadır (8).

Az gelişmiş ülkelerde 15-19 yaş grubu evli kadınların yalnızca %17.0, gelişmekte olan ülkelerde evli adölesanların sadece %22.0'nin kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Hâlbuki evli olan 15-49 yaş grubunda kontraseptif yöntem kullanım oranı %61.0'dır. Evli olan adölesanların %24.0'ünün, karşılanmayan AP gereksinimi bulunmaktadır (187).

Gelişmiş ülkelerde son dönemlerde kontraseptif yöntemi kullanım hızlarında artış gözlemlenmekte ve adölesan yaş grubundaki evli çiftlerde önemli bir oranda kontraseptif yöntemi kullanımı olduğu görülmektedir (185). Adölesan grupta kontraseptif yöntem kullanımı İspanya'da %7.0, Macaristan'da %19.0, Danimarka'da %70.0, İngiltere'de %91.0'dır. Amerika'da adölesanların kondom kullanım oranlarının araştırıldığı bir çalışmada, son 10 cinsel ilişkide kondom kullanım oranı adölesan kızlarda %58.1, erkeklerde ise %79.1 olarak bulunmuştur (188).

TNSA (2018) sonuçlarına göre, herhangi bir AP yöntemi bilme durumu 15-19 yaş grubunda %96,8, 20-24 yaş grubunda ise %98,8 olduğu tespit edilmiştir. Gençlerin herhangi bir modern yöntem kullanma durumları 15-19 yaşları arasında %19, herhangi bir yöntem kullanma durumu ise %36,2 olarak belirlenirken, 20-24 yaşları arasında %52,6 olarak saptanmıştır. Bütün yaş gruplarındaki kadınlar arasında en revaşa olan gebeliği önleyici yöntemin, %20.4 ile geri çekme olduğu bulunmuştur (15).

#### **2.6.4. Adölesanlarda Genital Yol Enfeksiyonları**

Erken yaşta evliliklerin CYBE yönünden riskli ve gelişmekte olan ülkelerde görülme sıklığının gelişmiş ülkelere göre daha fazla oranlarda olduğu belirtilmiştir (189, 135).

Amerikan hastalık kontrol merkezine göre (CDC) yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 19 milyon civarında yeni vaka gelişmektedir. Bunların yaklaşık %50'sini 15-24 yaş arasındaki adölesan ve genç erişkinler oluşturmaktadır (191). Konu ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda da 15 - 24 yaşları arasındaki kişilerde CYBE görülme oranının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (30, 193-194).

2006 yılı sonuçlarına göre tüm yaş gruplarında HIV'e bağlı ölümlerde azalmakla birlikte bu azalmanın adölesanlar arasında olmadığı bulunmuştur (195). 15-24 yaş arasındaki kadınlara HIV bulaşma riski erkeklere göre iki kat daha fazladır. Yüksek risk nedenleri; güvenli olmayan ya da istenmeden gerçekleşen cinsel aktivite, toplum temelli

şiddet, sağlık hizmetlerine erişim eksikliği, düşük eğitim düzeyi, uygulanmayan ya da göz ardı edilen politikalar (197).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 14 ila 19 yaş arası kadın ergenler arasında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada cinsel aktif adölesan dönem kızların %24'ünde CYBH olduğu ve sıklıkla da %30'unda Human Papilloma Virüs (HPV) olduğunu bulunmuştur (196).

## 2.7. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli 1950'lerin başında Amerika Halk Sağlığı Servisinde bir grup psikolog (Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock) tarafından geliştirilip modele zaman içinde bireyin sağlık inanç ve davranışlarını etkilediği düşünülen bazı kavramlar eklenmiştir (198-199). Aynı araştırmacılar tarafından koruyucu sağlık davranışlarının yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik statü, etnik köken gibi demografik faktörlerden etkilendiği ve sağlık hizmetlerinin sunumu ücretsiz olsa bile, sosyo-ekonomik durumu düşük bireylerin hizmeti daha az kullandıkları fark edilmiştir (200).

Rosenstock 1966'da sağlık tarama davranışlarının yapılmama nedenini açıklamak için Sağlık İnanç Modelini ilk kez kullanılabilir şekilde geliştirmiştir. SİM'in bireysel motivasyonun inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına etkisini açıkladığını belirtmiştir. Hastalığın önlenmesi, izlenmesi ve kontrol altına alma sürecinde bireylerin inanç, tutum ve davranışlarının nasıl şekillendiğini, uyumlarını, motivasyonlarını ya da engellerini açıklamada kullanıldığını ifade etmiştir (201).

Başlangıçta tüberküloz hastalarının erken tanı ve tedavisinde etkili olabilecek faktörleri belirlemede kullanılan model zamanla meme, prostat, serviks, testis kanseri taramaları, diyabet yönetimi, hipertansiyonda tedaviye uyum gibi birçok durumda sağlık davranışlarının nedenlerinin incelenmesinde yaygın olarak kullanılmıştır (202).

SİM bireylerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini, sorun olarak görülen bu inanç ve tutumların saptanması halinde, kişilere verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemlerinin daha uygun olarak belirlenebileceğini ileri sürmektedir (203). Model bir sağlık sorununa karşı koruyucu önlem alma kararının, hastalığın kendilerine ciddi düzeyde zarar vereceğine yönelik algılanan duyarlılık/hassasiyetten, hastalığın algılanan şiddetinden, önleyici eylemin algılanan faydalarından ve tedbir alma durumunda algılanan engellerden etkilenebileceğini savunmaktadır. Bütün bu etkili faktörlerle beraber uygun eylemi başlatmak için iç uyarıcı (hastalığın korkusu ve

hastalık semptomları) ve dış uyarıcılar (hastalığın tanıtımı ve eğitim materyalleri) gibi uyaranlara da ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (204).

Bireylerin eken tanı taramalarını yaptırmak gibi koruyucu sağlık davranışlara neyin motive ettiğini, hastalıkların kontrol altında tutulmasında nasıl eyleme geçtiklerini anlamak için model bileşenleri oluşturulmuştur. Bu bileşenler, algılanan hassasiyet/duyarlılık, ciddiyet/önemseme, yarar, motivasyon, engel algısı, öz etkililik/öz yeterlilik, eyleme geçiriciler ve sonradan eklenen sosyo-demografik ve sosyo-psikolojik (202).

**Algılanan Duyarlılık:** Bu boyut sağlık davranışlarını benimsemede bireylerin duyarlı olma algısını ölçer. Kişinin herhangi bir hastalığa yakalanma olasılığına, tanının kabulüne ilişkin inancını açıklamaktadır. Duyarlılık algısı arttıkça riski azaltmak için önerilen sağlık arama davranışını takip etme olasılığı o düzeyde artar (205). İnce (206) çalışmasında eğitim grubunda yer alan ve ailesinde herhangi bir kanser tanısı almış birey bulunan kadınların Pap-smear testi yaptırmada konusunda daha duyarlı oldukları bulunmuştur. Jirojwong ve MacLennan (207)ın Brisbane'deki Tayvanlı kadınlarda yaptıkları çalışmada 145 kadından %25'inin düzenli KKMM yaptığı, meme kanserine karşı duyarlılığı fazla olan kadınlarda KKMM yapma olasılığının fazla olduğu saptanmıştır. Kısaca bu alt boyut kişinin hastalığa ilişkin algılanan duyarlılığının yükseldikçe uzmanların önerilerine daha fazla dikkat ettiği, kendisine koruyucu faktörler hususunda daha titiz davrandığını açıklamaktadır.

**Algılanan Şiddet/Ciddiyet:** Ciddiyet algısı, hastalığın şiddeti ile ilgili hisleri, inançları ifade etmektedir. Bu bileşen kişinin inançları doğrultusunda hastalığın tedavi edilmesine ilişkin tıbbi ve sosyal sonuçlar gibi öznel değerlendirmeleri kapsamaktadır (208).

Ciddiyet algısı çoğunlukla hastalık bilgisi veya tıbbi deneyime dayanmaktadır. Ancak kişinin hastalığın yaratacağı zorluklar veya kişinin genel olarak hayattaki etkileri ile ilgili sahip olduğu inançlar da ciddiyet algısının oluşmasını etkiler. Bireyin hastalıkları önleme ve sağlığını sürdürmeye ilişkin konularda beklenen sağlık davranışının gerçekleşmesinde kendini nasıl algıladığı önemlidir (209).

Duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı birleşerek tehdit algısını oluşturmaktadır. Meme kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme kanserine yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadının, aynı yaşta başka bir kadına göre daha fazla KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırmada ve mamografi eğilimindedir (210, 59, 211).

**Algılanan Yarar/Fayda:** Algılanan yarar bireyin önerilen koruyucu ve tedavi edici davranışı takip etme niyetinin, bu davranışın belirli bir hastalığa yakalanma riskini

azaltacağına dair inancını ve algısını ifade eder (208). Başka bir deyişle bireyin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirleyerek meydana gelecek olan davranış değişikliğinin hastalığı ne derecede önleyeceğine ilişkin inancını açıklar. Bireyde koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağı düşüncesiyle hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir (212).

Bu çalışma için yarar algısı koruyucu sağlık davranışlarından biri olan KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma ve taramanın serviks kanserine karşı koruyucu bir yöntem olarak kabul edilme derecesinin SİM'ne göre verilen eğitim ile değişip değişmediğini tespit etmemizi sağlamaktadır.

Sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli bir yere sahip olan Sağlık inanç modeli; sağlık hizmeti sağlayıcılarına, bireyin sağlık davranışları ile ilgili ipuçları ve hastalığın oluşmasını önleyecek davranışların önündeki engelleri anlama konusunda destek olmaktadır.

**Algılanan Engeller:** Önerilen davranışı gerçekleştirmeyi zorlaştıran faktörler ya da davranışın yol açacağı düşünülen istenmeyen sonuçları ifade eder. Bu boyut sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıları açıklamaktadır. Birey, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirir. Devamında davranışı eyleme geçirir ya da geçirmez. Algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki fark koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde en önemli değişkendir. Eğer algılanan yarar algılanan engelden az ise koruyucu sağlık davranışının gerçekleşme olasılığı o derece azalır (210, 56, 207). Kadınların meme kanseri erken tanı davranışı ve meme tarama hızlarına yönelmesinde yapısal, organizasyonel, psikolojik ve sosyo-kültürel gibi faktörler etkilidir (213, 214).

Bireyin sağlık sigortasının olmaması, düşük sosyoekonomik düzeyi, üreme sağlığı gibi özel bir alana ilişkin sorunlar yaşaması, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluklar, sağlık kuruluşu ve insan gücü yetersizliği, coğrafik olarak izole yaşamaları, maliyetin yüksek olması yapısal faktörler arasındadır (215-219). Organizasyonel faktörler arasında kadın bakım verenlerin olmaması, sağlık profesyonelleri ile yaşanan sorunlar nedeni ile sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluklar yaşamak, doktorun yaklaşımı, sağlık bakım sisteminin zor anlaşılması, randevu alamama, hastanenin konumu, muayene için bekleme süresinin uzunluğu, hastanenin bakımsız olması, bakım verenlerle kadınlar arasında dil engeli yer almaktadır. Sözü edilen engeller kadın sağlığına önem verme düzeyini düşürmekte ve sağlık gereksinimlerinin karşılanmasının önüne geçerek üreme sağlığı sorunlarının yaşanmasına neden olmaktadır (214-216, 220-221).

Psikolojik faktörler arasında; kaderci yaklaşım, yanlış inançlar ve algılar, erken tanı uygulamaları hakkında bilginin olmaması, utanma, kendini muayeneye hazır hissetmeme, duyarlılığın olmaması, aile sürecinde ve konforunda bozulma, kanser korkusu, memesini kaybetme ve ölüm korkusu, beden imajında değişiklik korkusu olduğu belirtilmektedir (211, 214, 217-220, 222, 224-226).

Sosyo-kültürel faktörler arasında; sosyal destek eksikliği, bazı kültürlerde erkek egemenliği, kadınların erkeklere bağımlı pozisyonda olması, kadınların evde ve ailede itaat eden konumunda olması, kaynana faktörü gibi engellerin yer aldığı görülmektedir (214).

**Sağlık Motivasyonu:** Bireylerin mevcut sağlığının sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışlarının oluşturulması için genel niyet ve istek durumudur (205). Kısaca bireyin, kendi sağlığına ilişkin beklenen sonuçlara ulaşması ve sağlığını zinde tutmak için yaptığı tutum ve davranışları kapsamaktadır (208). Çeşitli çalışmalarda KKMM yapma ve mamografi yaptıрма durumunun sağlık motivasyonu algısı arasında olumlu etki olduğu bulunmuştur (227-228).

**Eyleme Geçiriciler:** Sağlık İnanç Modeli geliştirilirken bireyin davranışlarını tetikleyen faktörler üzerinde durulmuştur. Davranışı gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluğun (algılanan duyarlılık ve algılanan yararlar) önem taşıdığı, davranış nedeni olan eyleme geçiricilerin tetikleyici mekanizma olduğu belirtilmektedir (205, 229). Algılanan yatkınlık ve algılanan ciddiyet arttıkça, eyleme geçmek için çok küçük bir uyarıcıya yeterliyken, algılanan yatkınlık ve algılanan ciddiyet azaldıkça eyleme geçmek için daha büyük bir uyarıcıya ihtiyaç vardır (229-230).

Bu boyut bireyi sağlık davranışında bulunmaya teşvik eden uyarıcıların olduğunu ifade eder. Harekete geçiren bu tetikleyici faktörlerin (uyarıcılar) bedensel belirtiler, çevresel uyaranlar, eğitim veya medya gibi iç (hastalığa özgü rahatsızlık belirtileri) ve dış uyarıcılar (hatırlatıcı mektuplar, telefonla hatırlatma, mail ile hatırlatma, bilgi verici broşürler, ev ziyaretleri, kombine müdahaleler, medya vs.) olabileceğini belirtmektedir (202). Örneğin bireyin bir hastalığı deneyimlemesi, ya da hastalığa özgü rahatsızlık belirtilerinin olması eyleme geçiren bir iç uyarıcı olabilirken, ailede birinin ölümü gibi dış uyarıcılar da bir kişinin, aslında hiç düşünmediği halde sağlık davranışı değişimi geçirmesini sağlayabilir.

Sağlık profesyonellerinden kilit kişiler olan halk sağlığı hemşireleri eyleme geçiriciler yoluyla kadınların erken tanı davranışlarının arttırılmasına katkıda bulunmaktadırlar. Bu nedenle hemşirelerin bireylerde davranış eyleme geçiricileri bilmesi ve uygulamada kullanması gerekir (57).

**Sosyo-demografik Fakörler:** Cinsiyet, yaş, etnik köken, eğitim ve gelir durumu gibi bazı demografik özellikler bireyin sağlığını koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel ve algısal yönden dolaylı olarak etkilemektedir. Eğitim, yaş ve gelir seviyesi gibi faktörler arttıkça kişinin sağlığını koruma davranışlarının da artma beklenir. Akran ve aile birey desteğinin de sağlık davranışlarına ilişkin tutum ve davranışlarının şekillenmesinde etkisi vardır (57).

Ayrıca; sosyo-psikolojik değişkenler arasında sosyal sınıf, sosyal baskı, kişilik yapısı gibi değişkenler bulunmaktadır. Sağlık davranışı ile ilgili tutum ve inançlar destek grupların baskısından etkilenmektedir (210, 231).

## **2.8. Üreme Sağlığı Konusunda Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Birey, aile ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, hasta olanların tedavisi ve rehabilite edilmesi sağlık hizmetlerinin temel amacıdır. Bu amacın ilk basamaklarından biri olan sağlığın korunması ve geliştirilmesi, birey ve ailenin yaşadığı çevredeki şartların olumlu hale getirilmesi ve hastalık etkenleri ile baş etmesinin desteklenmesi ile mümkündür (232).

Hemşireler, koruyucu sağlık yaklaşımını yüklenebilecek potansiyele sahip sağlık ekibinin önemli bir üyesidir. Bireye/topluma sağlığı koruyacak, geliştirecek, hastalık halinde iyileşmeyi ve yeni duruma uyumu sağlayacak bilgileri doğru yöntem ve tekniklerle vermek, ihtiyaç ve özelliklere uygun bir şekilde olumlu davranış kazandırma sorumluluğu vardır (233-234).

Sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesinde hemşirenin değişen yaşam koşullarının gereği olarak görülen çağdaş rollerinden biri olan eğitici rolü çok önemlidir. Doğru yöntem ve tekniklerle, birey/toplum'un ihtiyaçlarına ve özelliklerine uygun, planlı ve sürekliliği temel alan eğitimler verilmelidir. Sağlık eğitimleri etkili yöntem ve teknikler, hemşirenin profesyonel kimliği ve çağdaş eğitimci rolü ile düzenlenerek verilmelidir. Bu sayede bireylerin sağlıklı yaşam biçimleri kazanmaları, yaşam kalitelerini arttırmaları ve sağlığı geliştirmeleri desteklenerek hemşirelik mesleğinin olumlu yönde ilerlemesine katkıda bulunacaktır (235). Verilecek eğitim konularının en önemlilerinden biri üreme sağlığıdır ve bu konuda nitelikli hizmetin sağlanmasında hemşirelerin çok etkin olduğu bilinmektedir (106, 236).

Hemşireler üreme sağlığı konusunda kadınların sorunlarını rahatlıkla paylaşabilecekleri ve yaşam biçimlerinde olumlu değişiklikler yapabilecek anahtar kişilerdir (237). Bu nedenler hemşirelerin; kadın sağlığını geliştirme (sağlıklı beslenme,

düzenli egzersiz yapma, gebelik öncesi kızamık aşısı, vb), koruma (madde kullanımını bırakma, gebelik öncesi teratojenlerden uzak durma vb) hastalık durumunda iyileştirme (akut hastalık süresince tedaviyle bakım sağlama, gebelik komplikasyonları süresince kadına bakım verme vb) ve sağlığı yeniden sürdürmesi (hastalık tedavi edildikten sonra komplikasyon gelişimini ya da hastalığın tekrarını önleme) gibi konularda yerine getirmesi gereken sorumlulukları bulunmaktadır (238-243).

Bütün dünyada yaşanan bilim ve teknolojiadaki ilerlemelerle birlikte sosyal, ekonomik ve siyasal yaşamdaki değişimler de ülkelerin sağlık politikalarına yön vermiş, aynı zamanda sağlık çalışanlarının rol ve sorumluluklarında da bazı değişimlerin yaşanmasını beraberinde getirmiştir. Bu çerçevede kadın sağlığını geliştirilme, korunma, gerekli durumlarda erken tanı ve tedaviyi sağlama ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilme sürecinde aktif rol alan hemşirelerin de sağlık hizmeti sunumundaki rol ve sorumluluklarında bazı değişimler yaşanmış bununla birlikte hemşirelerin çalışma alanları daha da genişlemiştir. Kadın sağlığının yükseltilmesinde, hemşirelerin kadınlara verecekleri sağlık hizmetlerini tüm yaşam döngüsünde, süreklilik ve bütünlük içinde ele alınması önem taşımaktadır (245-246).

Sosyokültürel ve epidemiyolojik değişimler sonucunda oluşan sağlık önceliklerinin saptanması ve toplum ihtiyaçlarının belirlenmesi konusunda toplumdaki bireylerle en sık karşılaşan ekip üyelerinden halk sağlığı hemşirelerinin; mevcut sağlık ihtiyaçlarına yönelik oluşturulacak hizmet yaklaşımlarının belirlenmesinde yapılacak toplumsal ve politik değişikliklerde etkin rolleri vardır. Adölesan sağlığı, yaşlı ve kadın sağlığı gibi öncelikli konular başta olmak üzere her yaş grubunda sağlığı koruma, geliştirme ve sağlık sorunlarının çözümüne yönelik toplu destekli, multidisipliner yaklaşımlı proje ve programlarda yer alan halk sağlığı hemşirelerinin önemi tartışılmaz (247). Kadınların yaşadığı yere en yakın, ulaşılabilir sağlık personeli olarak hizmet verebilen halk sağlığı hemşireleri kadın sağlığını yükseltme konusunda çok etkili olan sağlık profesyonelleridirler.

Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetleri içinde halk sağlığı hemşireleri, üreme sağlığı kapsamında; çocuk sahibi olmaya hazırlık, gebeliğin planlanması, doğum öncesi sağlığın yükseltilmesi, aile planlaması veya doğum kontrolü, üreme sistemi kanserleri, genital hijyen, CYBH, beslenme, genetik danışmanlık, bağışıklama, yerel şiddet taraması ve bu konuya yönelik yapılacaklar konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerini vermektedirler (248).

Yapılmış birçok çalışmada hemşireler tarafından verilen eğitim programları sonrası aile planlaması, CYBH, genital hijyen, meme ve serviks kanseri gibi üreme sağlığı konularında oldukça olumlu etki gösterdiği bulunmuştur. Hemşireler düzenleyecekleri eğitim programları ile toplumdaki adolesan dönemdeki kızlara ve kadınlara, doğru sağlık davranışları kazandırarak, sağlığın korunması ve geliştirilmesini destekleyebilirler (248-250, 75).

Sonuç olarak, kadın hayatını önemli ölçüde etkileyen üreme sağlığı sorunlarının erken dönemde tanınması halinde, uygun tedavi yöntemleri ile kadının üreme sağlığı düzeyinin hem o dönem için hem de ileri ki dönemler için yükseltilmesi sağlanacaktır. Sağlık inanç modeline göre verilen eğitiminin 18-24 yaş arası evli kadınların üreme sağlığına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda; üreme sağlığında SİM kullanılarak kadınların KKMM, üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri ve üreme sağlığını koruyucu tutumlarında olumlu sonuçlar alınabileceği ortaya çıkmıştır. SİM'in üreme sağlığında uygulanması ile elde edilen bu sonuçlar modelin olumlu etkisini ortaya koymakla birlikte literatürde bu alanda SİM'in üreme sağlığına uygulanması ile ilgili ilk çalışma olması bakımından önemli katkılar sağlayacaktır.

### **3. GEREÇ VE YÖTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zaman**

Araştırma Hakkâri ilinde bulunan, 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM)nde, Nisan 2019-Aralık 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma ön test- son test kontrol gruplu ve yarı deneysel modelde yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulanması için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne etik kurul başvurusu yapılmıştır. Etik kurul izni (Ek 2) alındıktan sonra Evli kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ) geliştiren Hülya Demirci (Ek 5) ve Aile Planlaması Tutum Ölçeğini geliştiren Özlem Orsal'dan ölçeklerin kullanım izni alınmıştır (Ek 6). Araştırmanın uygulanması için Sağlık Bakanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek 3). Araştırmamız gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Çalışmaya katılmakta özgür oldukları, alınan bilgilerin gizlilik ilkesine uygun saklanacağı ve bu araştırma dışında kullanılmayacağı, istedikleri takdirde araştırmanın her evresinde vazgeçme haklarının olduğu, güvencesi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların sözlü onamları alınmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini söz konusu ASM'ye kayıtlı 4020 kadın, örneklemi ise güç analizi ile belirlenen 175 kadın oluşturmuştur. Örneklem 0.05 yanılgi düzeyinde, 0.5 etki büyüklüğünde, yüzde 95 güven aralığında çift yönlü önem düzeyi ile evreni yüzde 90 temsil gücüne sahiptir.

Araştırma ön test- son test kontrol gruplu ve yarı deneysel modelde yapılmıştır. Eğitim ve kontrol gruplarının seçilmesinde bir eğitim iki kontrol olacak şekilde sıralı olarak 35 eğitim (18-24 yaş arası), 70 kontrol-1 (18-24 yaş arası) ve 70 kontrol-2 (25-49 yaş arası) olmak üzere araştırma kriterlerine uyan toplam 175 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Kontrol 2 grubunun seçilme nedeni; uygulanan ölçeklerin eğitim gücü ve yaşın etkisinin değerlendirilmesidir

Araştırmaya; katılmaya gönüllü, en az okur-yazar, soruları algılayıp cevaplayabilen, eğitim grubu, araştırmaya katılmayı engelleyecek düzeyde fiziksel ve ruhsal herhangi bir engeli bulunmayan kadınlar dâhil edilmiştir.

### **3.4. Veri Toplama Gereçleri**

Veriler Mayıs 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Ön test verilerinin toplanmasında; eğitim ve kontrol-1 ve kontrol-2 grubundaki kadınlara; Kişisel Bilgi Formu, ÜSBÖ ve AP uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlar Aile Hekimliğinde kullanılan Element programındaki (Gelişmiş Aile Hekimliği Bilgi Sistemi) kayıtlardan belirlendikten sonra iletişim bilgileri alınarak aranmış ve araştırma hakkında kısa bir açıklama yapıldıktan sonra ön test uygulanması için ASM'ye davet edilmiş, gelemeyen kadınlar için ev ziyaretleri planlanmış, formlar uygulanmıştır (17 kadın). Veriler uygulama tarihleri arasında ASM'ye gelen kadınlardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

#### **3.4.1. Sosyo-Demografik Verileri Toplama Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan formda; kadınların sosyo-demografik özelliklerine yönelik 21, obstetrik özelliklerine yönelik 3 soru, Jinekolojik özelliklere yönelik 11 olmak üzere toplam 35 soru bulunmaktadır.

#### **3.4.2. Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ)**

ÜSBÖ, 2004 yılında Hülya Demirci ve Hacer Karanisoğlu tarafından ülkemiz evli kadınlarına özgü üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.

ÜSBÖ; kadınların kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, anlaşılması kolay 39 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçekten en az 39 en fazla 195 puan alınabilecektir.

Kadınlardan üreme sağlıklarını korumaya yönelik tutum ve davranışlarıyla ilgili uygulamalarını sıklığına göre ifade etmeleri ve her bir maddeyi okuyarak kendine uygun olan "1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren (Çok seyrek), 3=Bazen, 4=Çoğu zaman ve 5=Her zaman/Düzenli" seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Bu ölçekte 5, 10, 16 ve 28. maddeler ters puanlanmıştır.

Ölçeğin; üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı (13, 14, 15, 16, 24, 25, 33, 39. maddeler), üreme organ ve meme kanserinden korunma (20, 21, 22, 23. maddeler), üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları (1, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38. maddeler), genital yol enfeksiyonlarından korunma (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,

10, 11, 12, 17, 18, 29. madde) ve istenmeyen gebeliklerden korunma (26, 27, 28. maddeler) olmak üzere beş alt boyutu vardır.

ÜSBÖ, 5 alt boyuttan oluşmakta ve yapılacak araştırmanın özelliğine göre istenilen alt boyut kullanılabilir. Araştırmamızda ÜSBÖ'nün tüm alt boyutları kullanılmıştır. ÜSBÖ alt boyutları;

1. Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı
2. Üreme Organ ve Meme Kanserinden Korunma
3. Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları
4. Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma
5. İstenmeyen Gebeliklerden Korunma.

1. **Alt Boyut** “Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı” 13, 14, 15, 16, 24, 25, 33, 39. soruları,
2. **Alt Boyut** “Üreme organ ve meme kanserinden korunma” 20, 21, 22, 23. soruları,
3. **Alt Boyut** “Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları” 1, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38. soruları,
4. **Alt Boyut** “Genital yol enfeksiyonlarından korunma” 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 19. soruları,
6. **Alt Boyut** “İstenmeyen gebeliklerden korunma” 26, 27, 28. Soruları içermektedir.

Demirci'nin çalışan evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0.82$  bulunurken, çalışmamızda Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0.85$  olarak belirlenmiştir.

### 3.4.3. AP Tutum Ölçeği

Özlem Örsal ve Gülümser Kubilay tarafından Türk toplumuna özgü AP tutumunu ölçebilmek amacıyla 2006 yılında geliştirilmiştir.

AP tutum ölçeği 34 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Anlaşılması kolay olan bu ölçekte, “Tamamen Katılıyorum yanıtı 1 puan”, “Katılıyorum 2 puan”, “Kararsızım 3 puan”, “Katılmıyorum 4 puan”, “Tamamen Katılmıyorum yanıtı 5 puan” almaktadır. Ölçekte tersine kodlanması gereken madde bulunmamaktadır.

Ölçekten en az 34, en fazla 170 puan alınabilmektedir. Yine her bir alt boyutun ham puanı, alt boyut altında yer alan maddeler toplanarak elde edilir. Ölçekten alınan total ve

alt boyut puanları arttıkça, kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının da olumlu yönde geliştiğini göstermektedir.

AP Tutum Ölçeği alt boyutları:

1. Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu
2. Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum
3. Doğuma İlişkin Tutum

**1. Alt Boyut** “Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu” 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15. sorular,

**2. Alt Boyut** “Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum” 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26.sorular,

**3. Alt Boyut** “Doğuma İlişkin Tutum” 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 ve 34. soruları içermektedir. Örsal’ın Ankara ilindeki 15 yaş üstü kişiler üzerinde yaptığı çalışmada, ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0.87$  bulunurken, çalışmamızda Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0.89$  olarak belirlenmiştir.

### **3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Hakkâri Merkez 1 No’lu ASM’de gerçekleştirildi. Aile Sağlık Merkezinde 7 birim bulunmaktadır. 7 birimin 5 birimi aktif temel sağlık hizmetleri vermektedir. 18-49 yaş grubu evli kadın sayısı en az (584) 002 kodlu birimde, en fazla (820) 001 kodlu birimde olmakla birlikte toplamda 4020’dir.

**Tablo 3.1. Araştırmanın Çalışma Takvimi**

FAALİYETLER	Eylül 2018	Ekim 2018	Kasım 2018	Aralık 2018	Ocak 2019	Şubat 2019	Mart 2019	Nisan 2019	Mayıs 2019	Haziran 2019	Temmuz 2019	Ağustos 2019	Eylül 2019	Ekim 2019	Kasım 2019	Aralık 2019	Ocak 2020	Şubat 2020	Mart 2020	Nisan 2020	Mayıs 2020	Haziran 2020	Temmuz 2020	Ağustos 2020	Eylül 2020	Ekim 2020
Literatür tarama, kaynak okuma ve not alma	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Tez önerisi hazırlama ve tez izleme komitesine sunma	X																									
Tez önerisinin Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde kabul edilmesi						X																				
Araştırma izninin alınması								X																		
Anket hazırlama																										
Tez İzleme Komitesi Toplantısı				X						X						X										
Üreme sağlığı eğitimi ve eğitim materyallerinin hazırlanması						X	X	X																		
Eğitim öncesi araştırma verilerinin toplanması/anket uygulama (Tanımlayıcı Bilgi Formu, ÜSBÖ, APTÖ)								X	X	X	X	X	X	X	X	X										
Eğitimin verilmesi											X	X	X													
Eğitim sonrası araştırma verilerinin toplanması/anket uygulama (ÜSBÖ, APTÖ)											X	X	X													
Verilerin girişi için SPSS programında veri tabanı hazırlanması								X																		
Hazırlanan veri tabanına araştırmacı tarafından veri girişlerinin yapılması								X	X	X	X	X	X	X	X	X										
Tezin tanımlayıcı istatistiklerinin, tek değişkenli analizlerinin ve regresyon analizlerinin yapılması												X	X	X	X	X										
Tezin genel bilgiler, materyal-metod, bulgular, tartışma, sonuç ve öneriler şeklinde raporunun hazırlanması																X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Tez savunma jürisinin ve tarihinin belirlenmesi ve gerekli yazışmaların yapılması																										X
Tez savunması için sunumun hazırlanması ve tez savunmasının yapılması																										X
Tezin Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne teslim edilmesi																										X

### 3.6. Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Üreme Sağlığı Eğitim Programı

Bu eğitim programı, kadınların üreme sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik bilgi edinmeleri ve doğru tutum ve davranış kazanmalarını sağlamak, Sağlık İnanç Modeli alt bileşenlerinin üreme sağlığı davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla düzenlenmiştir.

#### 3.6.1. Eğitim Programının Hedefleri ve Öğrenim Çıktıları

- Kadınlar bu eğitimin sonunda
- Üreme organlarını tanımış olacak
- Üreme sağlığını koruyucu doğru davranışların neler olduğunu sayabilecek.
- Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitmenin önemini açıklayabilecek.
- Üreme sağlığını, doğrudan ya da dolaylı etkileyen genel sağlık davranışlarını sayabilecek
- Üreme organ kanserlerinde erken tanının ve yıllık jinekolojik muayenelere düzenli gitme davranışının önemini kavrayabilecek.
- Üreme organ ve meme kanserinden korunmada alınması gereken önlemleri sayabilecek
- Genital yol enfeksiyonlarını önlemeye yönelik koruyucu davranışların neler olduğunu sayabilecek
- İstenmeyen gebeliklerden korunma yöntemlerini sayabilecek
- Sağlık inanç modelinin alt bileşenlerini sayabilecek
- Sağlık inanç modelinin alt bileşenlerinin üreme sağlığı davranışlarını geliştirilmesindeki etkileri, bu davranışların önündeki engellerle nasıl baş edilebileceğini söyleyebilecek.

#### 3.6.2. Eğitim Programı İçeriği

Verilen 6 oturumlu eğitimin içeriği şu şekildedir:

##### **Kadın üreme organları**

- Erkek üreme organları
- Kadın üreme sisteminin işleyişi
- Üreme Sistemi Sorunları
- Adet döngüsü
- Gebeliğin oluşumu

- Aile Planlamasının Tanımı ve Önemi
- Aile Planlamasının Amaçları
- Aile Planlaması Yöntemleri
- SİM'in alt boyutları anlatılarak üreme sağlığı hizmetlerini almadaki etkilerini belirleyebilme
- Kadın üreme organlarındaki normal akıntı özellikleri
- GYE'nin belirti ve bulguları
- Genital Hijyen
- GYE'nin tedavi sürecinde dikkat edilmesi gerekenler
- Meme Kanserlerinin tanımı, görülme sıklığı, risk faktörleri, belirtileri, erken tanı ve tedavi
- Meme kanseri için başvurulacak kuruluşlar
- SİM'in jinekolojik kanserlerin erken teşhisi üzerine etkisi

Rahim Ağzı (Serviks) Kanserinin tanımı, görülme sıklığı, risk faktörleri, belirtileri, erken tanı ve tedavi

- Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri için başvurulacak kuruluşlar
- Üreme sağlığını geliştirme konusunda; duyarlılık, yarar önemseme/ciddiyet algısını ve öz yeterliliği geliştirebilme, engelleyici ve destekleyici durumları belirleme, engel algısına alternatif çözümler üretebilme, sağlığı motive edecek durumları belirleyebilme

### 3.7. Sağlık İnanç Modeline göre Üreme Sağlığı Eğitim Uygulaması

Sağlık İnanç modeline göre hazırlanan eğitim; maliyetinin düşük, geniş kapsamlı ve pratik olmasından grup eğitimi yöntemi kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından kadınların uygun oldukları ortak zamanlar belirlenerek Hakkâri Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derslikleri eğitim salonunda 15 günde bir 15-20 kişilik gruplar halinde, her guruba dört eğitim 6 oturum şekilde sunulmuştur.

Eğitime tam katılımı sağlayabilmek için katılımcıları motive edici ve katılımı kolaylaştırıcı hizmetler (yol ücretinin ödenmesi, ikramlar ve birkaç bireysel ihtiyaçlarını karşılayacakları miktarda maddi destek) araştırmacı tarafından sunulmuştur.

Araştırmada girişim materyali olarak Sağlık İnanç Modeli rehberliğinde (SİM'nin alt boyutları olan Duyarlılık, Önemseme/Ciddiyet, Yarar, Engel, Sağlık motivasyonu ve Öz-etkililik algısına göre) hazırlanmış olan Üreme Sağlığına Yönelik Eğitim Kitapçığı kullanılmıştır. Eğitim kitapçığında; üreme sağlığı ile ilgili koruyucu sağlık davranışlarının

nasıl oluşturacağı, yetersizlik ve hastalık gibi durumlardan korunabilmesi için davranışlarının nasıl şekil aldığı ve etkilendiği, üreme sağlığı konusunda risk faktörlerini nasıl kontrol altına alınacağı, olumlu tutum geliştirerek davranış kazanıp ve sürdüreceği konusunda bilgilennemelerini amaçlayan içerik bulunmaktadır.

Kadınlara uygulanan girişim üreme sağlığı geliştirici eğitim ve izlem şeklinde gerçekleştirilmiştir. Her eğitim sonrası bir dahaki oturuma kadar geçen sürede telefonla arama, ücretsiz bir mesajlaşma uygulama programından hatırlatmalar yapılmıştır. Ölçek uygulamaları her eğitim sonrası tekrar yapılmıştır. Kontrol-1 ve Kontrol-2 grubundaki kadınlara eğitimsel bir işlem uygulanmamış ön test verileri toplandıktan sonra her iki grup bekleme sürecine alınmıştır. Eğitimler ve üç aylık telefonla izlem toplam altı ayda tamamlanmıştır.

Bu süreçte ölçek dolduramayan 17 kadına ev ziyareti yapılarak, grup eğitiminde verilen eğitim özetle anlatılmıştır.

Eğitim grubundan bazı oturumlara katılmayıp, eğitimlerini ASM’de tamamlamalarını sağladığımız 7 kadına farklı günlerde son test ÜSBÖ ve APTÖ; ASM’ye ailevi nedenlerden gelemeyeceklerini belirten için (Hakkâri merkeze bağlı Kırıkdağ ve Üzümcü köylerinde yaşayan) kontrol 2 grubundan 2 kadına Kişisel Bilgi Formu, ön test ÜSBÖ ve APTÖ; kontrol 1 grubundan 3 kadına ön test; 5 kadına son test günlerinde ÜSBÖ ve APTÖ yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Eğitim grubundaki kadınlara verilen eğitimler bittikten sonra; eğitim kitapçığı kontrol grubundaki kadınlara da SİM’e göre yapılandırılmış bilgilendirme konferansı ve eğitim kitapçığı verilerek “Eşitlik” ilkesine uyulmuştur.

### **3.7.1. Eğitim İçeriğinde Bulunan SİM’in Alt Bileşenleri**

Verilen eğitim programının içeriği Sağlık İnanç Modeli’nin alt bileşenleri olan bireysel özellikler, davranışa özel algıların (duyarlılık, yarar, engel, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, öz-etkililik, eyleme geçiriciler) etkisi ve davranış çıktısına göre oluşturulmuştur. Aşağıda bu bileşenler hakkında detaylı bilgi verilmiştir.

#### **Bireysel Özellikler Alt Bileşeni**

Eğitime katılan kadınların üreme sağlığı ile ilgili ailesel ve çevresel durumu hakkında bilgiler toplanıp; ailede üreme sistemiyle ilgili hastalık ve ölüm öyküsü, kendisinin üreme sistemiyle ilgili sağlık sorunu yaşayıp yaşamadıkları, yine katılımcıların etkili aile planlaması kullanma, düzenli olarak jinekolojik kontrollere gitme, kendi kendine meme muayenesi yapma durumu ve genital hijyen alışkanlıkları sorgulanmıştır.

Kadınların üreme organları ile ilgili bir sağlık probleminin var olup olmadığı, üreme sağlığına verdiği önem, üreme sağlığı ile ilgili tutum ve davranışları tartışılmıştır.

Eş, arkadaş, akran ve aile bireylerinin kadın üreme sağlığı konusuna yaklaşımı, üreme sağlığı ile ilgili sosyal çevrenin kaderci yaklaşımı, geleneksel inanç ve uygulamalarının var olup olmadığı tartışılmıştır.

### **Davranışa Özel Algılar Alt Bileşeni**

Algılanan duyarlılık için; üreme sağlığı tanımı yapıp; risk faktörleri tekrarlanarak kadınların bu konudaki duyarlılığının artırılması sağlanmıştır. Üreme sağlığı sorunları ihmal edildiğinde doğuracağı sonuçlar, aileden hiçbiri üreme sağlığı sorunlarıyla karşılaşmamış olsa da kişinin karşılaşabileceği, bedenen ne kadar sağlıklı hissetse de kişinin üreme sağlığını konularında sağlık hizmeti alması gerektiği, Sadece üreme sağlığı ile ilgili geçmişte problem yaşayan kadınlar değil, bu hizmeti herkesin alması gerektiği, kişi bedeniyle ilgili bir problem olduğunu hissetmese dahi belirli periyotlarda sağlık hizmeti alması, gebelik öncesi, sırası ve sonrası döneminde hiçbir problem olmadığından da doğum sonrası hizmetlerden yararlanması gerektiği anlatılmıştır.

Algılanan yarar için; katılımcılar üreme sağlığını geliştirici ve koruyucu davranışların yararları anlatılarak; Üreme sağlığının tanımı, anatomisi, genital hijyen uygulamaları, aile planlaması, kendi kendine meme muayenesi, düzenli jinekolojik muayene gibi üreme sağlığı konularında bilgilendirilmiştir. Üreme sağlığı sorunlarından sonra sağ kalımın yaşam tarzı ile ilişkisi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (fiziksel aktivite/egzersiz, beslenme ve stres yönetimi gibi) meme kanseri sonrası aile işlevselliği ve yaşam kalitesini arttırmadaki önemi anlatılarak davranışların yararlarına odaklanılmıştır. Ayrıca üreme sağlığını geliştirici davranışların yararı ve önemi de anlatılmıştır.

Algılanan engel için; kadınların sosyokültürel (kültürel yapı, aile, arkadaş ve akranların tutum ve davranışları) sosyo-ekonomik durumları sorgulanarak, düzenli sağlık kontrolü, meme ve vulva muayenesi, AP yöntemi kullanma, genital hijyeni sağlama gibi üreme sağlığı davranışlarını uygularken karşılaşabileceği engeller (sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluklar, düşük sosyo-ekonomik düzeyi) tartışılmış ve engeller için alternatif çözümler üretilmiştir.

Önemseme ve Ciddiyet algısı için; üreme sağlığı ile ilgili sorunların teşhis edilmemesi durumunda, uzun zaman sürecek problemlerle karşılaşmaya neden olacağı, Üreme sağlığıyla ilgili problemlerin ölümle sonuçlanabileceği, eş ile sosyal ilişkinin bozulmasına neden olabileceği, bireyin ruh halini ve ruh sağlığını bozabileceği gibi sorunlar tartışılmış. Katılımcılara, üreme sağlığı ile ilgili sorunları önemseyip, ciddiye

almaları halinde genital yol enfeksiyonları, istenmeyen gebelikler, meme ve üreme organ kanserleri gibi üreme sağlığı sorunlarının hiç yaşanmaması veya erken teşhisinin sağlanabileceği konusunda bilgi verildi.

Sağlık Motivasyonu için: Sağlığını koruma, farklı tedavi yöntemleri arama, hekimin önerilerini yapma isteği, hayattan kopmak istememe, zararlı etmenlerden kaçınma, kendini düzenli muayene ve telkin etme, deneyimleme gibi baş etme yöntemlerinin üreme sağlığı hastalıklarındaki semptomları azaltacağı ve kadının kendisini daha iyi hissetmesini sağlayacağı konusu tartışılmış. Hatırlatıcı eğitim ve uygulamalar sırasında kadınların motivasyonunu güçlendirmek için danışmanlık yapılmıştır. Danışmanlık sırasında kadınlardan geri bildirimler alınıp semptomlardaki azalmalar vurgulanmış ve motivasyonları güçlendirilmiştir.

Algılanan öz-etkililik/yeterlilik için; eğitimlerde kadınların baş etme yöntemlerine ilişkin düşünceleri paylaşılmış ve kadınlar üreme sağlığı davranışlarına başlamaya yönelik karar verme konusunda desteklenmiştir. Test yaptırmaktan korkmama, düzenli gelme kararı (Gerçek performans), Başkalarının deneyimleri (Komşunun deneyimi) Sözel ikna (Sağlık personelinin ikna etmesi), Öznel algılar (hastalıkla baş etme inancı) gibi özgüveni destekleyen sözler söylenerek ve geçmiş deneyimler paylaşarak olumlu davranışların pekişmesi sağlanmıştır.

Eyleme geçiriciler için; İç uyarılar (Akıntı miktarının artışı, kıvamının değişmesi, renginin değişmesi, genital yollarda kaşıntının enfeksiyon varlığı) ve dış uyarılar (Yakın çevrede kanser vakaları, iletişim araçlarından okuma, test sonuçlarının kötü çıkması, sağlık personelinin bilgilendirmesi) hakkında bilgi verip örneklendirilmiştir. Kadınlar, üreme sağlığı ile ilgili olumsuz duyguların azalması, olumlu duyguların artması ve devamının sağlanması için teşvik edilmiştir. Sağlık hizmeti veren sağlık personelinin yaklaşımı, aile bireyleri, eş, arkadaş çevresi, komşular gibi üreme sağlığında eyleme geçmek için profesyonel ve sosyal destek sağlayan kişi ve grupların etkileri sorgulanarak olumsuz etkiler tartışılıp düzeltilmesi için destek sağlanmıştır.

Davranışın ortaya çıkması; Kadınlara üreme sağlığı ile ilgili talep ve tercihlerinin karşılanması için öncelikleri belirlenip; aile planlamasında etkili yöntem kullanma, genital hijyen, meme muayenesi, jinekolojik muayene gibi üreme sağlığını koruyucu ve geliştirici davranışları yapmalarını sağlayacak dört eğitim verilmiştir. Birey için üreme sağlığını geliştirecek uygulamalara karar vermeden önce SİM'in alt boyutlarından olan engel ve yarar/fayda durumları belirlenmiş ve kontrolü bireyin kendisinin alması, devamında kontrollü davranışların sayısının artması ve bu tür davranışların sürekliliği sağlanmıştır.

Bütün görüşmeler süresince bireylerden üreme sağlığını olumsuz etkileyecek durumların gelişmesini önlemeye yönelik davranışlar ve plan yapmaları konusunda söz alınmıştır. Herhangi bir sağlık probleminin olmaması durumunda da düzenli aralıklarla sağlık kontrollerinin yapılması, etkili AP yöntemi kullanılması, KKMM ve vulva muayenelerinde değişikliklerin kaydedilmesinin önemi anlatılarak bu davranışların sürdürülmesi gerekliliği konusunda kadınlar vurgulayıcı eğitim programı ile bilgilendirilmiştir.

### **Eğitim programı içeriğinin ayrıntıları aşağıda belirtilmiştir**

**Giriş:** -Kendini tanıma ve grupta tanışma

- Eğitimin amacını açıklama

- Program akışı hakkında bilgilendirme

### **Eğitim 1.**

#### **1. Oturum:**

Eğitimin başlangıcında Literatür taraması sonrası hazırlanmış “Kadın Üreme Sağlığı Eğitim Kitapçığı” kadınlara verilmiştir.

**Eğitim Süresi:** 45 dakika

**Amaç:** Üreme sistemi ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi vererek, erkek ve kadın üreme sistemi hakkında bilgi kazandırmak, üreme sağlığının önemi konusunda tutum oluşturmak.

**Öğrenim Hedefleri:** Üreme organlarını tanıma, kadın ve erkek üreme organlarının ismini sayabilme, üreme organların işlevini, kadın üreme sisteminin işleyişini açıklayabilme, adet döngüsünü söyleyebilme, gebeliğin oluşumunu açıklayabilme, üreme organlarının hijyeninde uyulması gereken kuralları söyleyebilme

**Yöntem:** Sunu, soru-cevap ve tartışma

**Araç-Gereç:** Slayt, Aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber, üzerinde kadın üreme organlarının isimlerinin yazılı olduğu kâğıt, poster, yazı tahtası.

### **Eğitim 2.**

#### **1. Oturum:**

**Eğitim Süresi:** 45 dk

**Amaç:** Gebeliğin oluşumu, Aile planlaması kavramı ve önemi, kadına ve erkeğe ait etkili AP korunma yöntemleri (RİA, Oral Kontraseptif, Aylık ve aylık iğneler, Spermisit, Diyafram, Tüpligaston) hakkında bilgi, tutum ve davranış kazanmalarını sağlamak.

**Öğrenim Hedefleri:** Kadınların gebeliğin oluşum sürecini açıklayabilmeleri, aile planlamasını tanımlayarak önemini söyleyebilmeleri, kendi için en uygun etkili AP yöntemini kullanabilmelerini sağlamak.

**Yöntem:** Anlatma, sunum, tartışma, soru-cevap ve demonstrasyon

**Araç-Gereç:** Slayt, Aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber, üzerinde kadın üreme organlarının isimlerinin yazılı olduğu kâğıt, poster, yazı tahtası, sunum ile ilgili notlar.

Oturum sonunda gebelikten korunma yöntemlerini anlatan görsel ve yazılı materyal dağıtıldı.

## **2. Oturum:**

**Eğitim Süresi: 45 dk**

**Amaç:** Kadınlara GYE ve CYBH konusunda bilgi, tutum ve davranış kazandırmak, GYE'leri ve CYBH'leri önlemeye yönelik koruyucu davranış kazanmalarını sağlamak.

**Öğrenim Hedefleri:** Kadın üreme organlarındaki normalakıntı özelliklerini bilme, genital yol enfeksiyonlarının belirti ve bulgularını, genital yol enfeksiyonlarından korunmak için gerekli hijyen kurallarını, genital yol enfeksiyonlarının tedavi sürecinde dikkat edilmesi gerekenleri bilme; CYBH'lerin tanımı ve önemini bilme, bulaşma yollarını sayabilme, CYBH'lerin genel belirtilerini söyleyebilme ve erken tanı-tedavinin önemini bilme, CYBH'lerden korunma yollarını ve genital hijyen kurallarını açıklayabilme aynı zamanda uygulayabilme, jinekolojik muayeneleri düzenli yaptırmaya istekli olma

**Yöntem:** Anlatma, tartışma, soru-cevap ve demonstrasyon,

**Araç- Gereç:** Sunu, Poster

## **Eğitim 3.**

### **1.Oturum:**

**Eğitim Süresi: 45 dk**

**Amaç:** Meme kanserinde erken tanı ve korunma için yapılması gerekenler hakkında bilgi, beceri ve tutum kazandırmak.

**Öğrenim Hedefleri:** Meme dokusunu ve görevlerini bilme, Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) hakkında bilgi sahibi olma, meme kanserinde risk faktörlerini ve erken tanı-tedavinin önemini kavrayabilme, Kendi kendine meme muayenesini öğrenme, klinik meme muayene ve mamografi yaptırma konusunda istekli olma

**Yöntem:** Anlatma, tartışma, soru-cevap ve demonstrasyon

**Araç-gereç:** Sunu, Poster, Üzerinde meme kanseri belirtileri ve KKMM basamaklarının yazılı olduğu kâğıt, Meme modeli, yazı tahtası

## **2. Oturum:**

**Eğitim Süresi: 45 dk**

**Amaç:** Üreme organ kanserlerinde (seviks kanseri) erken tanı ve korunma için yapılması gerekenler hakkında bilgi, tutum ve beceri kazandırmak.

**Öğrenim Hedefleri:** Rahim ağzı kanserini tanımını yapabilme, belirtilerini söyleyebilme, erken tanının ve yıllık jinekolojik muayenenin önemini bilme, risk gruplarını sayabilme, erken tanı için yapılması gereken girişimleri (papsmear) bilme, düzenli jinekolojik muayeneye gitme

**Yöntem:** Anlatma, tartışma, soru-cevap ve demonstrasyon

**Araç-gereç:** Sunum, poster, yazı tahtası

## **Eğitim 4.**

### **1. Oturum:**

**Eğitim Süresi: 45 dk**

**Amaç:** Üreme sağlığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen genel sağlık davranışları hakkında bilgi kazandırmak, Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitmenin önemini kavratılabilmek Sağlık İnanç Modelinde sağlık davranışlarında etkili olduğu varsayılan bireysel algıların aktifleşmesini sağlamak

### **Öğrenim Hedefleri:**

Üreme sağlığını geliştirme konusunda; duyarlılık, yarar önemseme/ciddiyet algısını ve öz yeterliliği geliştirebilme, engelleyici ve destekleyici durumları belirleme,

Engel algısına alternatif çözümler üretebilme,

Sağlığı motive edecek durumları belirleyebilme,

Üreme sağlığını geliştirecek davranışa başlama ve sürdürmeyi kolaylaştırmak için pozitif duygular oluşma ve pozitif bir bakış açısı geliştirme, geçmiş deneyimlerin paylaşılarak olumlu davranışların pekiştirilmesini sağlama,

Kişilerarası olumlu ve olumsuz etkileri belirleyerek yönetebilme.

**Yöntem:** Anlatma, tartışma ve soru-cevap

**Araç-gereç:** Sunu, Poster, yazı tahtası

## **3.8. Araştırmanın Değişkenleri**

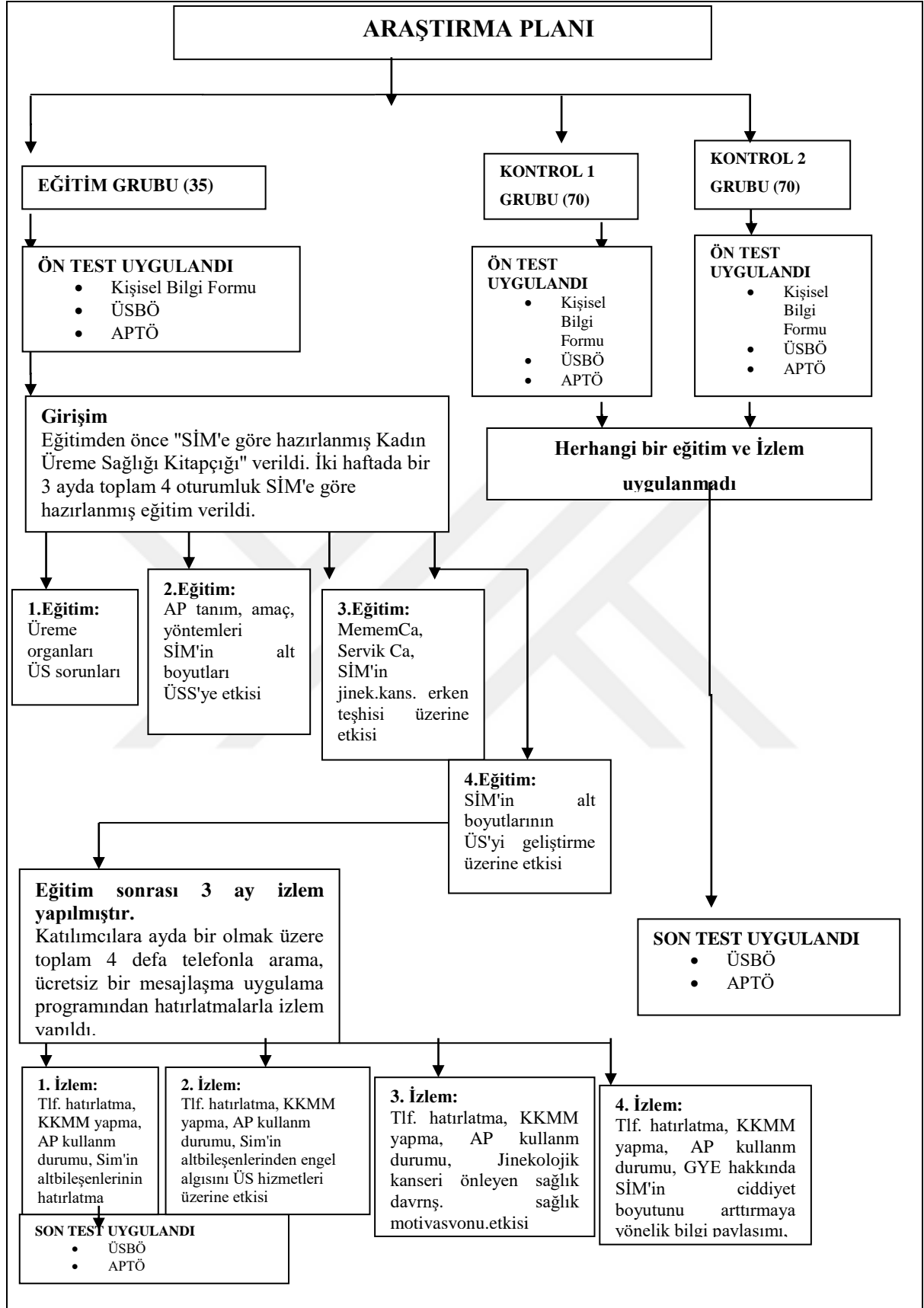
**Bağımlı Değişkenler:** Kadınların üreme sağlığı ve aile planlaması tutumları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır

**Bağımsız Değişkenler:** Kadınlara sağlık inanç modeline göre verilen eğitim ve izlem araştırmanın bağımsız değişkenleridir

Kontrol değişkeni: Kadınların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, aile tipi, gelir durumunu içeren tanıtıcı özellikler araştırmanın kontrol değişkenleridir.

**Tablo 3.2. Kadınlara Verilen Üreme Sağlığını Geliştirme Eğitimleri**

Eğitim Görüşmesi	Konu	Tarih/Süre	Amaç	Öğretim Yöntemleri	Öğretim Araçları
10 dk	- Kendini tanıma ve grupla tanışma - Eğitimin amacını açıklama - Program akışı hakkında bilgilendirme				
1. Eğitim	Kadın üreme organları - Erkek üreme organları - Kadın üreme sisteminin işleyişi Üreme Sistemi Sorunları	27 Temmuz 45 dk	Üreme organlarını tanıma	Sunu, soru-cevap ve tartışma	Slayt, üzerinde kadın üreme organlarının isimlerinin yazılı olduğu kâğıt, poster, yazı tahtası
2. Eğitim 1.Oturum	- Adet döngüsü - Gebeliğin oluşumu Aile Planlamasının Tanımı ve Önemi Aile Planlamasının Amaçları Aile Planlaması Yöntemleri SİM'in alt boyutları anlatılarak üreme sağlığı hizmetlerini almadaki etkilerini belirleyebilme	17 Temmuz 45 dk	- Aile planlaması kavramı ve önemi, kadına ve erkeğe ait etkili AP korunma yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranış kazanmalarını sağlamak	Anlatma, sunum, tartışma, soru-cevap ve demonstrasyon	Sunu, Poster Yazı Tahtası Projeksiyon Aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber,
2. Oturum	Kadın üreme organlarındaki normal akıntı özellikleri - GYE'nin belirti ve bulguları - Genital Hijyen - GYE'nin tedavi sürecinde dikkat edilmesi gerekenler	17 Temmuz 45 dk	CYBH ve GYE konusunda bilgi, tutum ve davranış kazandırmak, koruyucu davranışların neler olduğunu sayabilmek	Anlatma, tartışma, soru-cevap ve demonstrasyon	Sunu, Poster, Projeksiyon, Yazı Tahtası
3. Eğitim 1. Oturum	Meme Kanselerinin tanımı, görülme sıklığı, risk faktörleri, belirtileri, erken tanı ve tedavi Meme kanseri için başvurulacak kuruluşlar SİM'injinekolojik kanserlerin erken teşhisi üzerine etkisi	31 Temmuz 45 dk	Meme kanserinde erken tanı ve korunma için yapılması gerekenler hakkında bilgi, beceri ve tutum kazandırmak	Anlatma, tartışma, soru-cevap ve demonstrasyon	Sunu, Poster, Üzerinde meme kanseri belirtileri ve KKMM basamaklarının yazılı olduğu broşür Meme modeli, Yazı Tahtası
2. Oturum	Rahim Ağzı (Serviks) Kanserinin tanımı, görülme sıklığı, risk faktörleri, belirtileri, erken tanı ve tedavi Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri için başvurulacak kuruluşlar	31 Temmuz 45 dk	Rahim ağzı kanserinde erken tanı ve korunma için yapılması gerekenler hakkında bilgi, beceri ve tutum kazandırmak	Anlatma, tartışma, soru-cevap ve demonstrasyon	Sunum, Poster, Yazı Tahtası Üzerinde Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri tarama basamaklarının olduğu broşür
4. Eğitim	Üreme sağlığını geliştirme konusunda; duyarlılık, yarar önemseme/ciddiyet algısını ve öz yeterliliği geliştirebilme, engelleyici ve destekleyici durumları belirleme, engel algısına alternatif çözümler üretebilme, sağlığı motive edecek durumları belirleyebilme	14 Eylül 45 dk	Üreme sağlığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen genel sağlık davranışları hakkında bilgi kazandırmak,	Anlatma, tartışma ve soru-cevap	Sunu Yazı Tahtası Projeksiyon



**Şekil 3.1. Araştırma Planı**

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında istatistik paket (SPSS Statistics 22) programı ile yapılmıştır. Verilerin analizinde sırasıyla; frekans, yüzde, ki-kare analizi, Independent samples t test, Spearman Korelasyon, Friedman Test, One-Way ANOVA, Post-Hoc Tamhane's T2, Mann-Whitney U-Test, Çoklu Regresyon Analizi kullanıldı.



#### 4. BULGULAR

Bu bölümde; kadınlara Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı verilen eğitimin üreme sağlığı ve aile planlaması tutumuna etkisini belirlemek üzere görüşme, izlem ve eğitimlerden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 4.1. Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması (N=175)**

Sosyo-Demografik Özellikler	Eğitim Grubu		Kontrol-1		Kontrol-2		Toplam		* $\chi^2$ ve p değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Yaş</b> 18-24 25-49	35	100	70	100	70	100	175	100	$\chi^2 = .397$ p=0,529
<b>Eğitim Durumu</b> Okuryazar-İ. okul İlköğretim Lise ve üzeri	6 7 22	17.1 20.0 62.9	15 23 32	20.0 34.3 45.7	23 12 35	34.3 15.7 50.0	44 42 89	25,1 24,0 50,9	$\chi^2 = 4.740$ p=0,315
<b>Eş Eğitim Durumu</b> Okuryazar-İ. okul İlköğretim Lise ve üzeri	3 5 27	6,9 14,9 78,3	4 6 60	5,7 8,6 85,7	5 9 56	7,1 12,9 80,0	12 26 137	6,9 14,9 78,3	$\chi^2 = 3,644$ p=0,456
<b>Akraba evliliği</b> Evet Hayır	6 29	17,7 82,9	9 61	12,9 87,1	20 50	28,6 71,4	35 140	20,0 80,0	$\chi^2 = 5,286$ p=0,071
<b>Aile tipi</b> Çekirdek Geniş	26 9	74,3 25,7	43 27	61,4 38,6	59 11	84,3 15,7	128 47	73,1 26,9	$\chi^2 = 7.374$ p=0,007
<b>Yaş</b> $\bar{X} \pm SS$	23,2 $\pm$ 1,05		22,7 $\pm$ 1,5		30,5 $\pm$ 3,5		Toplam 25,9 $\pm$ 4,5		
<b>Hane Halkı</b> Medyan	3		4		4		4		
<b>Evlilik Yaşı</b> $\bar{X} \pm SS$	20,5 $\pm$ 2,2		19,7 $\pm$ 2,6		23,5 $\pm$ 4,4		21,04 $\pm$ 3,8		

\*Ki-kare test uygulandı.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 25.9 $\pm$ 4.5 (min:14-max:32), %44'ü okuryazar ya da ilkokul mezunu olduğu, evlilik yaşı ortalamaları 21.04 $\pm$ 3.8, %20'sinin akraba evliliği yaptığı ve %73.1'inin çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir. Hane halkı başına ortalama olarak 3,8 kişi düştüğü bulunmuştur. Sosyo-demografik özellikler açısından eğitim ve kontrol grupları arasında aile tipi dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 4.2. Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması**

Sosyo-Ekonomik Özellikler	Eğitim Grubu		Kontrol-1 Grubu		Kontrol-2 Grubu		Toplam		* $\chi^2$ ve p Değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Çalışma durumu</b>									
Evet	1	2,9	2	2,9	8	11,4	11	6,3	$\chi^2 = 5,238$ p=0,073
Hayır	34	97,1	68	97,1	62	88,6	164	93,7	
<b>Eş çalışma durumu</b>									
Evet	27	77,1	55	78,6	65	92,9	156	89,1	$\chi^2 = 3,195$ p=0,202
Hayır	8	22,9	15	21,4	5	7,1	19	10,9	
<b>Gelir durumu</b>									
Gelir giderden az	24	68,6	55	78,6	57	81,4	136	77,7	$\chi^2 = 2,227$ p=0,320
Gelir gidere eşit/fazla	11	31,4	15	21,4	13	18,6	39	22,3	
<b>Sosyal Güvence</b>									
Var	21	60,0	44	62,9	53	75,7	118	67,4	$\chi^2 = 0,037$ p=0,982
Yok	14	40,0	26	37,1	17	24,3	57	32,6	

\*Ki-kare test uygulandı.

Araştırma katılan kadınların sosyo-ekonomik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde %6,3'ünün çalıştığı, 89,1'inin eşlerinin çalıştığı, %67,4'ünün sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur. Sosyo-ekonomik özellikler açısından eğitim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4.3. Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması**

Jinekolojik- Obstetrik Özellikler	Eğitim Grubu		Kontrol-1		Kontrol-2		Toplam		* $\chi^2$ ve p değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>İlk evlenme yaşı</b>									
18 yaş ve altı	8	22,9	24	34,3	10	14,3	42	24,0	$\chi^2=89,992$ p=0,000
19-24 yaş	27	77,1	46	65,7	28	40,0	101	57,7	
25 ve üstü yaş	-	-	-	-	32	45,7	32	18,3	
<b>Küretaj olma</b>									
<b>Evet</b>	3	8,6	5	7,1	11	15,7	15	8,72	$\chi^2=4,190$ p=0,381
<b>Hayır</b>	32	91,4	65	92,9	58	84,3	159	91,28	
<b>Düşük yapma</b>									
Kendiliğinden	5	14,3	7	10,0	17	24,3	29	16,6	$\chi^2=11,882$ p=0,066
İsteyerek küretaj	3	8,6	1	1,4	11	15,7	15	8,6	
Yok	27	77,1	62	88,6	42	60,0	131	74,9	
<b>18 yaşından önce evlilik</b>									
Var	8	22,9	25	35,7	10	14,3	43	24,6	$\chi^2=8,741$ <b>p=0,013</b>
Yok	27	77,1	45	64,3	60	85,7	132	75,4	
<b>Çocuk sayısı</b>									
0-1	24	68,6	54	77,1	35	50,0	113	64,6	$\chi^2=13,227$ p=0,352
2 ve üstü	11	31,4	16	22,9	35	50,0	62	35,4	
<b>Gebelik Sayısı</b>									
1	16	45,7	44	62,9	25	35,7	85	48,6	$\chi^2=26,185$ <b>p=0,025</b>
2	8	2,9	17	24,3	11	15,7	36	20,6	
3	7	20,0	9	12,9	17	24,3	33	18,9	
4 ve üstü	4	11,4	-	-	17	24,3	21	12,0	
<b>Çocuk sayısı</b> $\bar{X}\pm SS$	1.2 $\pm$ 1.1		0,9 $\pm$ 0.75		1.7 $\pm$ 1.49		1.3 $\pm$ 1.17		
<b>Gebelik sayısı</b> $\bar{X}\pm SS$	1.71 $\pm$ 0.95		1.57 $\pm$ 1.16		2.65 $\pm$ 1.69		2.02 $\pm$ 1.45		
<b>Küretaj sayısı</b> $\bar{X}\pm SS$	0.1 $\pm$ 0,34		0.02 $\pm$ 0.16		0.18 $\pm$ 0,45		0,12 $\pm$ 0.37		

\*Ki-kare test uygulandı.

Tablo 4.3'te kadınların %57,1'ünün ilk evliliğini 19-24 yaş arasında yaptığı, çocuk sayısı ortalaması da 1.3 ve kadınların %64,4'ünün 0-1 sayıda çocuğu olduğu, %48,6'sının 1 gebelik geçirdiği, isteyerek düşük yapma oranı %8,6 iken kendiliğinden düşük oranı %16,6 olarak bulunmuştur. Ayrıca kadınların %24,6'sının 18 yaşından önce evlilik yaptığı, %48,6'sının bir gebelik geçirdiği saptanmıştır. İlk evlenme yaşı, adolesan evlilik ve gebelik sayısı açısından gruplar arasından anlamlılık olduğu tespit edilmiştir (p<0.05).

**Tablo 4.4. Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Aile Planlamasına Ait Bulguları**

Aile Planlaması Özellikleri	Eğitim Grubu		Kontrol-1 Grubu		Kontrol-2 Grubu		Toplam		* $\chi^2$ ve p değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>AP Yöntem Kullanma Durumu</b>									
Kullanan	22	62,8	30	42,9	32	45,9	84	45,7	$\chi^2=5,641$ p=0,060
Kullanmayan	13	37,2	40	57,1	38	54,1	91	54,3	
<b>Etkin Yöntem</b>									
Kullanan	9	25,7	18	25,7	25	35,7	52	29,7	$\chi^2=2,011$ p=0,366
Kullanmayan	26	74,3	12	74,1	45	64,3	123	70,3	
<b>Hangi Yöntem</b>									
Geri çekme	13	37,1	12	17,1	7	10,0	32	18,3	$\chi^2=19,331$ p=0,081
Kondom	5	14,3	14	20,0	19	27,1	38	21,7	
RİA	23	5,7	1	1,4	2	2,9	5	2,9	
Oral kontraseptif	1	2,9	2	2,9	-	-	3	1,7	
Aylık ve 3 aylık iğne	1	2,9	1	1,4	3	4,3	5	2,9	
Tüpligasyon	-	-	-	-	1	1,4	1	0,6	
Yöntem yok	13	37,1	40	57,1	38	54,1	91	54,3	
<b>AP Bilgi Kaynağı*</b>									
Doktor, ebe, hemşire	4	18,2	6	20,0	8	25,8	18	21,7	$\chi^2=8,504$ p=0,203
Diğer	18	81,8	24	80,0	23	74,2	65	78,3	

\*Ki-kare test uygulandı.

Tablo 4.4'te kadınların aile planlaması ile ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde %45,7'sinin AP yöntemi kullandığı, %29,7'sinin etkin yöntem kullandığı ve en çok kullanılan aile planlaması yönteminin %21,7 oranında kondom olduğu, AP bilgi kaynağının %78,3'ü diğer olarak belirlenmiştir. Aile planlaması özellikleri bakımında gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

#### 4.1. Araştırmaya Katılan Kadınların İzlem Formu ve Eğitim Değerlendirme Formu'na İlişkin Bulguları

Bu bölümde eğitim grubundaki kadınlara verilen eğitimin değerlendirildiği eğitim değerlendirme formundan elde edilen bulgular sunulacaktır.

**Tablo 4.5. Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların ön test KKMM ile ilgili Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı**

	Eğitim Grubu		Kontrol-1		Kontrol-2		Toplam		* $\chi^2$ ve p değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>KKMM bilme durumu</b>									
Evet	8	22,9	14	20,0	16	22,9	38	21,7	$\chi^2=0,202$ P=0,904
Hayır	27	77,1	56	70,0	54	77,1	135	77,1	
<b>KKMM uygulama durumu</b>									
Evet	2	5,71	2	2,9	4	5,6	8,0	4,4	$\chi^2=3,150$ P=0,207
Hayır	33	94,29	68	97,1	67	94,4	167	95,6	

\*Ki-kare test uygulandı.

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi araştırmamıza katılan kadınların KKMM bilme düzeyleri %21,7, KKMM'yi yapma oranı ise %26,3'tür. Ön test KKMM bilme ve uygulama durumlarında gruplar arası anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ )

**Tablo 4.6. Eğitim Grubunun 4 İzlem Boyunca KKMM Uygulama ve Etkili AP Yöntemini Kullanma Durumlarına İlişkin Bulgular**

	1. İzlem		2. İzlem		3. İzlem		4. İzlem		Anlamlı fark
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>KKMM</b> Uygulayan	2	5,71	10	28,6	17	48,58	25	71,4	<b>a-b, a-c,a-d</b> <b>b-c, b-d</b> <b>c-d</b>
	33	94,29	25	71,4	18	51,42	10	28,6	
<b>Etkili AP</b> Kullanan	12	34,3	18	52,4	24	68,6	28	80,0	<b>a-b, a-c,a-d</b> <b>b-c, b-d</b>
	23	65,7	17	48,6	11	31,4	7	20,0	

PostHoc testi uygulandı.

Anlamlılık düzeyi/  $p<0.05$  a: 1. izlemb: 2. izlemc: 3. izlemd: 4. izlem.

Eğitim grubundaki kadınların 1., 2., 3. ve 4. izlemleri incelendiğinde, her izlemde KKMM uygulama durumunun önceki izlemlere göre arttığı, bütün izlemler arası puan artışının anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). 3 ve 4. izlemde kadınlardan hiçbirinin genital yol enfeksiyonu geçirmediği, Etkili AP yöntemi kullanımında her izlemde sürekli bir artış olduğu 1-2, 1-3, 1-4, 2-3 ve 2-4 izlemler arasındaki puan farkının anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

#### **4.2. Evli Kadınların Üreme Sağlığı Davranışlarını Belirleme Ölçeği'ne İlişkin Bulgular**

Bu bölümde araştırmaya katılanların üreme sağlığı davranışlarına yönelik uygulamalarını belirlemek amacıyla kullanılan ÜSBÖ'ye ilişkin bulgular yer almaktadır.

Ön test için yapılan normallik testi sonuçlarına göre eğitim, kontrol 1 ve kontrol 2 gruplarının ÜSBÖ ön test verileri normal dağılım gösterdiğinden grupların bu testten elde ettikleri puanlar arasında istatistiksel anlamda farkı belirleyebilmek için parametrik testlerden bağımsız örneklem için tek yönlü varyans analizi ANOVA kullanılmıştır.

**Tablo 4.7. Eğitim, Kontrol-1 ve Kontrol-2 Gruplarının Ön Test Ölçümlerinde ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÜSBÖ ve Alt Boyutlar Ön Test	Eğitim grubu $\bar{X}\pm SS$	Kontrol-1 grubu $\bar{X}\pm SS$	Kontrol-2 grubu $\bar{X}\pm SS$	F	p
Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı	23,02±8,74	24,82±8,72	25,05±7,15	F=0,870	p=0,421
Üreme organ ve meme kanserlerinden korunma	5,14±2,08	5,01±2,25	5,44±2,48	F=0,616	p=0,541
Üreme sağlığına yönelik genel sağlık davranışları	25,68±8,27	28,17±7,62	26,87±6,56	F=1,557	p=0,214
GYE'den korunma	48,62±7,88	50,10±8,46	51,48±6,68	F=1,682	p=0,189
İstenmeyen gebeliklerden korunma	7,82±3,69	7,85±4,15	9,08±3,66	F=2,147	p=0,120
ÜSBÖ toplam	112,57±24,58	119,07±25,93	120,15±18,63	F=1,352	p=0,261

One-Way ANOVA uygulandı.

Tablo 4.7'de ilk görüşmede elde edilen ÜSBÖ toplam ve alt boyuta ait puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8. Eğitim Grubunun Ön Test ve Son Test Ölçümlerinde ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Ölçek ve Alt Boyutlar Ön Test	Ön Test $\bar{X}\pm SS$	Son Test $\bar{X}\pm SS$	T	p
Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı	23,02±8,74	36,77±2,22	-9,026	0,000
Üreme organ ve meme kanserlerinden korunma	5,14±2,08	10,37±1,81	-12,878	0,000
Üreme sağlığına yönelik genel sağlık davranışları	25,68±8,27	37,25±5,08	-7,795	0,000
GYE'den korunma	48,62±7,88	57,85±4,19	-7,575	0,000
İstenmeyen gebeliklerden korunma	7,82±3,69	10,37±1,81	-4,026	0,000
ÜSBÖ toplam	112,57±24,58	154,65±8,91	-10,334	0,000

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi eğitim grubundaki kadınların ön test ve son test ÜSBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.9. Eğitim Grubundaki Kadınları ÜSBÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına Göre Karşılaştırılması**

Eğitim Grubu (n=35)	Ön Test $\bar{X}\pm SS$	I. Eğitim	II. Eğitim $\bar{X}\pm SS$	III. Eğitim	IV. Eğitim $\bar{X}\pm SS$	*Friedman ve p değeri
Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme	23,02±8,74	28,22±5,99	32,03±5,01	35,80±3,01	36,77±2,22	Fr.=71,251 <b>p&lt;0,001</b>
Üreme organ ve meme kanserlerinden korunma	5,14±2,08	5,22±1,19	5,42±1,31	6,51±1,93	6,88±2,02	Fr.=44,565 <b>p&lt;0,001</b>
Üreme sağlığına yönelik genel sağlık davranışı	25,68±8,27	28,02±8,17	30,94±8,95	34,80±8,24	37,25±5,08	Fr.=46,338 <b>p&lt;0,001</b>
GYE'den korunma	48,62±7,88	51,02±5,17	53,91±6,60	55,25±5,00	57,85±4,19	Fr.=50,434 <b>p&lt;0,001</b>
İstenmeyen gebeliklerden korunma	7,82±3,69	6,42±2,21	7,54±2,01	9,00±1,55	10,37±1,81	Fr.=44,391 <b>p&lt;0,001</b>
ÜSBÖ toplam	112,57 ±24,26	122,48±16,24	133,17 ±16,18	146,48±12,50	154,65 ±8,91	Fr.=94,958 <b>p&lt;0,001</b>

\*Friedman Test uygulandı.

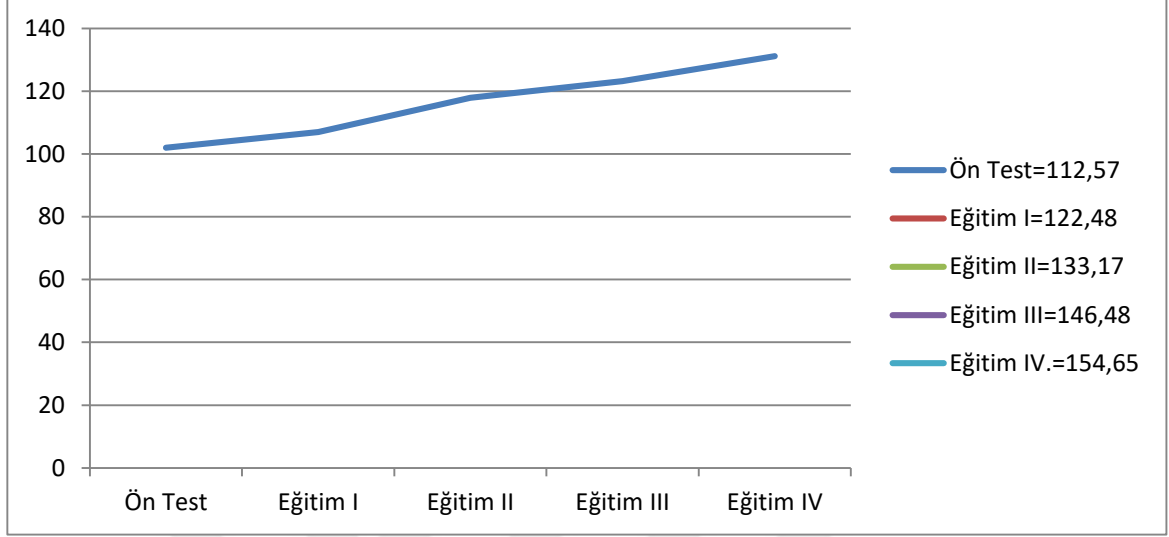
Eğitim grubundaki kadınların ÜSBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının uygulama zamanına göre karşılaştırılması incelendiğinde, eğitim grubundaki kadınların ön test ÜSBÖ toplam ve alt boyut puan ortalaması ile üreme sağlığı eğitiminin ardından uygulanan I., II., III. ve IV. toplam puan ortalamalarında meydana gelen artışın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.10. Eğitim, Kontrol-1 ve Kontrol-2 Gruplarının Son Test Ölçümlerinde ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Ölçek ve Alt Boyutlar Son Test	Eğitim grubu $\bar{X}\pm SS$	Kontrol-1 grubu $\bar{X}\pm SS$	Kontrol-2 grubu $\bar{X}\pm SS$	F	p
Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı	36,77±2,22	25,20±7,00	26,54±6,52	F=44,927	<b>p=0,000</b>
Üreme organ ve meme kanserlerinden korunma	10,37±1,81	4,94±2,15	5,32±2,13	F=88,920	<b>p=0,000</b>
Üreme sağlığına yönelik genel sağlık davranışları	37,25±5,08	29,18±8,27	27,02±6,55	F=22,477	<b>p=0,000</b>
GYE'den korunma	57,85±4,19	49,98±8,43	51,08±6,60	F=15,820	<b>p=0,000</b>
İstenmeyen gebeliklerden korunma	10,37±1,81	8,14±3,68	9,42±3,88	F=5,708	<b>p=0,000</b>
ÜSBÖ toplam	154,65±8,91	119,90±22,72	119,75±16,03	F=52,105	<b>p=0,000</b>

Post-Hoc Tamhane's T2 uygulandı.

Son test görüşmede elde edilen ÜSBÖ toplam ve beş alt boyuta ait puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Eğitim grubunun puan ortalamaları kontrol gruplarına göre yüksektir.



**Grafik 4.1. Verilen eğitimlerden sonra eğitim grubunun ÜSBÖ toplam puanının değişimi**

Grafik 4.1’de görüldüğü gibi eğitim grubunun her eğitimden aldığı ÜSBÖ toplam puanı artmıştır.

**Tablo 4.11. Eğitim Grubundaki Kadınların II. ve IV. Eğitimler Sonrası ÜSBÖ Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumları ile Karşılaştırılması**

Kadınların Eğitim Durumu	Eğitim Grubu	ÜSBÖ II. Eğitim Toplam Puanı $\bar{X}\pm SS$	*KW ve p değeri
Okuryazar-İ.Okul	6	114,50±8,01	KW=19.521 p<0.001
İlköğretim	7	120,71±10,40	
Lise ve üzeri	22	142,22±11,86	
Kadınların Eğitim Durumu	Eğitim Grubu	ÜSBÖ IV. Eğitim Toplam Puanı $\bar{X}\pm SS$	*KW ve p değeri
Okuryazar-İ.Okul	6	148,83±13,51	KW=9,216 p<0.010
İlköğretim	7	149,14±4,29	
Lise ve üzeri	22	158,65±8,91	

\*Kruskall Wallis Test uygulandı.

Eğitim grubundaki kadınların eğitim durumları ile ÜSBÖ II. ve IV. eğitim toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.12. Eğitim Grubunun Yaş, Eğitim Durumu, Gelir düzeyi, Aile Tipi, Akraba evliliği, Sosyal Güvence Değişkenlerinin ÜSBÖ IV. Eğitim Sonrası Toplam Puan Ortalamalarına Etkisi**

ÜSBÖ Toplam Puan Değişkenler	B	Std Error.	Beta	T	p değeri
Yaş	-2,283	1,499	-,269	-1,524	,139
Eğitim durumu	13,207	3,143	,584	4,202	<b>,000</b>
Gelir Düzeyi	3,159	3,910	,119	,808	,426
Aile Tipi	5,544	4,156	,197	1,334	,193
Akraba evliliği	-5,001	4,227	-,153	-1,183	,247
Sosyal Güvence	1,523	1,642	,128	,927	,362
<b>*Model Özeti F:5,614 p&lt;0,001</b>					
<b>R=,739 R<sup>2</sup> =,546 Adjusted R Square: ,449 Std. Error: 9,28051</b>					

Çoklu Regresyon Analizi uygulandı.

Eğitim grubunun yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, aile tipi, akraba evliliği sosyal güvence değişkenlerinin ÜSBÖ IV. eğitim toplam puan ortalamalarına etkisi çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde; yaş, eğitim durumu, sabit gelir, aile tipi, sosyal güvence değişkenlerinin toplam varyansın %54.6'sını açıkladığı belirlenmiştir. Bu regresyon grubuna göre, eğitim durumunun yükselmesinde meydana gelecek bir birimlik artış ÜSBÖ IV. uygulama toplam puanını 0.584 puan artırmaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı incelendiğinde (Beta= $\beta$ ) ÜSBÖ IV. uygulama toplam puan ortalamasını etkileyen değişken eğitim durumudur.

#### **4.3. Aile Planlaması Tutum Ölçeğine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların aile planlaması tutumlarını belirlemeye yönelik kullanılan AP Tutum Ölçeği'ne ilişkin bulgular yer almaktadır.

Ön test için yapılan normallik testi sonuçlarına göre eğitim, kontrol 1 ve kontrol 2 gruplarının APTÖ ilk görüşmede elde edilen veriler normal dağılım gösterdiğinden grupların bu testten elde ettikleri puanlar arasında anlamlı farkı belirleyebilmek için parametrik testlerden bağımsız örneklem için tek yönlü varyans analizi olan ANOVA testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.13. Eğitim, Kontrol-1 ve Kontrol-2 Gruplarının APTÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Ölçek ve Alt Boyutlar Ön Test	Eğitim grubu $\bar{X}\pm SS$	Kontrol-1 grubu $\bar{X}\pm SS$	Kontrol-2 grubu $\bar{X}\pm SS$	F	P
Toplumun AP ilişkin Tutumu	45,91±13,03	46,57±13,34	49,54±14,76	F=1,137	p=0,32
AP Yöntemlerine İlişkin Tutum	31,8 ±4,96	32,01±5,68	32,15±5,96	F=0,047	p=0,95
Doğuma İlişkin Tutum	24,28±8,23	23,17±7,65	25,05±9,09	F=0,894	p=0,41
Toplam AP	102,00±22,47	101,75 ±23,44	106,75±24,80	F=0,894	p=0,41

One-Way ANOVA uygulandı.

Tablo 4.16’da ilk görüşmede elde edilen APTÖ toplam ve alt boyut puanlarının gruplar arasında farklılaşmadığı saptanmıştır (p>0.05).

**Tablo 4.14. Eğitim, Kontrol-1 ve Kontrol-2 Gruplarının APTÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Ölçek ve Alt Boyutlar Son Test	Eğitim grubu $\bar{X}\pm SS$	Kontrol-1 grubu $\bar{X}\pm SS$	Kontrol-2 grubu $\bar{X}\pm SS$	F	P
Toplumun AP ilişkin Tutumu	57,74±7,37	48,14±13,31	50,00±14,64	F=6,628	<b>p=0,002</b>
AP Yöntemlerine İlişkin Tutum	41,42 ±6,20	32,04±5,64	32,08±5,86	F=36,419	<b>p=0,000</b>
Doğuma İlişkin Tutum	32,00±5,08	22,72±7,20	25,40±8,79	F=18,123	<b>p=0,002</b>
Toplam AP	131,17±11,93	104,45±23,44	107,58±24,20	F=18,611	<b>p=0,000</b>

Tablo 4.17’de ilk görüşmede elde edilen APTÖ toplam ve alt boyut puanlarının gruplar arasında farklılaşmadığı saptanmıştır (p>0.05). Son test APTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının ise farklılaştığı ve puan farkının eğitim grubunda bulunan kadınların lehine olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p<0.05).

**Tablo 4.15. Eğitim Grubunun Ön Test ve Son Test Ölçümlerinde APTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

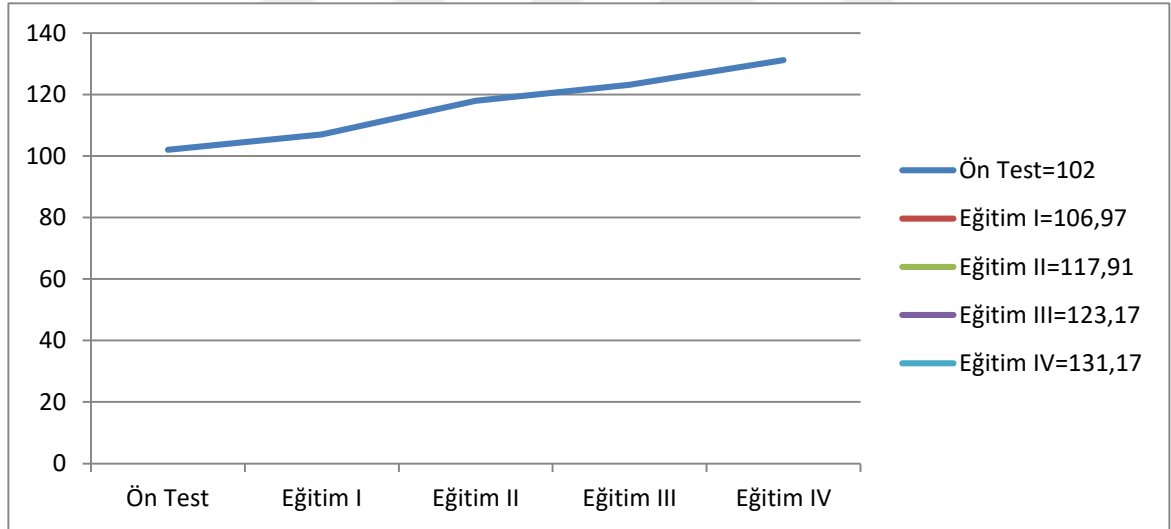
Ölçek ve Alt Boyutlar Ön Test	Ön Test $\bar{X}\pm SS$	Son Test $\bar{X}\pm SS$	t	p
Toplumun AP ilişkin Tutumu	45,91±13,03	57,74±10,79	-5,799	0,000
AP Yöntemlerine İlişkin Tutum	31,80±4,96	37,91±6,12	-11,001	0,000
Doğuma İlişkin Tutum	24,28±8,23	32,00±4,30	-5,072	0,000
Toplam AP	102,00±22,47	131,17±11,93	-7,734	0,000

Tablo 4.15’te görüldüğü gibi eğitim grubundaki kadınların ön test ve son test APTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05).

**Tablo 4.16. Eğitim Grubundaki Kadınları APTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına Göre Karşılaştırılması**

Eğitim Grubu (n=35)	Ön Test X ±SS	I. Eğitim X ±SS	II. Eğitim X ±SS	III. Eğitim X ±SS	IV. Eğitim X ±SS	*Friedman ve p değeri
Toplumun AP İlişkin Tutumu	45,91 ±13,03	48,48 ±13,54	52,62 ±10,79	54,62 ±10,79	57,74 ±7,37	Fr.=26,179 p<0,001
AP Yöntemlerine İlişkin Tutum	31,80±4,96	32,51±5,40	36,65±6,32	37,91±6,16	41,48±6,12	Fr.=39,117 p<0,001
Doğuma İlişkin Tutum	24,28±8,23	25,97±6,99	28,62±6,76	31,02±5,41	32,004,30	Fr.=41,783 p<0,001
Toplam AP	102,00±22,47	106,97 ±20,94	117,91±14,56	123,17 ±12,78	131,17±11,93	Fr.=75,152 p<0,001

Eğitim grubundaki kadınların APTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının uygulama zamanına göre karşılaştırılması incelendiğinde, eğitim grubundaki kadınların ön test APTÖ toplam ve alt boyut puan ortalaması ile üreme sağlığı eğitiminin ardından uygulanan II. ve IV. toplam puan ortalamalarında meydana gelen artışın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001).



**Grafik 4.2. Verilen eğitimlerden sonra eğitim grubunun APTÖ toplam puanının değişimi**

Grafik 4.2’de görüldüğü gibi eğitim grubunun verilen her eğitimde aldığı APTÖ toplam puanı artmıştır.

**Tablo 4.17. Eğitim Grubundaki Kadınların II. ve IV. Eğitimler Sonrası APTÖ Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumları ile Karşılaştırılması**

Kadınların Eğitim Durumu	Eğitim Grubu	APTÖ II. Eğitim Toplam Puanı X ±SS	*KW ve p Değeri
Okuryazar-İlk Okul	6	96,50±9,22	KW=17,160 p<0.001
İlköğretim	7	112,00±8,98	
Lise ve üzeri	22	125,63±9,77	
Kadınların Eğitim Durumu	Eğitim Grubu	APTÖ IV. Eğitim Toplam Puanı X ±SS	*KW ve p Değeri
Okuryazar-İlk Okul	6	124,83±10,41	KW=9,216 p<0.010
İlköğretim	7	119,71±12,21	
Lise ve üzeri	22	136,54±8,74	

\*Kruskall Wallis Test uygulandı.

Eğitim grubundaki kadınların eğitim durumları ile APTÖ II. ve IV. eğitim toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001).

**Tablo 4.18. Eğitim Grubunun Yaş, Eğitim Durumu, Gelir düzeyi, Aile Tipi, Akraba evliliği, Sosyal Güvence Değişkenlerinin IV. Eğitim Sonrası APTÖ Toplam Puan Ortalamalarına Etkisi**

APTÖ Toplam Puan Değişkenler	B	Std Error.	Beta	T	p değeri
Yaş	,980	1,870	,086	,524	,604
Eğitim durumu	10,021	3,460	,463	2,896	,000
Gelir Düzeyi	4,269	4,134	,169	,1,033	,311
Aile Tipi	7,143	4,686	,255	1,525	,139
Akraba evliliği	3,357	6,803	,080	,493	,626
Sosyal Güvence	-2,010	4,118	-,084	-,488	,629
<b>*Model Özeti F:2,490 p&lt;0,047</b>					
<b>R=,590 R<sup>2</sup>=,348 Adjusted R Square: ,208 Std. Error: 10,61804</b>					

Çoklu Regresyon Analizi uygulandı.

Eğitim grubunun yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, aile tipi, akraba evliliği sosyal güvence değişkenlerinin APTÖ IV. eğitim toplam puan ortalamalarına etkisi çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde; yaş, eğitim durumu, sabit gelir, aile tipi, sosyal güvence değişkenlerinin toplam varyansın %34.8'ini açıkladığı belirlenmiştir. Bu regresyon grubuna göre, eğitim durumunun yükselmesinde meydana gelecek bir birimlik artış APTÖ IV. uygulama toplam puanını 0.463 puan artırmaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı incelendiğinde (Beta=β) APTÖ IV. uygulama toplam puan ortalamasını etkileyen değişken eğitim durumudur.

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde; kadınlara Sağlığı İnanç Modeli temel alınarak verilen eğitim ve izlemin üreme sağlığını koruyucu ve aile planlaması tutumlarına etkisini araştıran çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda ilgili diğer araştırmalarla ilişkilendirilerek tartışılmasına yer verilmiştir.

- 5.1. Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3, Tablo 4.4)
- 5.2. Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların İzlem Formu ve Eğitim Değerlendirme Formuna İlişkin Bulgularının Tartışılması (Tablo 4.5, Tablo 4.6)
- 5.3. Araştırmaya Dâhil Edilen Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12)
- 5.4. Araştırmaya Dâhil Edilen Evli Kadınların Aile Planlaması Tutum Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15, Tablo 4.16, Tablo 4.17, Tablo 4.18)

### 5.1 Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Verilerin Tartışılması

Bu bölümde; araştırmaya dâhil edilen kadınların sosyo-demografik, sosyoekonomik, jinekolojik- obstetrik ve aile planlaması ile ilgili özelliklerine ait bulgular tartışılmıştır.

#### 5.1.1. Araştırmaya Dâhil Edilen Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ile İlgili Verilerin Tartışılması

Araştırmamıza dahil edilen kadınların yaş ortalaması  $25.9 \pm 4.5$  (min:15-max:19) ve çoğunluğunun 18-24 yaş aralığında (%60) olduğu belirlenmiştir. Çalışma 18-49 yaş aralığındaki kadınlarla gerçekleştirildiği için beklenen sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 4.1).

Eğitim; bireyin yaşamını sürdürme, kendini geliştirme, toplumun bir üyesi olma ve toplumla uyum içinde yaşama gereksinimlerini karşılama yönünden önemli bir yere sahiptir (244). Kadınların eğitim seviyesi sağlık hizmetlerine ulaşmalarını ciddi düzeyde etkiler.

Araştırmamıza katılan kadınların %25,1'i ilkokul, %24'ü ilköğretim mezunu ve kadınların %50,9'u lise ve üzeri eğitimi tamamlamıştır. 15-49 yaş arası kadınlarda üreme

sağlığının araştırıldığı bir çalışmada kadınların lise ve üzeri eğitim alanlar oranı %51.9 olarak bulunmuştur (134).

TNSA (2018) verilerine göre kadınların %29'unun ilkokul, %20'sinin ortaokul ve %41'i lise ve üzeri eğitimi tamamlamış olup çalışmamızla benzer özelliktedir (15). Ülkemizde eğitimin son yıllarda kadınlar arasında yaygınlaşması kaynaklı, genç yaşta kadınlar daha üst yaş grubu kadınlardan daha eğitilmiş olması sonuçlarımıza yansımıştır (Tablo 4.1).

Katılımcıların eşlerinin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %78.3'ünün lise ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. Kara (108) çalışmasında araştırmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim seviyelerinin sırasıyla %2,8'inin okur-yazar, %43,8'inin ilköğretim, %35,8'inin lise ve %17,8'inin üniversite olduğu saptanmıştır. Erkin (106) çalışmasında katılımcıların eşlerinin eğitim düzeyi %4.6 okur-yazar, %45 ilköğretim, %50,4'ü lise ve üzeri olarak saptanmıştır. TNSA (2018) verilerine göre erkeklerde lise düzeyi okullaşma oranı %77 olup ve bu sonuçların çalışmamıza yakın olduğu söylenebilir (15).

Eşler arasında kan bağı bulunması durumunda ve aynı atadan gelen eşler arasında yapılan evlilikler akraba evliliği olarak tanımlanmaktadır. Dünyada; nedenleri, sonuçları ve yaygınlığı açısından bakıldığı zaman bir halk sağlığı sorunu olan akraba evliliği oranı yaklaşık %20'dir (253).

Araştırmamıza katılan kadınların akraba evliliği oranı %20'dir. Bu sonuçların TNSA (2018)'in, Dönmez (162), Ayyıldız ve ark (174), Tuncay (254)'nin çalışma sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir. Bu veriler akraba evliliklerinin ülkemizde devam eden önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir (Tablo 4.1).

Temürlenk (134) 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı durumunu araştırdığı çalışmada katılımcıların %2.5'i eşiyile akraba olduğunu tespit edilmiştir. Farklı kültürler ve farklı coğrafyalarda akraba evliliğinin sıklığı değişebileceğinden çalışmalardan farklı sonuçlar bulunabilmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların %73,1'i çekirdek aile yapısındadır. Apay ve ark. (130) çalışmasında çalışma kapsamındaki illerde çekirdek aile yapısı oran ortalaması %79.1 olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada kadınların %78.1'inin çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır (106). TÜİK 2019 verilerine göre çekirdek aileden oluşan hanehalklarının oranı 2018'de yüzde 65,3'tür (Tablo 4.1).

Araştırmamıza katılan kadınların ortalama hane halkı büyüklüğü  $3,8 \pm 1.53$  olarak saptanmıştır. TNSA (2018) sonuçlarında da hane halkı başına ortalama olarak 3,5 kişi

düştüğü sonucu çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Önceki yıllarda toplumumuz çoğunlukla geniş aile yapısına sahipti ancak bunun yerini artık çekirdek aile yapısının aldığı söylenebilir (Tablo 4.1).

### **5.1.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Ekonomik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Sürdürülebilir kalkınmanın temel dayanaklarından biri olarak kabul edilen kadınların işgücüne katılımı, toplumda güçlenmesi hem teorik hem de politik nedenlerden ötürü önem kazanmaktadır (255). Uluslararası araştırmalar, doğurganlık oranı ve çocuk ölüm oranının çalışan kadınlarda düştüğünü, sağlık ve eğitime aile ölçeklerinden daha büyük pay ayrılabilceğini göstermektedir (256).

Araştırmamıza katılan kadınların %6,3'ü gelir getirici bir işte çalışmaktadır. Babadağlı ve ark. (257)'nin çalışmasında kadınların çalışma yaşamına katılım oranı %3, Kitapçıoğlu (258) çalışmasında bu oran %10.2 olarak saptanmıştır. TNSA (2018) verilerine göre yaşla beraber kadınların çalışma durumu yüzdeleri artmakta ve kadınlarda en düşük çalışma oranı Doğu bölgesinde %17'dir (Tablo 4.2). Türkiye'de çok merkezli kesitsel yapılan bir çalışmada Gaziantep ili örneklem grubundaki kadınların %79.8'inin, Erzurum ili örneklem grubundaki kadınların %79.4'ünün çalışmadığı sonucuna ulaşılmıştır (130). Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamız Hakkâri merkezde yaşayan kadınların ülke geneline göre daha az çalışma hayatında yer aldığını göstermektedir. Araştırmaya dâhil edilen kadınların doğu bölgesinde yaşıyor olmaları ve istihdama katılmalarını sağlayacak iş sahasının olmaması kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Tablo 4.2).

Araştırmamıza katılan kadınların %67,4'ünün sosyal güvencesi olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Topatan (4) çalışmasında adolesanların %60.4'ünün sağlık sigortasının olduğu saptanmıştır. TNSA (2018) sonuçlarında da kadınların %67,8 oranında sosyal güvenceye sahip olduğu belirlenmiş ve bu oranların bizim verilerimize paralel olduğunu söylenebilir (15). Kars ili susuz ilçesinde evli kadınlarda yapılan çalışmada ise katılımcıların %89,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur (259). Sonuçların çalışmamızdan farklı olmasının en temel nedeni çalışmaların yapıldığı bölgelerde kadınların da çalışma yaşamına fazla katılıyor olmaları kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların eşlerinin 89,1'i çalışmaktadır. Literatürde yapılan araştırma sonuçları da bu bulgumuzu desteklemektedir (Tablo 4.2). Gökalp (258) kadınlarının eşlerinin çalışma oranı %88,7, Apay ve ark; (130) çalışmasında da kadınların

%82.1'inin çalışıyor olduğu saptanmıştır. TNSA (2018) verilerine göre 15-49 yaş arası kadınların eşlerinin çalışma yüzdesi %94.3 olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Tablo 4.2).

Araştırmamıza alınan kadınların sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri incelendiğinde, TNSA (2018) verilerine benzerliği dikkati çekmekte ve bu benzerlik araştırma sonuçlarımızın Türkiye genelini yansıtabileceğini düşündürmektedir.

### **5.1.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Ülkemizde üreme kavramı içerisinde yer alan doğuma ve cinselliğe dair konular evlilikle bağdaştırıldığı için ilk evlenme yaşı üreme sağlığı açısından önemli bir yer tutmakta ve kadınların üreme sağlığı üzerinde önemli bir yere sahiptir. Adölesan yaşta yapılan evlilikler kadınların fazla sayıda gebelik geçirme ve doğum yapma riski ile karşılaşmalarına neden olur (122). Araştırmamıza katılan 18-49 yaş arasındaki kadınların jinekolojik özellikleri incelendiğinde; ilk evlilik yaşı ortalaması  $21.04 \pm 3.8$  olarak bulunmuştur. TNSA (2018) verilerine göre ilk evlenme yaşı 21,4, araştırmanın yapıldığı Doğu Anadolu Bölgesi'nde ise 20,7 olup çalışmamızla benzer niteliktedir (Tablo 4.3).

Çalışmamızda kadınların %24,6'sinin ilk evliliğini 18 yaş ve altında ve %57,1'ünün ilk evliliğini 19-24 yaş arasında yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.3). TNSA (2018)den elde edilen ilk evlenme yaşı bilgilerine göre 25-49 yaş arasındaki kadınların %39'u 20 yaş öncesi, %21'i 18 yaş öncesi ve %4'ü 15 yaş öncesi evlendikleri bulunmuştur (15). Gökalp (258) evli kadınların üreme sağlığı sorunlarını araştırdığı çalışmada kadınların %38.5'inin ilk evliliğini 18 yaş ve altında yaptığını saptamıştır. Sonuçların birbiri ile benzerlik göstermesi ülkemizde erken yaşta yapılan evliliklerin hala devam ettiğinin göstermektedir.

Araştırmamıza dâhil edilen kadınların %16,6'sının adölesan evlilik yaptığı saptanmıştır. TNSA (2018)den elde edilen adölesan evlilik oranı %15 olup çalışmamızla benzer niteliktedir.

Katılımcıların obstetrik özellikleri incelendiğinde ortalama gebelik sayısı  $2.02 \pm 1.45$  (min:0- max:6), çocuk sayısı  $1.3 \pm 1.17$  ve küretaj sayısı  $0.12 \pm 0.37$  olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Gökalp (258) çalışmasında kadınların ortalama gebelik sayısı  $2.30 \pm 1.29$ , kendiliğinden düşük sayısı  $0.24 \pm 0.42$  olduğu saptanmıştır. Demirci (98) çalışmasında kadınların ortalama gebelik sayısı  $1.98 \pm 1.42$  ve ortalama yaşayan çocuk sayısı  $1.69 \pm 0.64$  olarak bulunmuştur. Erbil ve Göktaşlar (3) çalışmasında kadınların ortalama gebelik sayısı

2.41 ±1.46, ortalama küretaj sayısı 1.34 ± 0.66, ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.03 ± 1.09 olarak saptanmıştır. Benzer başka bir çalışmada ortalama küretaj sayısı 0,11 ± 0,43, ortalama gebelik sayısı 2,88 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 2,23 ± 1,46 olarak belirlenmiştir (79).

Çalışmamızdaki kadınların geçirdikleri ortalama gebelik sayısı araştırmaya dâhil edilenlerin sayıları baz alındığında diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Çocuk sayısı ortalamasının düşük olmasının araştırmaya dâhil edilen kadınların ağırlıkta 18-24 yaş arası olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcılarımızın %30.9'unun üç ve üzeri gebelik yaşadığını ifade etmiştir. Temürlenk (134) çalışmasında bu oran %26.3 iken Çayan (223) çalışmasında %38.9 olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların isteyerek düşük yapma oranı %8,6, kendiliğinden düşük oranı %16,6 ve küretaj olma oranı %8,72 olarak bulunmuştur. TNSA (2018) verilerine göre isteyerek düşük oranı %6 ve kendiliğinden düşük oranı %13'tür. Bu sonuçlar çalışmamızla benzer niteliktedir (Tablo 4.3).

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre isteyerek yapılan düşük oranlarının yüksek olması çalışmanın yapıldığı bölgedeki kadınların aile planlaması konusunda yeterli bilgiye sahip olmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu oranı düşürmek için kadınların modern aile planlaması yöntemleri konusunda bilinçlenmelerini sağlamak birinci basamak sağlık çalışanlarına önemli görevlerin düştüğü düşünülmektedir

#### **5.1.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Aile Planlaması Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırmamızda ön testten alınan aile planlaması ile ilgili dağılımına göre kadınların %54,3'ünün herhangi bir AP yöntemi kullanmadıkları, %45,7'sinin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandıkları tespit edilmiştir. Kullanılan yöntemlerin oranı ise, %2.9 RİA, %2,9'unun aylık/üç aylık iğneler, %1.7 oral konrtaseptif, %0.6'sının tüpligasyon, %21,7 ile kondom ve %18,3 oranında ise geri çekme olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

Çubukçu (262) çalışmasında katılımcılardan aile planlaması yöntemi kullananların oranı %47,58, herhangi bir yöntem kullanmayanların oranı %52,42 olduğu bulunmuştur. Yöntem kullanan kadınların %68,36'sı modern, %31,64'ü geleneksel; Kullanılan Modern yöntemlerden %11,18'i tüpligasyon, %10,78'i kondom, %7,49'u RIA, %2,17'si hap, %0,98'si enjeksiyon ve geleneksel yöntemlerden ise en çok geri çekme yönteminin

(%14,77) kullanıldığı tespit edilmiştir. TNSA (2018) verilerine göre kadınların %69,8 'inin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandıkları bulunmuştur. Bunlar içinde kullanılan yöntemlerin oranı %20,4 geri çekme, %19,1 oranında da kondom olduğu belirlenmiş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Temürlenk (134) Edirne merkez ilçede yaptığı çalışmada kadınların %61.8'inin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı; yöntemlerden %14'ünün kondom, %18.9'u geri çekme olduğu saptanmıştır. Sonuçların farklı çıkması çalışmanın farklı yaş grupları ve bölgelerde yapılmasından kaynaklı olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda kadınların aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgiyi %78,3 ile eş dosttan, %21,7 oranında sağlık personelinden elde ettikleri belirlenmiştir. Topatan (4) çalışmasında katılımcıların AP bilgi kaynaklarının %62.5'inin eş dost, %37.5'inin sağlık personeli olduğunu bulmuştur.

## **5.2. Araştırmaya Katılan Kadınların İzlem Formuna İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde eğitim grubundaki kadınlara 3 aylık süresince yapılmış 4 izlem, kontrol-1 ve kontrol-2 gruplarında ilk görüşme ve son görüşmeye ilişkin bulgular tartışılacaktır.

### **5.2.1. Eğitim Grubundaki Kadınların 3 Aylık Dönem Formu'na İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan kadınların KKMM-papsmear ön test-son test bulguları ve eğitim grubuna üreme sağlığı eğitimi verildikten sonraki 3 aylık süresince yapılan 4 izlem sonrası değerlendirme formu uygulanması ile elde edilen bulgular tartışılmıştır.

SİM sağlık inançlarının açıklanmasında kullanılan davranış modellerinden biridir. Sağlığı geliştirici davranışların çözümlenmesinde açıklayıcı olabilmektedir. Davranış değişikliği nedenlerinin açıklanabilmesi ve sağlıklı kararların alınması için farklı yollarla mesajların verilebilmesi bu model yardımıyla sağlanabilir (210).

Kadınların adölesan dönemden başlayarak düzenli olarak ayda bir kez KKMM yapması meme kanseri başta olmak üzere meme ile ilgili birçok hastalığın erken tanısında yardımcı olur. Düzenli KKMM uygulamaya adölesan dönemde başlamanın en önemli faydası kişinin kendi memesinin normalde nasıl hissettiğini, normal durumunun ne olduğunu öğrenmesini ve herhangi bir değişiklik meydana geldiğinde en kısa sürede belirlemesine yardımcı olmasıdır (251).

Bu çalışmada ön testten alınan meme sağlığı tarama davranışlarının değerlendirilmesinde eğitim, kontrol-1 ve kontrol-2 gruplarının KKMM'yi bilme ve önerilen sıklıkta yapanların oranının oldukça düşük olduğu üç grupta da meme sağlığı tarama davranışlarının benzer özellikte olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Elik (231) SİM doğrultusunda verilen eğitimin kadınların KKMM uygulamalarına etkisini araştırdığı çalışmada eğitim ve kontrol grubunda KKMM'yi önerilen sıklıkta yapanların oranının oldukça düşük ve meme sağlığı tarama davranışlarının benzer özellikte olduğu bulunmuştur.

Milaat (252) Suudi Arabistan'da ortaokulda eğitim göre kız öğrencilerinde, Abdel Hadi (253) sağlık çalışanlarında, Sadler ve ark. (254) Koreli kadınlarda KKMM uygulama oranlarının oldukça düşük olduğunu bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan kadınların ön test KKMM bilme düzeyleri %21,7, KKMM'yi yapma oranı ise %26,3'dür. Eğitim grubunda eğitim öncesi KKMM bilme durumu %22,9 iken, KKMM uygulayan %5,7'ye karşın, verilen 4 eğitim sonrası uygulama oranı ise %71,4'e yükselmiştir.

Eğitim grubunda verilen eğitimlerden sonra yapılan izlemlerle KKMM uygulama oranının arttığı, yapılan 4 izlemlerde KKMM uygulama oranları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Eğitim grubundaki bu artışın Sağlık İnanç Modeli ile verilen eğitim sayesinde elde edildiği düşünülmektedir (Tablo 4.6).

Erdal'ın (255) çalışan kadınlara SİM'e göre verilen eğitimin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisini araştırdığı çalışmada eğitim grubunda yer alan kadınların eğitim sonrası KKMM yapma oranı %66,0, kontrol grubunda düzenli aralıklarla KKMM yapan kadın oranı %4,0 oranında bulunmuştur.

Sağlık İnanç Modelini temel alındığı çalışmalarda eğitim sonrası eğitim grubunda yer alan kadınlarda anlamlı düzeyde KKMM oranında artış olduğu saptanmıştır (231, 209).

SİM'e göre verilen eğitimde; Katılımcılara jinekolojik hastalıkların tanımı, belirtileri, risk faktörleri, kanseri erken dönemde yakalamak ve tedavi etmek kanserle savaşta önemli bir yer tuttuğu anlatılarak, kansere yakalanma riski (enfeksiyon varlığı, ailede bir hastalık - kanser öyküsünün bulunması) kişinin bu hastalığı tehdit olarak algılaması ile bu konudaki duyarlılık algılarının artması,

Üreme organ ve meme kanserlerinin semptomlarıyla baş etme yöntemleri ve bu sorunların yaşam kalitesi üzerine etkisi, bu hastalıkların hassasiyeti, yaşamsal riskleri, bireyin iş yaşamına, aile bireylerine etkisi, çocuk bakımının aksaması, sosyal kayıplar, gebe kalmayı etkileme ve psikolojik etkileri, ölüme neden olabileceği, kanser teşhisi

durumunda hastalığın ekonomik, sosyolojik ve duygusal yükünün fazla olduğu anlatılarak ciddiye algısının artması,

Üreme organ ve meme kanserleri yakalanma riskinin azaltılması/önlenmesi, takip, tedavi yöntemleri, erken tanı ve erken müdahalenin önemi, test yaptırma kolaylığı, cerrahi yöntem ilaç ve hastalığın kontrol altına alınması gibi konularda bilgilenmeleri sağlanarak kadınların yarar algısının artması

Uygulamalar sırasında kadınlara; sosyal destek eksikliği (çocuk bakımında yalnız olma), randevu alamama, bilgi eksikliği (muayene ve smear testi ile ilgili bilgi eksikliği, hastalık etkenleri, jinekolojik muayene ve testlerle ilgili bilgi eksikliği), baş etme yöntemlerinin uygulamasında olası engeller olduğu anlatıldı. Engel algısında düşüş sağlanılarak eğitim grubunda KKMM yaptırma oranlarının artmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Kısaca eğitim programı sonrası eğitim grubunda yer alan kadınların kontrol-1 ve kontrol-2 gruplarında yer alan kadınlara göre duyarlılık ve ciddiye algısında artış, KKMM engel algısı ile mamografi engel algısında düşüş sağlanarak, eğitim grubunda KKMM yaptırma oranının artmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin erken tanı davranışlarını gerçekleştirmede ne tür engellerle karşılaştıkları belirlendikten sonra eğitim programlarının planlanması, verilecek eğitimlerin telefonla arama, mail gönderme gibi hatırlatıcılarla desteklenmesi büyük önem taşımaktadır (256-257).

Kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına katılımını ve bu davranışı sürdürmesini sağlayan eyleme geçiriciler bulunmaktadır. Bunlar internal (hastalığa özgü rahatsızlık belirtilerinin hissedilmesi) ve external (eğitim, hatırlatıcı mail ve mektuplar, telefonla arama ve mesaj yoluyla hatırlatma akran grup iletişimi, bilgilendirici makaleler, broşür ve posterler, kampanyalar, ev ziyaretleri, medya kitlesi, tanıdık birinin hastalanması) eyleme geçiricilerdir (210, 231).

Halk sağlığı hemşireleri SİM'in alt boyutlarından olan eyleme geçiriciler yoluyla kadınların erken tanı gibi olumlu sağlık davranışlarının arttırılmasında büyük rol oynamaktadırlar. Hemşireler bireylerde olumlu sağlık davranışlarını geliştirmede önemli kişilerdir. Bu nedenle eyleme geçiriciler ile ilgili bilgilenmeli ve uygulamada kullanmalıdırlar.

SİM'e göre, bireyden beklenen eylemi gerçekleştirmesi için kişinin motivasyonunu arttıracak olay veya stratejilere ihtiyaç duyulur. Meme kanseri erken tanı davranış oranlarını

artıran çeşitli stratejiler vardır. Bunlar arasında telefonla hatırlatması, mail ile hatırlatması, hatırlatıcı mektuplar, bilgi verici broşürler, ev ziyaretleri yer almaktadır (57).

Eğitim öncesi kadınların büyük çoğunluğu ihmal etme/unutma nedeni ile KKMM yaptırmadıklarını belirtmiştir. Çalışmamız kapsamında yapılan telefon hatırlatmalarının, mesaj gönderilerinin bu engeli ortadan kaldırmış olabileceği ve buna bağlı tarama davranış oranlarında artışa neden olabileceği düşünülmektedir.

Etkili aile planlaması yöntemi kullanımı her izlemde artış sağlamış ve 4. izlemde %80'e kadar çıkmıştır. Her izlemde artan kullanım oranları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre deney grubundaki kadınların verilen eğitimlerle AP yöntem ve kullanımları hakkında bilgilendirmelerinin sağlandığı söylenebilir.

### **5.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği'ne (ÜSBÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, üreme sağlığı davranışlarını geliştirmeyi destekleyen SİM'in alt boyutları olan duyarlılık, ciddiyet ve yarar algısı, sağlık motivasyonu, öz yeterlilik, öz etkililik algılarının pekişmesi sağlanarak; bu davranışların gelişmesinin önündeki engeller hakkında bilgi verilerek baş etme konusunda destek vermeyi hedefleyen eğitimin üreme sağlığı davranışları üzerine etkisi tartışılmıştır.

Sağlık inanç modeli alt boyutlarının) ilk görüşme, I., II., III. ve IV. eğitim sonrası; kontrol 1 grubu ve kontrol 2 grupları (üreme sağlığı eğitimi verilmeksizin) ilk ve son görüşmelerde ÜSBÖ'den elde edilen bulgular tartışılmıştır.

### **5.4. Kadınların ÜSBÖ'ye İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, kadınlara sağlığı inanç modeline göre verilen eğitimlerle (eğitim grubuna üreme sağlığı eğitimi verilerek, kontrol 1 ve kontrol 2 gruplarına ise üreme sağlığı eğitimi verilmeksizin) kadınların üreme sağlığını geliştiren sağlık davranışlarının SİM'in alt boyutlarından ne düzeyde etkilendiği tartışılmıştır.

Araştırmada ön test ÜSBÖ toplam puan ortalaması sırasıyla; eğitim grubu  $112,57 \pm 24,58$ , kontrol-1 grubu  $119,07 \pm 25,93$  ve kontrol-2 grubu  $120,15 \pm 18,63$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.7).

Araştırma sonuçlarımıza göre eğitim grubundaki kadınların, ön test ÜSBÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde; ÜSBÖ alt boyutlarından doktora gitme davranışı puan ortalaması  $23,02 \pm 8,74$ ; kanserden korunma puan ortalaması  $5,14 \pm 2,08$ ; genel sağlık davranışları puan ortalaması  $25,68 \pm 8,27$ ; genital yol enfeksiyonlarından

korunma puan ortalaması  $48,62 \pm 7,88$ ; istenmeyen gebeliklerden korunma puan ortalaması  $7,82 \pm 3,69$  olarak belirlenmiştir (Tablo 4.7). Kontrol-1 grubunun ise sırasıyla; doktora gitme davranışı puan ortalaması  $25,01 \pm 8,53$ ; kanserden korunma puan ortalaması  $5,01 \pm 2,25$ ; genel sağlık davranışları puan ortalaması  $28,27 \pm 7,60$ ; genital yol enfeksiyonlarından korunma puan ortalaması  $50,10 \pm 8,46$  ve istenmeyen gebeliklerden korunma puan ortalaması  $7,85 \pm 4,15$  olarak bulunmuş. Kontrol-2 grubunun da doktora gitme davranışı puan ortalaması  $25,05 \pm 7,15$ ; kanserden korunma puan ortalaması  $5,44 \pm 2,48$ ; genel sağlık davranışları puan ortalaması  $26,87 \pm 6,56$ ; genital yol enfeksiyonlarından korunma puan ortalaması  $51,48 \pm 6,68$  ve istenmeyen gebeliklerden korunma puan ortalaması  $9,08 \pm 3,66$  olarak saptanmıştır.

Ön test ÜSBÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları en yüksek olan grubun kontrol-2 olduğu gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ve kadınların üreme sağlığı bilgi düzeylerinin benzer olduğu saptanmıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.7). Ön test sonuçlarında gruplar arası anlamlı farklılık saptanmasa da Kontrol-2 grubunun puan ortalamalarının eğitim grubu ve kontrol-1 grubundan fazla olması gruptaki kadınların yaş ortalamalarının daha fazla kaynaklı deneyimlerinin sonuçlara yansıdığı düşünülmektedir.

Koştu ve Taşçı (80) çalışmalarında evli kadınların ÜSBÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasını  $122.1 \pm 19.6$ , Demirci (98) 'nin çalışan kadınlar ile yaptığı araştırmada, kadınların aldıkları ÜSBÖ toplam puan ortalamaları  $138 \pm 13.48$ , olarak saptamışlardır. Kara'nın (108) çalışmasında ÜSBÖ toplam puanı ortalaması  $144,22 \pm 18,99$  olarak, Kılıncı (76) çalışmasında ÜSBÖ puan ortalamalarını  $129.67 \pm 16.190$  olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ÜSBÖ toplam puanlarının diğer çalışma sonuçlarına göre düşük çıkması, çalışma grubumuzu oluşturan kadınların yaşadıkları bölgenin kırsal olmasından kaynaklı olduğu söyleyebilir.

Topatan (4) çalışmasında ÜSBÖ'nün alt boyutlarının puan ortalamalarını sırasıyla; doktora gitme davranışı  $25.37 \pm 3.49$ ; kanserden korunma  $4.62 \pm 1.13$ ; genel sağlık davranışları  $21.10 \pm 3.23$ ; genital yol enfeksiyonlarından korunma  $41.57 \pm 5.66$ ; istenmeyen gebeliklerden korunma  $8.62 \pm 2.91$  olarak belirlemiştir. Koştu ve Taşçı (80) 15-49 yaş evli kadınlar ile yaptıkları çalışmada ÜSBÖ alt boyut ortalamalarını; doktora gitme davranışı  $28.25 \pm 6.54$ ; kanserden korunma  $7.17 \pm 3.61$ , genel sağlık davranışları  $28.70 \pm 6.42$ , genital yol enfeksiyonlarından korunma  $47.47 \pm 7.30$ , istenmeyen gebeliklerden korunma  $10.55 \pm 2.07$  olarak tespit etmişlerdir.

Gökalp'ın (258) çalışmasında kadınların ÜSBÖ alt boyut ortalamalarını; doktora gitme davranışı  $27.67 \pm 6.57$ ; kanserden korunma  $8.20 \pm 3.80$ , genel sağlık davranışları

28.54±7.39; genital yol enfeksiyonlarından korunma 55.08±7.70; İstenmeyen gebeliklerden korunma 9.92±3.18 ve ÜSBÖ toplam puanını 129.43±20.20 olarak saptamıştır.

Araştırmamızda eğitim grubunun ön test ve son test ÜSBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.8). Aynı şekilde verilen 4 eğitimin her birinde toplam puanların anlamlı derecede arttığı görülmektedir (Tablo 4.9). Bu sonuçlara bakılarak sağlık inanç modeline göre verilen üreme sağlığı eğitiminin üreme sağlığı davranışlarının geliştirilmesine katkı sağladığı görülmektedir.

Bu çalışmada eğitim grubunun her iki kontrol grubuna göre son test ÜSBÖ alt boyutları puan ortalamaları daha fazla bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.10). Birçok çalışmada adölesan gruptaki kadınların daha fazla üreme sağlığı eğitimlerine ihtiyaçlarının olduğu belirtilse de sonuçlar adölesan grup dışında kalan gruptaki kadınların da üreme sağlığı konularında eğitim ihtiyaçlarının fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda kontrol 1 grubunun ön test ve son test puanlarında artış olmaması bu yaş grubunun üreme sağlığı ile ilgili bilgilenmeye ihtiyaçlarının olduğunu göstermektedir.

Araştırmamıza katılan eğitim grubunun ÜSBÖ puan ortalamaları eğitim öncesi 112,57±24,58; I. eğitim 122,48±16,2; II. eğitim sonrası 122.48±16,24; III. eğitim 133,17±16,18 ve IV. eğitim sonrası 154.65±8,91 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). ÜSBÖ toplam puanlarının artışı Grafik 4.1’de görülmektedir.

Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt boyut puan ortalaması eğitim öncesi 23,02±8,74; II. eğitim sonrası 32,03±5,01 ve IV. eğitim sonrası 36,77±2,22; kanserden korunma puan ortalaması eğitim öncesi 5,14±2,08; II. eğitim sonrası 5.42±1,31 ve IV. eğitimde 6,88±2,02 puan; üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları puan ortalaması eğitim öncesi 25,68±8.27, II. eğitim sonrası 30,94±8,95 ve IV. eğitimde 37,25±5,08 puan, genital yol enfeksiyonlarından korunma puan ortalaması eğitim öncesi 48,62±7,88, II. eğitim sonrası 53,91±6,60 ve IV. eğitimde 57,85±4.19 puan, istenmeyen gebeliklerden korunma puan ortalaması eğitim öncesi 7,81±3,69, II. eğitim sonrası 7,54±2,01 ve IV. eğitim sonrası 10.37±1,81 puan olarak saptanmıştır (Tablo 4.9).

SİM’e göre verilen eğitim ile üreme sağlığını etkileyen faktörler anlatılarak, aileden hiçbiri üreme sağlığı sorunlarıyla karşılaşmamış olsa da kişinin karşılaşabileceği, bedenen

ne kadar sağlıklı hissetse de kişinin üreme sağlığını konularında sağlık hizmeti alması gerektiği anlatıldı. Kişi bedeniyle ilgili bir problem olduğunu hissetmese dahi belirli priyotlarda sağlık hizmeti alması, gebelik öncesi, sırası ve sonrası döneminde hiçbir problem olmadığından da doğum sonrası hizmetlerden yararlanması gerektiği anlatılarak sağlık inanç modelinin alt boyutlarından duyarlılık algısında artış sağlandığı düşünülmektedir.

Verilen eğitimde; ciddiyet algısını artması için de ÜS ile ilgili sorunlar teşhis edilmezse, uzun zaman sürecek problemlerle karşılaşmaya neden olacağı, ÜS ile ilgili problemlerin ölümle sonuçlanabileceği, eş ile sosyal ilişkinin bozulmasına neden olabileceği, bireyin ruh halini ve ruh sağlığını bozabileceği hatırlatıldı.

Kazanılması gereken sağlık davranışlarının üreme sağlığı üzerine olumlu etkilerine inanmaları durumunda, bu sağlık davranışlarına başlamaları ve sürdürmelerine kolaylıkla karar verebilecekleri anlatıldı. Üreme sağlığı ile ilgili sorunlar yaşandığında sağlık kontrollerinin ihmal etmemek, düzenli sağlık kontrolleri yapmak kişinin psikolojik sorunlarını da azaltacağı, ayrıca; sağlık sorununun erken tespiti ve tedavisi ilerde maddi kayıpların iş gücü kaybı doku ve organ kayıplarının da önüne geçeceği anlatılarak yarar algısının artması ile sağlandığı düşünülmektedir.

Kadınlara ÜS kontroller hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, muayenelerden korkma, utanma düşüncesinin sağlık hizmeti almada engel oluşturduğu ve engel algısında düşüş sağlanılarak eğitim grubunun ÜSBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının artışında etkili olduğu düşünülmektedir. Eğitimler sayesinde ÜSBÖ ve alt boyut puan ortalamalarında artış sağlandığı düşünülmektedir.

Demirci (108)nin çalışan kadınlar ile yaptığı araştırmada kadınların ÜSBÖ toplam puan ortalamaları (ön test 138.12±13.48, son test 151.14±15.07), doktora gitme davranışı puan ortalaması (ön test 29.8±6.1, son test 31.8±5.1), kanserden korunma puan ortalaması (ön test 6.6±2.4, son test 8.1±3.0), genel sağlık davranışları puan ortalaması (ön test 30.2±4.7,son test 35.3±5.8) genital yol enfeksiyonlarından korunma puan ortalaması (ön test 60.8±5.8, son test64.1±3.3) istenmeyen gebeliklerden korunma ortalaması (ön test 11.2±2.9, son test 11.7±2.6) olarak tespit edilmiştir. İstenmeyen gebelikler alt boyutunda elde edilen puan artışının diğer alt boyutlarına göre daha az olduğu çalışmamamız sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Topatan (4) çalışmasında eğitim grubundaki adölesanların ÜSBÖ toplam puan ortalamaları eğitim öncesi 103.10±11.43, eğitim sonrası 6.ayda 122.74±10.89 ve eğitim sonrası 12.ayda 119.98±11.79 puan olarak saptanmıştır. Doktora gitme davranışı alt boyutu

puan ortalaması eğitim öncesi 25.43±3.36; eğitim sonrası 6. ay 30.20±3.41 ve 12. ay 28.34±3.68; kanserden korunma puan ortalaması eğitim öncesi 4.70±1.16; eğitim sonrası 6.ay 6.07±1.52 ve 12.ay 6.45±1.73; genel sağlık davranışları puan ortalaması eğitim öncesi 21.58±3.07, eğitim sonrası 6.ay 27.70±4.81 ve 12. ay 26.32±4.35, genital yol enfeksiyonlarından korunma puan ortalaması eğitim öncesi 42.32±6.35, eğitim sonrası 6.ay 48.18±4.29 ve 12.ay 48.05±4.20 puan, istenmeyen gebeliklerden korunma puan ortalaması eğitim öncesi 9.05±2.58, eğitim sonrası 6.ay 10.58±3.16 ve 12.ay 10.80±2.74 puan olarak saptanmıştır. Eğitim sonrası puanının eğitim öncesinden yüksek olması açısından bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada eğitim grubunu oluşturan kadınların verilen eğitimler sonrası uygulanan ÜSBÖ toplam puan ortalamaları ile ilk görüşmede ÜSBÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

**“Sağlık İnanç Modeli’ne göre verilen eğitim kadınların üreme sağlığı tutumlarını olumlu yönde etkiler”** şeklinde ifade edilen H1 hipotezini doğrulamaktadır.

Çalışmada eğitim grubundaki kadınların verilen eğitimler sonrası ÜSBÖ alt boyutlarından olan üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı puanları kontrol-1 ve kontrol-2 gruplarına göre daha yüksek ve ara bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 4.10). Aynı alt boyut Kılınç (76), Topatan (4) ve Demirci (98)nin çalışmalarında eğitim grubunda eğitim sonrası kontrol grubuna göre fazla olduğu farkın önemli olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Bu çalışmada eğitim grubunda üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı boyutundaki yükselmenin nedeninin SİM’e göre verilen eğitimden kaynaklandığı düşünülmektedir. Verilen eğitimle muayenelerden korkma ve utanma düşüncesi, sağlık merkezlerine müracaat etmenin zaman alıcı olduğu algısı ve kontrol zamanını unutmak gibi engelleri aşmaları desteklenerek, sağlık hizmeti almanın üreme sağlığı davranışlarını geliştireceği ve sürdüreceği bilgisi verilerek doktora gitme davranışının olumlu yönde artmasının sağlandığı düşünülmektedir.

Eğitim grubundaki kadınlar verilen eğitimlerle üreme sorunlarıyla ilgili belirtileri, bu belirtilerin nedenlerini ve erken tanının önemini kavrayarak doktora gitmeyi daha çok önemsemiş olabilirler.

Bu araştırmada, kadınlara verilen eğitimler sonrası ÜSBÖ üreme organ ve meme kanserlerinden korunma boyutu puanında gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (p<0.05) (Tablo 4.10).

Topatan (4) adolesanlarda üreme sağlığı çalışmasında, ÜSBÖ üreme organ ve meme kanserlerinden korunma boyutu puanları eğitim sonrasında eğitim grubunda artış olduğu ve gruplar arasındaki puan farkının önemli olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Özbaş (1) alışmasında da üreme organ ve meme kanserlerinden korunma alt boyutunda eğitim öncesi ve sonrası değerler arasında anlamlı bir fark oluşmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar verilen eğitimin alt boyutu üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

Verilen eğitimlerle; üreme organ ve meme kanserleri yakalanma riskinin azaltılması/önlenmesi, takip, tedavi yöntemleri, erken tanı ve erken müdahalenin önemi anlatıldı. Test yaptırma kolaylığı, cerrahi yöntem, ilaç ve hastalığın kontrol altına alınması gibi konularda bilgi verilip kadınların yarar algılarının artırılarak üreme organ ve meme kanserlerinden korunma alt boyut puan ortalamasının yükselmesinin sağlandığı düşünölmektedir.

Bu araştırmada eğitim grubundaki kadınların verilen eğitimler sonrası ÜSBÖ alt boyutlarından genel sağlık davranışları boyutu puanları kontrol-1 ve kontrol-2 gruplarına göre fazla olduğu tespit edilmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.10). Özbaş (1) araştırmasında kadınların eğitim öncesi “Genel Sağlık Davranışı” alt boyut puan ortalamasının eğitim sonrası anlamlı düzeyde arttığını belirtilmiştir. Demirci (98) alışması eğitim grubunda, eğitim sonrası ÜSBÖ genel sağlık davranışı boyutu puanları eğitim öncesine göre yükselme olmuş ve aralarında anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır.

Topatan (4) alışmasında da genel sağlık davranışı boyutu puanlarının eğitim sonrası eğitim grubunda kontrol grubuna kıyasla arttığı ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Rabieipoor ve ark. (259) üniversiteli kız öğrencilerde yaptıkları cinsiyet ve üreme sağlığı çalışmaları, üreme sağlığı konusunda akran eğitimi yöntemi ile eğitim verdikleri grupta, eğitim vermedikleri gruba oranla üreme sağlığı konusunda bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

Araştırmamızdan elde edilen genel sağlık davranışı boyutu ile ilgili sonuçlar diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Kaadınlara verilen eğitimde; üreme sağlığını etkileyen doğrudan veya dolaylı durumlar tanımlandı. Sağlık problemlerini yaşamamak veya erken baş etmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (stresten kurtulma, diyete dikkat etme, egzersiz yapma, sigara ve alkolden uzak durma, güvenli olmayan cinsel ilişkiden uzak durma, istenmeyen gebeliklere karşı önlem almak), kilit

noktalarının ne olduğu anlatıldı. Bu sayede genel sağlık davranışı alt boyutu ile ilgili ciddiyet algısında artış sağlandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, verilen eğitimler sonrası genital yol enfeksiyonlarından korunma boyutu puanlarının gruplar arasında farklılaştığı saptanmıştır. Ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.10). Topatan (4) çalışmasında, eğitim grubunun genital yol enfeksiyonlarından korunma boyutu puanları eğitim sonrası kontrol grubuna göre fazla, ortaya çıkan puan farkının önemli ve eğitim grubu lehine olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kılınç (76) çalışmasında hemşirelik girişimleri sonrası genital yol enfeksiyonlarından korunma boyutu puanlarının eğitim grubunda kontrol grubuna oranla daha fazla ve bu puan farkının anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Kara (108) çalışmasında da eğitimden sonra ÜSBÖ genital yol enfeksiyonlarından korunma boyutu puanlarının arttığını belirlenmiştir.

Özbaş (1) araştırmasında genital yol enfeksiyonlarından korunma alt boyut puan ortalaması eğitim sonrası anlamlı biçimde yükseldiğini yine Demirci (98)'nin çalışan evli kadınlara yaptığı üreme sağlığı eğitiminde, kadınların genital yol enfeksiyonlarından korunma alt boyutunun eğitim öncesi puan ortalaması eğitimden sonra önemli düzeyde arttığı bildirilmiştir. Bu araştırmada genital yol enfeksiyonlarından korunma alt boyut puan ortalaması eğitim sonrası anlamlı biçimde yükselmiştir. Bu sonuç verdiğimiz eğitimin bu konuda olumlu tutum geliştirmede etkili olduğunu göstermektedir ve eğitim sonrası puanının eğitim öncesinden yüksek olması açısından Demirci'nin çalışması ile uyumludur.

Demirbağ ve ark. (260) araştırmalarında 18-49 yaş arasındaki kadınları telefonla bilgilendirerek eğitimden iki ay sonra genital hijyen davranışları açısından değerlendirdiklerinde olumlu yönde davranış değişikliği sağlamışlardır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Eğitim grubunun son test ÜSBÖ genital yol enfeksiyonlarından korunma boyutu puan ortalamasının kontrol grubuna göre artmış olmasında, üreme sağlığı konusunda SİM'e göre verdiğimiz eğitimin bu konuda olumlu tutum geliştirmeye etkili olduğunu göstermektedir.

Verilen eğitimde; genital yol enfeksiyonu ile ilgili bilgi eksikliği, çekingenliği, korkuları, konuyu gereksiz bulma, GYE için alabileceği önlemlerin neler olduğunu bilmeme, hastaneye gidilse dahi GYE'ye bağlı olumsuzlukların yine de yaşayacağı düşüncesi, verilecek tedavinin işe yaramayacağı endişesi, karşılaşılan veya duyulan olayların tedavi sürecine olan güveni sarsması, GYE'yi önlemeye yönelik uygulamaların hepsini yerine getirmeye gücünün yetmeyeceği ve bu işlemleri yapmak için yardım edecek kimsenin olmayacağı düşüncelerinin GYE ile baş etmede engel algısını arttırdığı

anlatılarak kadınların bu engelleri aşmaları desteklenmiştir. GYE'lerden korunma alt boyut puan ortalamasının artışının verilen eğitim kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada, eğitim grubundaki kadınların verilen IV. eğitim sonrası ÜSBÖ istenmeyen gebeliklerden korunma boyutu puanları kontrol gruplarına oranla daha fazla ve aradaki puan farkının önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Eğitim grubu istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutu puanları II. eğitimde kontrol-1 ve kontrol-2 grubu ön test sonuçlarından az olduğu bulunmuştur. Verilen III. eğitim ile gruplar arasında benzer sonuçlara ulaşıp IV. eğitimde kontrol-1 ve kontrol-2 gruplarının son test puan ortalamalarından daha fazla olduğu ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 4.10). Topatan (4) adölesan kadınlarla üreme sağlığı eğitimi etkiliğini araştırdığı çalışmada; verilen üreme sağlığı eğitiminden sonraki 6. ayda uygulanan ÜSBÖ istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutu puan ortalamalarında eğitim grubunda kontrol grubuna göre önemli bir fark bulunmazken eğitimden sonraki 12. ayda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Bu sonuçları aile planlaması konusunda verilen eğitim ve izlemlerin uzun vadede olumlu sağlık davranışı geliştirdiği şeklinde yorumlanmıştır.

Naçar ve ark. (261)'nin çalışmasında doğum sonu erken dönemde verilen eğitimin kadınların aile planlaması yöntemi kullanım oranını arttırdığı bulunmuşlardır. Demirci (2004) çalışmasında, kadınların istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutunun eğitimden önce ve sonra puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Özbaş (1) ve Kılınç (76) çalışmalarında da istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyut puan ortalaması eğitim öncesi ve sonrası arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar Topatan (4), Naçar ve ark. (261) sonuçlarıyla benzerlik göstermekte; Demirci (98), Özbaş (1) ve Kılınç (76) sonuçları ile farklılık göstermektedir. Kadınların doğurganlık davranışı; erkeklerin çocuk sayısı, cinsiyet kararı, doğum aralığı, aile planlaması yöntemleri ile ilgili konularda bilgi ve tutumlarından etkilendiği literatürde belirtilmektedir. Bu bilgiler ışığında; kadınlarda istenmeyen gebeliklerden korunma konusunda tutum değişikliği oluşturmak için daha uzun bir süre izlem yapılması ve eşlerinin de eğitime katılması gerekmektedir.

İstenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutundaki puan artışının; verilen eğitimde; kadınlara istenmeyen gebeliklerin duygusal (kendini hazır hissetmeme, önceki bebek yaşının küçük olması), sosyal (işe, okula ara verme, eş ve aile desteğinin olmaması) ve finansal sonuçları (maddi yetersizlik) anlatılarak ciddiyet algısında artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ayrıca; eğitimlerde bireyin eğitim düzeyinin düşük olması, eşin çalışmıyor (finansal sorunlar) ve eğitim düzeyinin düşük olması, kırsal bölgede yaşama, eşin yöntem kullanma reddi ve çocuk istemesi, kontraseptiflerin kansere neden olacağı bilgisi, yöntem kullanmanın infertiliteye neden olacağı korkusu AP hizmetlerini almadaki başlıca engeller olduğu anlatıldı. Yöntem kullanıldığı halde gebe kalabilme korkusu, kilo alma riski, ekonomik durumun kötü olması, sosyal güvencenin olmaması, geniş ailede yaşama, ev içindeki bireylerin müdahalesi (kaynana), sağlık hizmeti sunumunda sorunlar, sağlık personeli ve hizmeti alan arasındaki iletişim eksikliği de AP hizmetlerini almanın önündeki engeller olduğu izah edildi. Bu engellerin önüne geçmelerinin araştırmacı tarafından desteklenmesinin de etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda eğitim grubundan eğitim durumları yüksek olan kadınların ÜSBÖ II. ve IV. uygulama toplam puan ortalamalarının da daha yüksek ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Elde edilen bulgular; eğitim durumu arttıkça üreme sağlığını koruyucu davranışlarının da pozitif yönde arttığı, bu bireylerin daha fazla sağlık arayışı davranışları gösterdiği ve sağlığın devamı için gerekli uygulamalara daha çok dikkat ettiklerini göstermektedir. Ayrıca; eğitim düzeyi okuryazar olan kadınların IV. eğitimden aldığı puan ortalamalarının Lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan kadınların puan ortalamalarına yaklaştığı bulunmuştur. Bu da SİM'e göre verilen üreme sağlığı eğitiminin eğitim düzeyi fark etmeksizin eğitim grubundaki bütün kadınlarda ÜSBÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarında ciddi oranda artış sağladığı sonucuna bizi ulaştırmaktadır (Tablo 4.11).

Literatürde ulaşılan birçok çalışma da bu bulgumuzu desteklemektedir. Kayacı ve ark. (262) kırsal bölgede yaşayan kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunları ve etkileyici faktörlerini araştırdıkları çalışmada da yaş ve eğitim seviyesi ile ÜSBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Koştu ve Taşçı (80) 15-49 yaş arasındaki evli kadınlarda üreme sağlığı ile ilgili yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi yüksek olan kadınların (lise/üniversite) üreme sağlığını korumaya yönelik tutum ve davranış puanları diğer gruplardan daha fazla ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Başka bir çalışmada eğitim seviyesi yüksek olan kadınların üreme sağlığını geliştirmeye yönelik sağlık davranışlarının daha iyi olduğu bulunmuştur.

Kara (108) araştırmasında üniversite mezunu evli kadınların üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin daha düşük eğitim düzeyindeki kadınlardan yüksek olduğu; Er ve ark. (282) araştırmalarında da lisansüstü eğitim gören kadınların üreme sağlığı ile ilgili tutum düzeyi puanlarının yüksek olduğu, Kayacı ve ark. (262) araştırmasında ise kırsal alanda

eğitim düzeyi düşük olan kadınların üreme sağlığı ile ilgili tutum puanlarının düşük olduğu belirlenmiş. Bu sonuçlar bulgularımızı desteklemektedir.

Eğitim grubundaki kadınların, demografik özelliklerinden yaş, eğitim durumu, aile tipi, akraba evliliği ve sosyal güvencenin SB IV. uygulama toplam puanı üzerindeki etkilerini çoklu regresyon analizi ile değerlendirdiğimizde; eğitim durumu değerkenlerinde anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.12). Bu analiz sonucu eğitim değerkeninin üreme sağlığı koruyucu davranışları üzerinde en önemli etken olduğunu göstermektedir.

### **5.5. Araştırmaya Katılan Kadınların AP leğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, kadınlara sağlığı inanç modeline göre verilen eğitimin (eğitim grubuna üreme sağlığı eğitimi verilerek, kontrol-1 ve kontrol-2 gruplarına ise üreme sağlığı eğitimi verilmeksizin) aile planlaması leğine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgulardan ulaşılan sonuçlara, ulaşılan sonuçların alan yazındaki diğer çalışmalarla ilişkilendirmesine yer verilmiştir.

#### **5.5.1. Araştırmaya Katılan Kadınların AP leğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Tutum, 19. yüzyılda incelenmesine başlanan Latince bir kavram olup. “Eylem için elverişli ve hazır” anlamına gelmektedir. Geçmişten bugüne kadar tutum kavramı birçok kişi tarafından tanımlanmıştır. Doob (263) tutumu bireyin içinde yaşadığı toplumda önemli olduğu düşünülen örtülü ve güdüleyici bir tepki olarak tanımlamıştır. Allport (264) ise tutumu yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumu şeklinde tanımlamıştır.

Günümüzde tutum kavramını çalışan araştırmacılar tutumun, doğrudan gözlenebilir olmasa da davranışı önceleyen, eyleme ilişkin seçim ve kararlarımıza yön veren bir yapı olduğunu söylemektedirler (265).

Bireylerin aile planlamasına ilişkin tutumları hakkında bilgi edinmek için davranışları incelenmelidir. Fakat birey tutumunu her zaman davranışına dnştrmeyip gizleyebilir (266).

Bireylerin tutumlarını yansıtıkları bir uygulama alanı olan AP ile ilgili davranış değerikliğinin oluşması için kadın ve erkeklerde birinci aşamada doğurganlık ve yöntemlerle ilgili doğru ve tam bilgiye ulaşmak önemlidir (267-268). Ayrıca lkemizde

bireyin aile planlamasına ilişkin tutumları yapılacak aile planlaması çalışmalarının başarısının artırılmasında önem taşımaktadır (266, 269-290).

Araştırmada ön test AP toplam puan ortalaması sırasıyla; eğitim grubu 102.00±22,47, kontrol-1 grubu 101.75±23,56 ve kontrol-2 grubu 106,75±24,80 olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuçlardan gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ve kadınların AP tutumlarının benzer özellik gösterdiği bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.13).

Ön test sonuçlarında gruplar arası anlamlı farklılık saptanmasa da kontrol-2 grubunun APTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının eğitim ve kontrol-1 grubundan yüksek çıkması gruptaki kadınların yaş ortalamalarının fazla olması ve buna bağlı deneyimlerinin sonuçları etkilediği düşünülmektedir.

Topatan (4) postpartum dönemde adölesanlarda yaptığı çalışmada eğitim (100.03±14.58) ve kontrol (100.39±8.78) grubundaki adölesanların AP Tutum Ölçeğinden ilk görüşmede elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit etmemiştir. Bu sonuçlar sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Çayan'ın (223) çalışmasında kadınların APTÖ toplam puan ortalamaları 130,28±13,81 olarak saptanmıştır. Eryılmaz (184) çalışmasında kadınların APTÖ toplam puan ortalamaları 117,632±11,12 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ön test AP Tutum Ölçeği alt puan ortalamalarının bu çalışma sonuçlarına göre düşük çıkması katılımcıların yaşadıkları yerin kırsal bölge olması ve düşük sosyoekonomik bir yer olmasından kaynaklı olabilir.

Araştırma sonuçlarımıza göre eğitim grubundaki kadınların, ön test AP alt boyutlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde; Toplumun AP'ye ilişkin tutumu 45,91±13,03; AP yöntemlerine ilişkin tutum 31,8 ±4,96; doğuma ilişkin tutum 24,28±8,23 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.13). Kontrol-1 grubunun sırasıyla; Toplumun AP'ye ilişkin tutum 46,57±13,34; AP yöntemlerine ilişkin tutum 32,01±5,68; doğuma ilişkin tutum 23,17 ±7,65 olarak bulunmuştur. Kontrol-2 grubunu da sırasıyla Toplumun AP'ye ilişkin tutumu 49,54±14,76; AP yöntemlerine ilişkin tutum 32,15±5,96; doğuma ilişkin tutum 25,05±9,09 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16). Ön test APTÖ alt boyut puan ortalamalarında eğitim, kontrol -1 ve kontrol-2 grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tezel ve ark. (12) çalışmasında AP tutum ölçeği alt boyutlarına ait puan ortalamaları sırasıyla Toplumun AP'ye ilişkin tutum puan ortalaması 59,13±12,25, AP yöntemlerine ilişkin tutum puan ortalaması 41,41±9,46 ve doğuma ilişkin tutum puan ortalaması 30,18±7,24 olarak bulunmuştur. Benzer başka bir çalışmada Toplumun AP'ye ilişkin tutum puan ortalaması 54.80±8.15; AP yöntemlerine ilişkin tutum puan

ortalaması  $36.81 \pm 5.2$  ve doğuma ilişkin tutum alt boyut puan ortalamasını  $28.50 \pm 4.2$  olarak saptanmıştır. Apay ve ark. (26) 18-35 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada ise sırasıyla;  $51.88 \pm 0.52$ ;  $36.72 \pm 0.29$  ve  $28.73 \pm 0.26$  olarak bulunmuştur. Bu çalışmada AP alt boyut puan ortalamalarının diğer çalışma sonuçlarına göre düşük çıkması, çalışma grubumuzu oluşturan kadınların yaşadıkları bölgenin kırsal olması, hizmete ulaşım yetersizliği ve eğitim düzeyi kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda eğitim grubunun ön test ve son test APTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.15). Aynı şekilde verilen 4 eğitimin her birinde toplam puanların anlamlı derecede arttığı görülmektedir (Tablo 4.16). Bu sonuçlara bakılarak sağlık inanç modeline göre verilen üreme sağlığı eğitiminin üreme sağlığı davranışlarının geliştirilmesine katkı sağladığı görülmektedir.

Bu çalışmada eğitim ve her iki kontrol grubunun son görüşme AP toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim grubunun puan ortalamalarının daha fazla, gruplar arasındaki puan farkının anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.14). Birçok çalışmada adolesan gruptaki kadınların daha fazla aile planlaması içerikli konularda eğitimlere ihtiyaçlarının olduğu belirtilse de sonuçlar adolesan grup dışında kalan gruptaki kadınların da aile planlaması içerikli konularda eğitim ihtiyaçlarının fazla olduğunu göstermektedir.

Verilen eğitimle katılımcıların; istenmeyen gebeliklerin duygusal (kendini hazır hissetmeme, önceki bebek yaşının küçük olması), sosyal (işe, okula ara verme, eş ve aile desteğinin olmaması) ve finansal sonuçları (maddi yetersizlik) anlatılarak, AP yöntemlerinin kullanılmaması durumunda gebe kalınabileceği, planlanmamış bir gebeliğin doğuracağı riskli sonuçlar konusunda bilgilendirilerek ciddiye algılarının artması sağlanmış. Ayrıca; bireyin eğitim düzeyinin düşük olması, eşin çalışmıyor (finansal sorunlar) ve eğitim düzeyinin düşük olması, kırsal bölgede yaşama, eşin yöntem kullanma reddi ve çocuk istemesi, kontraseptiflerin kansere neden olacağı bilgisi, yöntem kullanmanın infertiliteye neden olacağı korkusu, gibi durumlar AP kullanmamının önündeki başlıca engellerdir. Kadınlar bu engellerin önüne geçmelerinde desteklenerek APTÖ ve alt boyut puan ortalamalarında artış sağlandığı düşünülmektedir.

Kontrol-1 grubunun puanlarının düşük çıkması 18-24 yaş grubu kadınlara daha fazla eğitimlerin verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmamıza katılan eğitim grubundaki kadınların AP toplam puan ortalamaları eğitim öncesi  $102,00 \pm 22,47$  II. eğitim sonrası  $117,91 \pm 14,56$  ve IV. eğitim sonrası

131,17±11,93 puan olarak bulunmuştur (Tablo 4.16). AP alt boyutlarından toplumun aile planlamasına ilişkin tutumu puan ortalaması eğitim öncesi 45,91±13,03; II. eğitim sonrası 52,62±10,79 ve IV. eğitim sonrası 57,74±7,37 puan olarak bulunmuştur. Yöntemlere ilişkin tutum puan ortalaması eğitim öncesi 31,8±4,96; II. eğitim sonrası 36,65±6,32 ve IV. eğitimde 41,48±6,14 puan olarak tespit edilmiştir. Doğuma ilişkin tutum puan ortalaması ise eğitim öncesi 24,28±8,23, II. eğitim sonrası 28,62±6,76 ve IV. eğitimde 32,02±4,30 puan olarak saptanmıştır.

Elde edilen puan artışlarının SİM'e göre verilen eğitimlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Eğitimde kadınlara; AP'nin tanımı, önemi, Aile planlanması ile kadınların üreme çağında istenmeyen gebeliklerin önüne geçtiğinin önemi, istenmeyen gebeliklerinin önüne geçmek için uzun süre etkili ap yöntemlerinin kullanımı gerekliliği, ap yöntemleri kullanan kadınların yöntemle ilişkin olumsuz hikayelerinin bireysel olduğu her yöntemin her kadında aynı sonucu göstermeyeceği, aile planlama yöntemlerini bırakma kararı alındığı anda üreme yeteneğinin devam ettiği bilgisi verilerek duyarlılık algılarının artırılması sağlanarak; plansız bir gebeliğin beraberinde kişinin kendisi, ailesi ve doğacak bebek için sağlık sorunları getirebileceği konusunda bireyler bilgilendirilerek APTÖ ve alt boyut puan ortalamalarında artış sağlandığı düşünülmektedir.

Topatan (4) çalışmasında eğitim grubunun AP tutumuna yönelik alt boyut puan ortalaması eğitimden önce 43.52±6.73, sonra 48.18±6.69 olarak saptanmıştır.

Yöntem kullanımına ilişkin tutum alt boyut puan ortalaması eğitimden önce 32.20±5.70, sonra 42.60±5.86; doğuma ilişkin tutum alt boyut puan ortalaması ise eğitimden önce 24.30±3.99, sonra ise 29.27±3.81 olarak bulunmuştur. AP tutum ölçeğinin toplam puan ortalaması ise eğitim öncesi 100.03±14.58, eğitim sonrası 120.05±13.14 olarak bulunmuştur.

Akar (117) Kars/Digor ilçesinde aile planlaması hakkındaki tutularına eğitimin etkisini araştırdığı çalışmada AP tutumuna yönelik alt boyut puan ortalaması eğitim öncesi 47,40±11,98, eğitim sonrası 47,88±9,40 olarak tespit edilmiştir. Yöntem kullanımına ilişkin tutum alt boyut puan ortalaması eğitim öncesi 40,57±8,80, eğitim sonrası 48,75±5.71, doğuma ilişkin tutum alt boyut puan ortalaması eğitim öncesi 27,30±6,93, eğitim sonrası ise 31,08±5,38 olarak saptanmıştır. AP tutum ölçeğinin toplam puan ortalaması ise eğitim öncesi 115,27±24,46, eğitim sonrası 127,72±17,07 olarak bulunmuştur.

Çiftçioğlu (248) çalışmasında kadın katılımcıların eğitim öncesi APTÖ puan ortalaması 96.48±17.13 iken, eğitimden sonra 109.96±17.03; Toplumun AP tutumuna

yönelik alt boyut puan ortalaması eğitimden önce  $36.64 \pm 8.86$ , eğitimden sonra  $46.65 \pm 9.07$  olarak saptanmıştır. Yöntem kullanımına ilişkin alt boyut puan ortalaması eğitimden önce  $35.16 \pm 6.36$ , eğitimden sonra  $41.35 \pm 5.15$ , doğuma ilişkin tutum alt boyutu ise eğitimden önce  $24.64 \pm 5.07$ , eğitimden sonra  $30.64 \pm 3.94$  olarak tespit edilmiştir.

Çalışma grubumuzdaki kadınların eğitim sonrası AP Tutum Ölçeği puan artışının Çiftçioğlu (248) çalışmasına göre daha fazla olması, “Sağlık İnanç Modeli’ne” göre verilen eğitimin üreme sağlığı bilinci oluşturmaya yönelik olması, ayrıca; grubun yaş ortalamasının daha küçük ve eğitime açık bir grup olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir ( $p < 0.05$ ).

Bu bulguya dayanarak **“Sağlık İnanç Modeli’ne göre verilen eğitim kadınların Aile Planlaması tutumlarını olumlu yönde etkiler”** şeklinde ifade edilen H2 hipotezini doğrulamaktadır.

Araştırmamızda eğitim grubundan eğitim durumları yüksek olan kadınların APTÖ II. ve IV. eğitim toplam puan ortalamalarının da daha yüksek ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Elde edilen bulgular; eğitim durumu arttıkça aile planlamasına yönelik davranışların da pozitif yönde arttığı, bu bireylerin daha fazla sağlık arayışı davranışları gösterdiği ve sağlığın devamı için gerekli uygulamalara daha çok dikkat ettiklerini göstermektedir. Ayrıca; eğitim düzeyi okuryazar olan kadınların IV. eğitimden aldığı puan ortalamalarının Lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan kadınların puan ortalamalarına yaklaştığı bulunmuştur. Bu da SİM’e göre verilen üreme sağlığı eğitiminin eğitim düzeyi fark etmeksizin eğitim grubundaki bütün kadınlarda APTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarında ciddi oranda artış sağladığı sonucuna bizi ulaştırmaktadır (Tablo 4.17).

Uddin ve ark. (66) çalışmasında eğitimin kişilerin aile planlaması tutumunu değiştirmede çok önemli bir faktör olduğunu bulunmuştur. Apay ve ark. (26) ve Çayan ve Karaçan (190)ın çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça APTÖ puan ortalamasının arttığını saptamışlardır. Bu çalışmada da eğitim seviyesi yüksek kadınların aile planlaması konusunda verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden daha çok yararlandığı düşünülmektedir.

Eğitim grubundaki kadınların, demografik özelliklerinden yaş, eğitim durumu, aile tipi, akraba evliliği ve sosyal güvencenin APTÖ IV. uygulama toplam puanı üzerindeki etkilerini çoklu regresyon analizi ile değerlendirdiğimizde; eğitim durumu değişkenlerinde anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.18). Bu analiz sonucu eğitim

değişkeninin Aile planlaması ile ilgili davranışlar üzerinde en önemli etken olduğunu göstermektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada SİM'e göre verilen eğitimlerin ÜSBÖ ve AP tutumlarına karşın çalışmaya dâhil edilen 175 kadından elde edilen şu sonuçlara ulaşılmıştır.

### 6.1. SONUÇLAR

Sağlık inanç modeline göre verilen eğitiminin 18-24 yaş arası evli kadınların üreme sağlığı tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonucunda;

- Araştırmamıza katılan kadınların yaş ortalamaları  $25.9 \pm 5.5$  olup çoğunluğu 18-24 yaş grubunda, evlilik yaşı ortalamaları ise  $21.4 \pm 3.8$  olarak belirlenmiştir. Kadınların %28'inin lise mezunu olduğu, %93,7'sinin çalışmadığı, %20'sinin akraba evliliği yaptığı ve %73.1'inin geniş aileye sahip olduğu, %77.7'sinin gelirinin giderden az olduğu saptanmıştır. Araştırmamıza katılan eğitim, kontrol1 ve kontrol2 grubundaki kadınlar arasında sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).
- Kadınların %45.7'sinin AP yöntemi kullandığı en çok tercih ettikleri yöntemin geri çekme (%21.7) olduğu belirlenmiştir.
- Eğitim grubunun 3 ayda 4 izlem sonunda KKMM yapma oranları her iki kontrol grubuna göre belirgin bir şekilde artmıştır gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuş ve elde edilen sonuçların eğitim grubu lehine olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).
- Eğitim ve her iki kontrol grubunda ki kadınlardan son izlemde pap smear testi yaptırma oranlarında önemli bir artış saptanmamıştır.
- Araştırmamızda üreme sağlığını değerlendirmek için uygulanan ÜSBÖ Eğitim, kontrol1 ve kontrol2 gruplarında ilk görüşmede elde edilen ÜSBÖ toplam ve 5 alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve kadınların eğitim öncesi üreme sağlığı bilgi düzeylerinin benzer olduğu görülmüştür ( $p > 0.05$ ).
- Araştırmamıza katılan eğitim ile kontrol grupları arasında eğitimlerden sonra elde edilen ÜSBÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı farklılık bulunduğu, ortaya çıkan sonuçların eğitim grubu lehine olduğu saptanmıştır ( $p < 0.001$ ).

- Eğitim grubundaki kadınların I., II. ve III. ve IV. eğitimlerden aldığı ÜSBÖ toplam puan ortalamalarında bir artış olduğu belirlenmiş, verilen dört eğitim arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ).
- Kontrol 1 grubunda ön test ve son test ÜSBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Kontrol 2 grubunda ise sadece istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutunda istatistiksel anlamda fark belirlenmiş olup ( $p<0.05$ ), onun dışında kalan dört alt boyutta anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).
- Eğitim grubundaki kadınların eğitim durumları ile ÜSBÖ I., II., III. ve IV. eğitim toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu, eğitim durumu yükseldikçe ÜSBÖ puan ortalamalarının da yükseldiği belirlenmiştir ( $p<0.001$ ).
- Eğitim grubunda demografik özelliklerinden yaş, eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, aile yapısı, gelir durumu, sosyal güvence ve çocuk sayısı ÜSBÖ toplam puanı üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).
- Araştırmamızda ön test ÜSBÖ toplam puanı ile etkili aile planlaması yöntem kullanma durumu karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
- Araştırmada gebelik sayısı arttıkça APTÖ toplam ve üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme alt boyut puan ortalamalarının düştüğü ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).
- Eğitim, kontrol1 ve kontrol2 gruplarının ilk görüşmede elde edilen AP Tutum Ölçeği toplam ve 3 alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, üç grupta eğitim öncesi AP tutumu açısından benzer özellik gösterdiği saptanmıştır ( $p>0.05$ ).
- Eğitim grubuna IV. eğitim sonrası uygulanan AP Tutum ölçeği toplam ve 3 alt boyut puan ortalaması, her iki kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).
- Araştırmamızda eğitim grubundaki kadınların ilk görüşme ile IV. eğitim sonrası elde edilen AP Tutum Ölçeği toplam ve 3 alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
- Kontrol1 ve Kontrol2 gruplarından ilk görüşmede elde edilen AP Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması ile son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmamıştır ( $p<0.05$ ).

- Eğitim grubundaki kadınların demografik özelliklerinden eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, gelir durumu, sosyal güvence aile tipi ve çocuk sayısı APTÖ toplam puanı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).
- Araştırmamızda ön test APTÖ toplam puanı ile etkili aile planlaması yöntem kullanma durumu karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
- Gebelik sayısı ve küretaj sayısı arttıkça APTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının düştüğü ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).
- Kadınlara sağlık inanç modeline göre verilen eğitimin kadınların üreme sağlığı tutumlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.
- SİM'e göre verilen 4 eğitim ve 4 izlem kadınların üreme sağlığı tutumlarını olumlu yönde etkileyerek; sırasıyla üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışını, üreme organ ve meme kanserinden korunmasını, üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışlarını, genital yol enfeksiyonlarından korunmasını ve istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının yükselmesini sağlamıştır.
- SİM'e göre verilen 4 eğitim ve 4 izlem kadınların aile planlaması tutumlarını olumlu yönde etkileyerek; APTÖ alt boyutlarından toplumun aile planlamasına ilişkin tutum, aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutum, doğuma ilişkin tutum alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının yükselmesini sağlamıştır.

## 6.2. ÖNERİLER

- Adölesanlarda üreme sağlığı tutumlarının geliştirilmesinde SİM'e göre eğitimlerin verilmesi,
- Adölesan gruplarda SİM'e göre çalışmalar yapılarak; üreme sağlığında davranış değişikliklerinin uzun vadede gözlemlenmesi,
- Adölesanlarda üreme sağlığına yönelik çalışmaların geniş çapta yapılarak, elde edilen sonuçlar sağlık sistemine uyarlanması ve sonuçlarının kamuoyuyla paylaşılması,
- Adölesanlara yönelik, bölgesel farklılıkların azaltılmasını sağlayacak SİM'e göre uygun ve sürekli olacak eğitim programlarının düzenlenip, izlem ve danışmanlıkla desteklenmesi,

- Birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile sağlığı merkezlerinin, evli kadınlardan farklı gruplara üreme sağlığı eğitiminin verilmesi için uygun yerler olarak değerlendirilmesi,
- Adölesanların eğitim olanaklarından yararlanmaları desteklenerek uzun vadede temel eğitim düzeyi ve toplumsal statülerinin yükselmesine olanak sağlanması,
- Kadınlara SİM'e göre verilecek üreme sağlığı eğitim kapsamında jinekolojik kanserlerden ve meme kanserinden korunmak için alınması gereken önlemler anlatılmalı, düzenli doktor muayenesi ve KKMM'nin öneminin açıklanması,
- Bu çalışmadan elde edilen sonuçların aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlardaki sağlık hizmeti verenler tarafından kullanılması,
- Üreme sağlığı ve aile planlaması konularında farklı spesifik ölçüm araçlarının geliştirilmesi önerilmiştir.

### **6.3. SINIRLILIKLAR**

Araştırmadan elde edilecek sonuçlar, bireysel beyanları ile sınırlı kalmıştır. Araştırmaya katılma şartlarından biri olan 'evli olmak' ibaresi, evli olmayan kadınların bu araştırma kapsamında değerlendirilememesi nedeni olmuştur. Araştırma 18-49 yaş aralığını kapsadığı için, 49 yaş sonrası evli kadınlar dâhil edilememiştir.

## KAYNAKLAR

1. Özbaş S. (2016). *Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi'nde eğitim gören engelli çocukların annelerine verilen eğitimin annelerin üreme sağlığını koruyucu bilgi ve tutumlarına etkisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.
2. Koyun A., Taşkın L., Terzioğlu F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 3(1):67-99.
3. Erbil N., Göktaşlar Z. (2010). Evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 20(5):295-303.
4. Topatan S. (2012). *Postpartum dönemde adölesanlara verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
5. UNFPA, 18/11/2014. The power of state of world population 2014 adolescents, Youth and the transformation of the future, UNFPA State of The World Population. New York. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/EN-SWOP%20EX%20SUM-Final-web\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/EN-SWOP%20EX%20SUM-Final-web_0.pdf). [05.02.2020].
6. World Health Organization (2018). World health statistics, monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, 100.
7. TÜİK, 15/05/2020. İstatistiklerle gençlik, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/tr/display-bulletin/?bulletin=istatistiklerle-genclik-2019-33731> [05/02/2020].
8. Demirgöz M., Canbulat N. (2008). Adölesan gebelik. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 28(6):947-952.
9. Yıldırım Sarı H., Ardahan E., Egeliolu Çetişli N., (2014). Adölesan sağlığına ilişkin son 10 yılda yapılan sistematik derlemeler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*. 1(1):55-73.
10. Kürtüncü M., Uzun M., Ayoğlu FN. (2015). Ergen eğitim programının riskli sağlık davranışları ve sağlık algısına etkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 5(2):187-95.
11. World Health Organization (2016). World health statistics monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/EN\\_WHS2016\\_TOC.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf?ua=1) [04/02/2020].

12. Tezel A., Gönenç İ., Akgün Ş., Karataş D. Ö., Yıldız T. A. (2015). Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 18(3):181-188.
13. Öncel S., Teskereci G. (2018). Kadınlarda yaşam dönemlerine göre üreme sağlığı sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*. 4(1): 53-69.
14. Gökgöl T. (2012). İsteyerek düşük olgusuna global açıdan bakış, Yasalar ve deneyimler, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 10(1):1 - 9.
15. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) (2019). 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK. Ankara, Türkiye.10-185.
16. World Health Organization (WHO) (2018). Preventing unsafe abortion. Key Facts, Update: 19 February 2018. <http://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion> [01/05/2020].
17. Sedgh G., Singh S., Hussain R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in family planning*. 45(3):301-314.
18. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) (2015). *Unintended Pregnancy Prevention*. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/index.htm> [01.5.2020]
19. Santos A.P.V., Cardoso Coelho E.A., Neves Gusmao M.E., Silva D.O., Marques P.F., and Almeida, M.S. (2016). Factors associated with abortion in women of reproductive, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 38(6):273-279.
20. Yılmaz Dogru H., Oktay G., İşgüder Kunt Ç., Özsoy Zeki A., Çakmak B., Delibaş İlhan B., Yıldız Çeltek N. (2016). Yaş gruplarına göre kadınların aile planlamasına bakışları ve seçtikleri yöntemlerin değerlendirilmesi: Tersiyer tek merkez deneyimi. *Dicle Tıp Dergisi*. 43(3):413-418.
21. Çetinkaya M. (2018). *Pınarhisar'da bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınlarda düşükler ve belirleyicileri*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırklareli.
22. Adalı T., Koç İ., Eryurt MA. (2014). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Bölüm 6, Düşükler ve Ölü Doğumlar, In: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, "Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 95-104.

23. Taşkın L. (2012). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, 11. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık. p.19-35; 539-61, 607-39.
24. Dönmez, A., Çoban, A. Ö., & Canbay, F. Ç. (2016). İstenmeyen gebelik ve güvenli olmayan düşüklerin çözümünde ebeğin rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 15(5):450-7.
25. Darroch Jacqueline E., Woog V., Bankole A., Ashford Lori S., Points K. (2016). Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. *Guttmacher Institute*. <https://www.guttmacher.org/adding-it-up> [12/08/2020].
26. Ejder Apay S., Nazik E., Özdemir F., & Pasinlioğlu T. (2010). Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13(3):1-7.
27. Medhi R., Das B., Das A., Ahmed M., Bawri S., Rai S. (2016). Adverse obstetrical and perinatal outcome in adolescent mothers associated with first birth: a hospital-based case-control study in a tertiary care hospital in North-East India. *Adolescent health, medicine and therapeutics*. (7):37-42.
28. Çalışkan B. G., Doğan B., Olçum G. G. (2014). Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 18(4):189-194.
29. World Health Organization (WHO) (2018). *Family planning/Contraception, Key Facts, Update: 8 February 2018.*: <http://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>[12/02/2020].
30. Aslan E., Bektaş H., Başgöl Ş., Demir S., Vural P. (2014). Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeyleri ve davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 23 (5):174–182.
31. Cheung K. K., Montgomery D., Benjamins L. J. (2015). Prevalence of sexually transmitted infections among adolescents entering child protective services. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 28(5):324-326.
32. Hull S., Kelley S., Clarke J. L. (2017). Sexually transmitted infections: Compelling case for an improved screening strategy. *Population health management*. 20(S1): S-1.
33. Akalpler Ö., Eroğlu K. (2015). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde üniversite öğrencilerinin sık görülen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgileri ve cinsel davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2(2):1-19.

34. Şenel B. (2020). *İstanbul'da çok eşli erkek hastalarda cinsel yolla bulaşan enfeksiyon etkenlerinin araştırılması* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
35. WHO (2007). Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted Infections: 2006–2015. Breaking the chain of transmission. Geneva. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563475\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563475_eng.pdf) [08/02/2020].
36. World Health Organization (2009). Women and health, today's evidence tomorrow's agenda, 1nd ed. 49-57.
37. Sachs J. D., McArthur J. W. (2005). The millennium project: a plan for meeting the millennium development goals. *The Lancet*. 365(9456):347-353.
38. Ronsmans, C., Graham, W. J., & Lancet Maternal Survival Series steering group. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The lancet*. 368(9542):1189-1200.
39. Unicef. (2014). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/9789241507226\\_eng.pdf?sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/9789241507226_eng.pdf?sequence=2) [07/03/2020]
40. Gözükara F., Kabalcıoğlu F., Ersin F. (2015). Şanlıurfa ilinde kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 12(1):9-15.
41. Alkema L., Chou D., Hogan D., Zhang S., Moller A. B., Gemmill A., ... & Say L. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. 387(10017):462-474.
42. Marco R. (2017). Education for Sustainable Development Goals: Learning Objectives. France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) p.16.
43. Aygar H., Metintaş S. (2018). Bir kalkınma göstergesi olarak anne ölümleri. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 3(3):63-70.
44. Başara BB., Soyutan Çağlar İ., Aygün A., Özdemir TA., Kulalı B., Uzun SB., Kayış BB., Kılıç DA (2019). Sağlık bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, Ankara. s. 27-35.

45. Graham W., Woodd S., Byass P., Filippi V., Gon G., Virgo S., & Singh S. (2016). Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *The Lancet*. 388(10056):2164-2175.
46. Malabarey O. T., Balayla J., Klam S. L., Shrim A., Abenhaim H. A. (2012). Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 25(2):98-102.
47. Karabulut A., Ozkan S., Bozkurt A. I., Karahan T., Kayan S. (2013). Perinatal outcomes and risk factors in adolescent and advanced age pregnancies: comparison with normal reproductive age women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 33(4):346-350.
48. Ozdemirci S., Kasapoglu T., Cirik D. A., Yerebasmaz N., Kayikcioglu F., Salgur F. (2016). Is late adolescence a real risk factor for an adverse outcome of pregnancy? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 29(20):3391-3394.
49. Taşkın L. (2012). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*, 11. Baskı Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık. p.19-35.
50. Koyun A., Taskin, L., Terzioglu F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sagligi ve ruhsal ısvlevler: hemsirelik yaklasimlarinin degerlendirilmesi/Women health and psychological functioning in different periods of life: Evaluation of Nursing Approach. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 3(1):67.
51. Turan S., Özvarış SB., Üner S. (2002). Bir fabrika çalışanlarına yönelik su ve besinlerle bulaşan hastalıklar eğitim programı geliştirme çabası. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*. 21(2):1-6.
52. Özvarış ŞB. (2001). Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. *Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı*. 18-19.
53. Ökdem Ş., Esatoğlu AE. (1998). *Maden iş kolunda sağlık bilinç düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık eğitimi*. Zonguldak: Maden İş Kolunda İşçi Sağlığı Sempozyumu Bildiri Kitabı 108-113.
54. Mermer G. (2010). *Kemalpaşa'da 50-70 yaş arası kadınlarda meme kanseri ve mamografi eğitimi etkisinin değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
55. Gözüm S., Karayurt Ö., Aydın İ. (2004). Meme kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 1(2):71-85.

56. Mermer, G. (2018). Ülkemizde üreme sağlığı göstergeleri. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*. 4(1):15-20.
57. Ersin F., Bahar Z. (2012). Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin meme kanseri erken tan davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi HemşirelikYüksekokulu Elektronik Dergisi*. 5(1):28-38.
58. Avcı İ., Işıklı Z. (2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 16(1):91-94.
59. Glanz K., Rimer BK., Lewis BFM. (2002). *Health behavior and health education*. Jossey- Boss CO: San Fransisco. 45-63.
60. Beji NK. Başgöl Ş. (2016). *Pelvik taban disfonksiyonunda yaşam tarzı değişiklikleri*. Karan A. (Ed.). Urojinekolojide Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.49-61.
61. Yılmaz MD. (2019). *Egzersiz sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Pamukale.
62. Guvenc, G., Akyuz, A., Han Açikel, C. (2011). Health belief model scale for cervical cancer and Pap smear test: psychometric testing. *Journal of advanced nursing*. 67(2): 428-437.
63. Sulat J. S., Prabandari Y. S., Sanusi R., Hapsari E. D., Santoso B. (2018). The validity of health belief model variables in predicting behavioral change. *Health Education*. 118 (6):499-512.
64. Hidarnia A., Kashfi S. M., Ghasemi A., & Askari A. (2016). A Health Promotion Program based on the Health Belief Model regarding women's osteoporosis. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*. 1(1):7-16.
65. Kıssal A. (2012). *Sağlığı geliştirme modelleri ile yapılan hemşirelik girişimlerinin yaşlı kadınlarda meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı davranışlarına etkisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
66. Uddin M. M., Kabir M., Choudhury S. R., Ahmed T., Bhuyan M. R. (1985). Rural-urban differential in contraceptive use status in Bangladesh. *Rural demography*. 12(1-2),1-20.
67. Bulduk S., Seher Y. U. R. T., Dinçer Y., Ardıç E. (2015). Sağlık davranışı modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 5(1):28-34.

68. Kartal A., İnci F. H., Koştu N., Çınar Özen, İ. (2017). Kadınlara ev ortamında verilen bireysel eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik sağlık inançlarına etkisi. *Pam Tıp Derg.* (1):7-13.
69. Masoudiyekta L., Rezaei-Bayatiyani H., Dashtbozorgi B., Gheibizadeh M., Malehi A. S., & Moradi M. (2018). Effect of education based on health belief model on the behavior of breast cancer screening in women. *Asia-Pacific journal of oncology nursing.* 5(1):114.
70. Duran Ö. (2008). *Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili verilen planlı eğitimin kadınların sağlık inançları ve algılanan sağlık durumlarına etkisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Sivas.
71. Güvenç G. (2008). *Serviks kanseri hakkında farkındalık artırmaya yönelik geliştirilen yöntemin kadınların pap smear yaptırmalarına etkisi.* (Yayınlanma Doktora Tezi). Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı Başkanlığı. Ankara.
72. Capik C., Gozum S. (2012). The effect of web-assisted education and reminders on health belief, level of knowledge and early diagnosis behaviors regarding prostate cancer screening. *Eur J Oncol Nurs.* 16(1):71-77.
73. Ersin F. (2012). *Sağlığı geliştirme modelleri ile yapılan hemşirelik girişimlerinin kadınların meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı davranışlarına etkisi* (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
74. Bahar Z., Dilay A. (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 7(1):59-67.
75. Koyun A., Özpulat F., Özvarış Ş. B. (2013). Bir eğitim programı geliştirme ve değerlendirme süreci: ortaöğretim kız öğrencileri için “genital hijyen” eğitim programı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2(4):443-459.
76. Kılınç, N. Ö. (2015). *Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin kadınların üreme sağlığı tutumlarına ve öz-yeterliliklerine etkisi* (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
77. Yardım, N., Gögen, S., & Mollahaliloğlu, S. (2009). Sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada ve Türkiye’de mevcut durum. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.* 72(1):29-35.

78. Savaş Çimke, V. (2016). *Farklı meslek gruplarındaki kadınların hpv, servikal kanser ve pap smear testi bilgi düzeyi ile davranışlarını belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
79. Gürbüz, T.K. (2019). *Dokuz eylül üniversitesi 10 no'lu gaziemir eğitim asm'de kayıtlı 15-49 yaş arası evli kadınların aile planlaması konusundaki tutumlarının doğurganlık düzeyleri ile ilişkisi*. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
80. Koştü, N., Taşçı, K. (2009). 15-49 yaş evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 12(1):91-97.
81. Erbil N., Göktaşlar Z. (2007). Evli Kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. V. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 273.
82. Parwej, S., Kumar, R., Walia, I., & Aggarwal, A. K. (2005). Reproductive health education intervention trial. *The Indian Journal of Pediatrics*. 72(4):287-291.
83. Soylu, N., Ayaz, M. (2013). Adli değerlendirme için yönlendirilen küçük yaşta evlendirilmiş kız çocuklarının sosyodemografik özellikleri ve ruhsal değerlendirmesi. *Anatolian Journal Of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 14(2):136-44.
84. Aktepe E., & Atay İ. M. (2017). Çocuk evlilikleri ve psikososyal sonuçları. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 9(4):410-420.
85. Demir G., Şahin T. (2014). Selçuk üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 4(3):19-24.
86. Çalışkan T., Çevik C., Ergün S. (2015). Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4(1):27-31.
87. Karakaya E., Gençalp N.S. (2009). The reproductive health issues of adolescent-married women who reside in socio-economically low level areas. *HEAD*. 6(1):34-40.
88. Koluvaçık S., Güneş G., & Pehlivan E. (2010). İnönü Üniversitesi öğrencilerinin üreme sağlığı konularında bilgi düzeyleri ve hizmetten beklentileri. *Journal of Inonu University Medical Faculty*. 17(1):7-14.
89. Aydın S. (2000) Erkek üreme sağlığı. *Van Tıp Dergisi*. 7 (3):117- 119.

90. Yanikkerem UE., Şirin A. (2008). *Kadın ve sağlık bakım sistemi, politikalar, yasalar. İçinde: Şirin A, Kavlak O (Ed.), Kadın Sağlığı*, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti.32.
91. World Health Organization. Maternal Mortality. Geneva, 2018,1-5. Erişim Tarihi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf?ua=1> [16/06/2020].
92. World Health Organization (2016), World health statistics: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, 136.
93. Akın A., Özvarış ŞB., Özgülnar N., Dilbaz B, Özaydın NG. (2009). *Üreme sağlığına giriş katılımcı rehberi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.1-29.
94. T.C. Sağlık Bakanlığı (2007). 21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta gelecek. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Yücel Ofset Matbaacılık. 16-35.
95. Cangöl S. (2010). *Lalapaşa merkez ilçe'de yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı durumları* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
96. Özvarış ŞB. ve Ertan AE., (2003). *Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım*, İçinde: Akın A (editör). *Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın*, 1. Baskı. İstanbul, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 113-126.
97. Akın A. (2003). Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın. Hacettepe üniversitesi. Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, *Ankara Hacettepe Üniversitesi Yayınları*. 113-126.
98. Demirci H. (2004). *Çalışan evli kadınlarda üreme sağlığını koruyucu davranışların geliştirilmesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
99. Coşkun A., Şahin NH., Kızılkaya N., Yıldız A. (2010). Kuştepe mahallesi kadınlarının demografik özellikleri ile üreme sağlığı sorunlarını belirleyen epidemiyolojik bir çalışma. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 10(3):22-30.
100. T.C. Sağlık Bakanlığı (2009). *Üreme sağlığına giriş katılımcı kitabı*. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara. 2-14.
101. Demirci H., Güngör İ. (2005). Üreme sağlığı hizmetlerinde sağlık eğitiminin yeri ve önemi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 13(55):171-178.

102. Temel M., Metinoğlu M. (2007). Tekirdağ iline bağlı I ve IV nolu sağlık ocaklarına başvuran 15-49 yaş kadınlarında genital hijyen uygulamalarının incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 15(59):91-99.
103. Siyez D. ve Siyez E. (2009). Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Türk Üroloji Dergisi*. 35(1):49-55.
104. Ünsal A, Özyazıcıoğlu N, Sezgin S. (2010). Doğu karadenizdeki bir belde ve ona bağlı dokuz köyde yaşayan bireylerin genital hijyen davranışları. *Anadolu ve Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13(2):12-19.
105. Esen E., Siyez DM. (2017). Cinsel sağlık eğitimi programının 9. Sınıf öğrencilerinin cinsel sağlık bilgi düzeyleri ve tutumlarına etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 32(3):560-580.
106. Erkin G. (2019). *Evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının cinsel yaşamlarına etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu.
107. Coşkun MA. (2012). *Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul. Koç Üniversitesi Yayınları, 16-38.
108. Kara H. (2013). *Evli kadınların üreme sağlığı ve üreme hakları konusunda bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Haliç Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
109. Akın A. (1998). Uluslararası kararlar paralelinde üreme sağlığı konusunda, Türkiye'deki uygulamalar, *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 8(3-4):16-22.
110. Coşkun A., şahin N. H., Kızılkaya N., Yıldız A. (2000). Kuştepe mahallesi kadınlarının demografik özellikleri ile üreme sağlığı sorunlarını belirleyen epidemiyolojik bir çalışma. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 10(3):22-30.
111. Yavan T. (2000). *şirnak ilinde yasayan 15-49 yaş grubu evli kadınların demografik özellikleri ve üreme sağlığı sorunlarının saptanması, doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
112. WHO, 8/03/2015. Ten top issues for women's health. <http://www.who.int/life-course/news/2015-intl-womens-day/en/> [09/04/2020].
113. şentürk A. (2008). *Kadın sağlığı hizmetlerinin tarihçesi ve yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı sorunları*. İçinde: şirin A, Kavlak O (editörler). *Kadın Sağlığı*, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 124-135.

114. Shayan N. A., Özcebe H. (2017). Anne ölümleri: Afganistan ve komşu ülkelerin karşılaştırılması. *Turkish Journal of Public Health*. 15(3):222.
115. World Health Organization. (2014). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva, Switzerland. 1-56.
116. WHO, (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva, Switzerland: Green Ink. 1-33.
117. Akar N. (2017). *Kars/Digor ilçesinde yaşayan 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması hakkında eğitim öncesi ve sonrası tutumlarının değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kars.
118. WHO (2014). World Health Statistics. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671_eng.pdf?sequence=1) [07/03/2020].
119. Şenoğlu A., Çoban A., Karaçam Z. (2019). İstenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşüklerin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 28(4):1-1.
120. Adetunji J. A. (1998). Unintended childbearing in developing countries: levels, trends and determinants. In *DHS. Analytical Reports* (No. 8). Macro International Inc.1-36.
121. Altay B., Gönener D. (2009). Evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*. 14(1):56-64.
122. TNSA (2013). Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK. Ankara, Türkiye. 43-152.
123. Çokar M. (2006). *Dünyada ve türkiye’de isteyerek düşüğün yasal boyutunun etik açıdan değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Dotor Tezi). Marmara Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
124. Ercan, PE. (2019). *Yetişkin üreme çağındaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinden memnuniyeti ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği, İstanbul.
125. Helvacıoğlu Ç., Dağdeviren H., Kanawati A., Cengiz H., Ekin M. (2018). Oral Kontraseptifler Hakkında Toplumun Farkındalık Düzeyi. *Medical Journal of Bakirkoy*. 14(1):53-56.

126. Yetkin A., Yiğitbaş Ç. (2008). Sağlık yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin bireysel hijyen ile ilgili alışkanlıklarının karşılaştırılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 11(2):72-84.
127. Reid G., Bruce A. W. (2003). Urogenital infections in women: can probiotics help? *Postgraduate medical journal*. 79(934):428-432.
128. Karabulutlu Ö., Kılıç M. (2011). Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 14(2):39-45.
129. Yağmur Y. (2007). Malatya ili firat sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların genital hijyen davranışları. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 6(5):325-330.
130. Apay S. E., Özdemir F., Nazik E., Potur D. C., Hadımlı A., Tanrıverdi D., ... & Alaca C. (2014). Yedi farklı ildeki kadınların genital hijyen davranışlarının belirlenmesi: çok merkezli kesitsel bir çalışma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 17(4):245-252.
131. Özkan İ. A., Kulakaç Ö. (2011). Kadın mahkumlarda genital hijyen davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 14(2):31-38.
132. Koştu N., Beydağ K. (2009). Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 12(1):66-71.
133. Ünal S., Zarakolu P. (2008). *Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve genel özellikleri*. In: Topçu Willke A, Söyletir G, Doğanay M (eds). *Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi 1*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi,1549-1562.
134. Temürlekn S. (2019). *Edirne merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı durumu*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
135. World Health Organization (2017). *Recommendations On Maternal Health Guidelines Approved By The Who Guidelines Review Committee*. Geneva, 1-36.
136. Karasu F., Güllüce A., Güvenç E., Dadük S., Tunçel T. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgilerinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 5(1):1-15.
137. CDC. (2016). STDs in Adolescents and Young Adults. <https://www.cdc.gov/std/stats17/adolescents.htm> [05/04/2020].

138. Kınalı Bereketli S. (2009) *Kan bağışı yapan üniversite öğrencilerinin bağış nedenleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin bilgi ve risklerinin belirlenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
139. Kaya M. (2009). Halk sağlığı yaklaşımı ile “Servikal Kanser”. Akın A. (Ed.). (HÜKSAM) Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi. Ankara: HÜKSAM Yayınları. 1 (36):45-51.
140. Tuncer M. (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kansere Programı (National Cancer Program) 2009-2015 Bakanlık Yayın (Health Ministry Pub.) 22-24.
141. T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). Ulusal Kansere Kontrol Planı 2013-2018. Sağlıkta Umut Vakfı. 37-55.
142. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R. L., Torre L. A., Jemal A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 68(6):394-424.
143. GLOBOCAN, (21/4/2019). World Health Organization (WHO). All cancers (excluding non-melanoma skin cancer) estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2018. [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx) [07/03/2020].
144. Seçginli S. (2011). Meme kanseri taraması: Son yenilikler neler? *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 10(2):193-200.
145. Lodi M, Scheer L, Reix N, Heitz D, Carin AJ, Thiébaud N, Neuberger K, Tomasetto C, Mathelin C. (2017). Breast cancer in elderly women and altered clinicopathological characteristics: A systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*. 166(3):657-668.
146. Coleman C. (2017). Early detection and screening for breast cancer. *Seminars in Oncology Nursing*. 33(2):141-155.
147. WHO (2019). Breast cancer: prevention and control. <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosisscreening/breast-cancer/en/> [08/04/2020]
148. Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J., Rosso S., Coebergh J. W. W., Comber H., ... & Bray F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European journal of cancer*. 49(6):1374-1403.

149. Siegel R, Miller K, Jemal A. (2018). Cancer statistics, CA: A Cancer Journal for Clinicians January/February Pages 7-30.
150. Kavlak O., Atan Ş. Ü., Yaşar Ö., Tok N. Y. (2018). Üniversite öğrencilerinin erken yaş evlilikler hakkında bilgi ve görüşlerinin incelenmesi. *Sted.* 27(1):37-44.
151. Sönmez S. (2010). Anne ve çocuk sağlığı. İstanbul üniversitesi açık ve uzaktan eğitim fakültesi Çocuk gelişimi lisans programı ders kitabı. 33
152. Şenol O., Metin A., Korucu K. S. (2019). Ülkelerin ölüm göstergeleriyle karşılaştırılması: veri zarflama analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2(33):82-103
153. Savaş N., İnandı T., Arslan E., Peker E., Durmaz E., Erdem M., ... & Yeniçeri A. (2017). Unintended pregnancies, induced abortions and risk factors in women admitted to hospitals due to birth or abortion in Hatay. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi.* 15(2):85-95.
154. Tokuç B., Eskiocak M., Saltık A. (2002). Acil kontrasepsiyon. *Sted.* 11(3):94-7.
155. Buran G., & Aksu H. (2019). Erkek Kontrasepsiyonunda Engeller: Literatür İncelemesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri.* 11(4):399-408
156. Elkin N. (2015). Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgilerinin araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 8(1):1-14.
157. T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı 2019-2024. Artı6 Medya Tanıtım Matbaa. 1131: 8-13.
158. Beydağ KD. (2007). Sağlık Yüksekokulunda öğrenim gören bir grup üniversite öğrencisinin HIV/AIDS konusundaki bilgi düzeyleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülten.* 6(1):59-68.
159. Türkyılmaz M., Deniz E.B., DüNDAR S., Ergün A.K., Sevinç A., Tütüncü S., Seymen E (2019). Türkiye kanser istatistikleri 2016. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı. Ankara. 18-27.
160. Değer V.B., Balçı E., (2018). Adölesan dönemde üreme sağlığı, cinsellik ve cinsel eğitimin önemi. *Turkish Studies (Elektronik).* 13(4):1423-1448.
161. Gölbaşı Z. (2005). "Adölesan dönem üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler." *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 8(1):100-108.
162. Dönmez A. (2019). *Adölesan dönemde evlenen kadınların üreme sağlığı davranışları: bir karma yöntem çalışması.* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

163. Uslu F.G. (2019). *Adölesan annelerin sosyo-demografik özellikleri ve doğum sonuçlarının değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
164. Dilmen S. (2019). *Adölesan gebelerin aile planlamasına yönelik tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntemler* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi/Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
165. Burcu E., Yildirim F., Sirma Ç. S., Saniyaman S. (2015). Çiçeklerin Kaderi: Türkiye'de kadınların erken evliliği üzerine nitel bir araştırma. *Bilig*. 73:63-98.
166. Yakıt E., Coşkun A. M. (2014). Toplumsal açıdan çocuk yaşta evlilikler gerçeği: Hemşire ve ebeğin sorumluluğu. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 11(3):3-10.
167. Anık Y., Ege E. (2019). Erken evlilikler ve adölesan gebeliklerde hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics* 5(1):46-55.
168. Gürler A. (2019). Erken Evlilikler-Çocuk Evlilikleri. [https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/129584/mod\\_resource/content/0/Çocuk%20Evlilikleri.pdf/](https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/129584/mod_resource/content/0/Çocuk%20Evlilikleri.pdf/) [25/05/2020].
169. Ardahan E., Sarı H, Y. (2016). Adölesan Evliliklerin Sağlığa Etkileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 32(2): 132-142.
170. Malatyali M. K. (2014). Türkiye’de ‘Çocuk Gelin’ Sorunu. *Nesne-Psikoloji Dergisi*. 2(03): 27-38.
171. Şen S., Kavlak O. (2011). Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 25(25):35-44.
172. Barut M. U. (2018). Adölesan gebelerin maternal ve fetal sonuçlarının değerlendirilmesi. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*. 45(3):283.
173. Keskin U., Kıncı M. F. (2018). Adolesan dönemi ve gebelikler. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*. 9(5):33-38.
174. Ayyıldız, T., Topan, A., Öztürk, Ö., Kulakçı, H. (2015). Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 8(2):61-66.
175. Bongaarts, J. (2016). WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Geneva: World Health Organization, 2015. *Population and Development Review*. 42(4):726-726.

176. World Health Organization (WHO) (2018). Adolescents: health risks and solutions. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> [ 11/05/2020].
177. Melekoğlu R, Evr¼ke C, Kafadar T, Mısırlıoğlu S, B¼y¼kkurt S, zg¼nen FT. (2013). Perinatal Outcomes of Adolescent Pregnancy. *J Turk Soc Obstet Gynecol*.10:213–9.
178. Ağaçayak E., Alan B., Turgut A., Karabel M., Tunç S. Y., Çeter Y., & Yalınkaya A. (2016). Adölesan gebelerin maternal ve fetal sonuçlarının değerlendirilmesi. *Dicle Med J*. 43(2):344.
179. Raatikainen K., Heiskanen N., Verkasalo P. K., Heinonen S. (2006). Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *The European Journal of Public Health*. 16(2):157-161.
180. Morris J. L., Rushwan H. (2015). Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 131: S40-S42.
181. Andrade P. R. D., Ohara C. V. D. S., Borba R. I. H. D., Ribeiro C. A. (2015). Facing the difficult experience even with support: the underage adolescent experiencing motherhood. *Revista gaucha de enfermagem*. 36(spe): 111-118.
182. Çınar N., Hıra S. (2017). Adölesan annelik. *Journal of Human Rhythm*. 3(1):15-19.
183. Mangiaterra V., Pendse R., McClure K., Rosen J. (2008). Adolescent pregnancy. Department of making pregnancy safer MPS. 1(1):1-4.
184. Eryılmaz N. (2014). *Doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması konusundaki tutumları ve ilişkili faktörler*. (Yayınlanmamış Y¼ksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼, Konya.
185. Bayram Değer, V., Balçı, E., (2018). “Adölesan dönemde üreme sağlığı, cinsellik ve cinsel eğitimin nemi”, *Turkish Studies*. 13(4):1424-1448.
186. Aydın D. (2013). Adölesan gebelik ve adölesan annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 16(4):250-254.
187. Durukan E. (2016). “Çocuk gelinler, erken yaşta evliliği durdurun”, *Sağlık ve Toplum*. 26(1):3-18.
188. Reece M, Herbenick D, Schick V, Sanders SA, Dodge B, Fortenberry JD. (2010). Condom use rates in a national probability sample of males and females ages 14 to 94 in the United States. *J Sex Med*.7(5):266–276.
189. Brides G.N. (2016). *The Role Of Parliamentarians In Ending Child Marriage A Toolkit 2nd edition revised*, London, 1 - 32.

190. Cayan, A., & Karaçam, Z. (2013). Factors concerning the attitudes of married women toward family planning in Aydın, Turkey: a cross-sectional study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 18(4):323.
191. CDC (2012). Sexually transmitted disease surveillance. Atlanta: US Department of Health and Human Services. <http://www.cdc.gov/std/stats> [08/03/2020].
192. Kömürcü N. (2015). *Özel gruplarda gebelik. Kadın Sağlığı. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul*. 360-369.
193. Cheung, K. K., Montgomery, D., & Benjamins, L. J. (2015). Prevalence of sexually transmitted infections among adolescents entering child protective services. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 28(5):324-326.
194. Hull S, Kelley S, Clarke JL. (2017). Sexually Transmitted Infections, Compelling Case for an Improved Screening Strategy. *Population Health Management*. 20 (1):1 – 11.
195. World Health Organization (2017). Sexual health and its linkages to reproductive health, an operational approach. Human Reproduction Programme, Geneva. 1 - 12.
196. Forhan S. E., Gottlieb S. L., Sternberg M. R., Xu F., Datta S. D., McQuillan G. M., & Markowitz L. E. (2009). Prevalence of sexually transmitted infections among female adolescents aged 14 to 19 in the United States. *Pediatrics*. 124(6): 1505-1512
197. WHO (2014). World Health Statistics. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671_eng.pdf?sequence=1) [17/06/2020].
198. Lee Champion V. (1985). Use of the health belief model in determining frequency of breast self-examination. *Research in Nursing & Health*. 8(4):373-379.
199. Mikhail B (1994) *The Health belief model: a review and critical evaluation of the model, research and practice*. In Chinn PL (ed): Developing substance mid-range theory in nursing, Advances in Nursing Science Series, An Aspen Publication, Maryland, 74-92.
200. Conner M & Berkshire PN. (2005). Predicting health behaviour. Berkshire. McGraw-Hill Education.
201. Rosenstock IM. (1965) Why people use health services, *Milbank Quartely*. 83(4):1-42.
202. Gözüm S., & Çapık C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 7(3):230-237.

203. Öz F. (2004). *Sağlık alanında temel kavramlar*. Ankara, İmaj İç ve Dış Tic. A.Ş. 319.
204. Mikhail B. (1981) The Health Belief Model: a review and critical evaluation of the model, research and practice. *Advances in Nursing Science*. 4(1): 65-82.
205. Glanz K., Rimer B. K., Viswanath K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.45-62.
206. İnceMC. (2019). *Kadınların pap-smear testi yaptırma konusundaki davranışlarının sağlık inanç modeli ölçeği kullanılarak değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
207. Jirojwong S., MacLennan R. (2003). Health Beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai Migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3):241-249.
208. Stretcher, VJ.; Champion, VL.; Rosenstock, IM. (1997). The health belief model and health behavior. In: Goschman, DS., editor. *Handbook of health behavior research*. Vol. 1. New York, NY: Plenum. p. 71-91
209. Aydoğdu N.G. & Bahar Z. (2011). Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 4(1):34-40.
210. Clemen-Stone S., Mcguire Sandra L., Eigsti Diane G. (2002). *Comprehensive health nursing family aggregate and community practice*. Sixth Edition. By Mostby:386-387.
211. Nahcivan N., Secginli S. (2007). Health beliefs related to breast self examination in a sample of Turkish women. *Oncology Nursing Forum*. 34(2):425-432.
212. Çenesiz E., Atak N. (2007). Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 6(6):427-434.
213. Lee E.E., Tripp-Reimer T., Miller A., Sadler G., Lee, S. (2007). Korean American women’s beliefs about breast and cervical cancer and associated symbolic meanings. *Oncology Nursing Forum*. 34(3):713-720.
214. Remennick L. (2006). The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *The Breast Journal*. 12(1):103-110.
215. Riggs E., Davis E., Gibbs L., Block K., Szwarc J., Casey S., & Waters E. (2012). *Accessing maternal and child health services in Melbourne, Australia: reflections*

- from refugee families and service providers. *BMC Health Services Research*. 12(1):117.
216. Liamputtong P. (2006). Motherhood and “moral career”: Discourses of good motherhood among Southeast Asian immigrant women in Australia. *Qualitative sociology*. 29(1):25-53.
217. Ogedegbe G., Cassells A.N., Robinson C.M., DuHamel K., Tobin J.N., Sox C.H., et al. (2005). Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *Journal of the National Medical Association*. 97(2):162-170.
218. Young R. F., Severson R. K. (2005). Breast cancer screening barriers and mammography completion in older minority women. *Breast cancer research and treatment*. 89(2):111-118.
219. Champion V., Skinner C., & Foster J. (2000). The effects of standard care counseling or telephone/in-person counseling on beliefs knowledge and behavior related to mammography screening. *Oncology Nursing Forum*. 27(10):1565–71.
220. Borrayo E. A., Buki L. P., Feigal B. M. (2005). Breast cancer detection among older Latinas: Is it worth the risk? *Qualitative Health Research*. 15(9):1244-1263.
221. Salisbury P., Hall L., Kulkus S., Paw M. K., Tun N. W., Min A. M., & Nosten F. (2016). Family planning knowledge, attitudes and practices in refugee and migrant pregnant and post-partum women on the Thailand-Myanmar border—a mixed methods study. *Reproductive health*. 13(1):94.
222. Kearney A.J. (2006). Increasing our understanding of breast selfexamination: women talk about cancer, the health care system, and being women. *Qualitative Health Research*. 16(6):802-820.
223. Çayan A. (2009). *15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
224. Maxwell A. E., Bastani R., Vida P., Warda U. S. (2003). Results of a randomized trial to increase breast and cervical cancer screening among Filipino American women. *Preventive medicine*. 37(2):102-109.
225. Park S. M., Hur H. K., Kim G. Y., Song H. Y. (2007). Knowledge, barriers, and facilitators of Korean women and their spouses in the contemplation stage of breast selfexamination. *Cancer Nursing*. 30(1):78-84.

226. Paskett E., Tatum C., Rushing J., Michielutte R., Bell R., Foley K.L., et al. (2006). Randomized of an intervention to improve mamography utilization among a triracial rural population of women. *Journal of the National Cancer Institute*. 98(17):1226-1231.
227. Ceber E., Yücel U., Mermer G., Ozentürk G. (2009). Health beliefs and breast self-examination in a sample of Turkish women academicians in a university. *Asian Pac J Cancer Prev*. 10(2):213-218.
228. Özoğul E., Gülten S. U. C. U. (2019). Üniversitede çalışan kadınların meme kanserinde erken tanıya yönelik sağlık inançları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 12(4):264-273.
229. Champion V. L., Skinner C. S. (2008). *The health belief model*. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. Jossey-Bass.p. 45–65.
230. Hochbaum G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study* (No. 572). US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Bureau of State Services, Division of Special Health Services, Tuberculosis Program.p. 36.
231. Elik Z. (2006). *Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamaları üzerine etkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
232. Kolutek R., & Avcı İ. A. (2015). Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 11(4):155-62.
233. Altınel B. (2018). *Serviks kanseri yönünden riskli kadınlara yönelik çoklu girişimlerin sağlık sorumluluğu, serviks kanserine ilişkin inanç ve tarama yaptırmasına etkisi: randomize kontrollü deney* (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
234. Hacıoğlu N. (2013). Hemşirelikte öğretim öğrenme ve eğitim. Nobel Tıp Kitabevleri.İstanbul. 192.
235. Özpulat F. (2010). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: Eğitici kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*. 293-297.
236. Kartal A. (2018). Ergenlerde üreme sağlığı. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*. 4(1):70-76.

237. Aktaş D., Şahin E., Gönenç İ. M. (2012). Kadın sağlığını etkileyen, sık görülen bazı jinekolojik problemler ve hemşirelik yaklaşımları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(2): 38-53.
238. Simpson KR., Creehan PA. (2008). Perinatal Nursing, 3rd Edition, Philadelphia: Lippincott Company. p.56-63.
239. Lowdermilk DL, Perry SE. (2007). Maternity&Women's Health Care, Mosby Elsevier, St Louis-Missouri. p. 87-98.
240. Pillitteri A. (2007). Maternal&Child Health Nursing, 5th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. p. 24-36
241. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 25 Nisan 2007 Tarihli Resmî Gazete, Sayı: 26510. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm> [12/04/2020].
242. Özçelik Z., Karaduman B., Bafra K., Yıldırım A., Şenol Çelik S., Ülker S. (2006). Hemşirelikte Haklar ve Sorumluluklar, Ankara: Türk Hemşireler Derneği Yayınları.168.
243. Taşkın L., Koç A. G. D. G. (2006). I. Basamak sağlık kuruluşlarında verilen perinatoloji hizmetlerinde ebe ve hemşireler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 13(2):48-56.
244. Özyaydınlık K. (2014). Toplumsal cinsiyet temelinde Türkiye’de kadın ve eğitim. *SPÇ Derg.* (33):93-112.
245. Eroğlu K., & Koç, G. (2012). Düünden bugüne sağlık mevzuatında kadın sağlığı kapsamında ana çocuk sağlığı hemşirelik hizmetleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(2):136-151.
246. Taşçı KD (2004). Sağlık eğitimi, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu. Ankara. S:112,
247. Ergül Ş. (2005). Halk sağlığı hemşireliği'nin dünü, bugünü ve geleceği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 21(1):157-166.
248. Çiftçioğlu G. (2009). İleri doğurganlık yaşındaki evli kadınların ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve bu konuda verilen eğitimin etkisinin değerlendirilmesi (Mardin/Kızıltepe örneği). (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
249. Toker S. O., Küçükıylmaz Ü. (2001). Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Hıv/Aıds bilgi düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrasında değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 40(2):91-97.

250. Kolutek R., Avcı İ. A. (2015). Eğitim ve Evde İzlemin, Evli Kadınların Meme ve Serviks Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeylerine ve Uygulamalarına Etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 11(4):155-62.
251. Aslan D. (2009). Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar. *Ankara Tabib Odası*. 25-45.
252. Millat W. A. (2000). Knowledge of secondary-school female students on breast cancer and breast self-examination in Jeddah, Saudi Arabia. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 6(2-3):338-344.
253. Abdel Fattah M., Zakı A., Bassılı A., El-Shazly M., Tognoni G. (2000). Breast-self examination practice and its impact on breast cancer diagnosis in alexandria. Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 6(1):34-40.
254. Sadler G. R., Ryujin L. T., Ko, C. M., Nguyen, E. (2001). Korean women: breast cancer knowledge, attitudes and behaviors. *BMC Public Health*. 1(1): 7.
255. Erdal S. (2018). *Çalışan kadınlara sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin ve sağlık okuryazarlığının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Karabük Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük.
256. Bonfill CX, Marzo CM, Pladevall VM, Marti J. et al. (2009). Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening. *The Cochrane Library*; 1: 1-24.
257. Vazquez M.O., Ayendez M.S., Perez E.S., Almodovar H.V., Calderon Y.A. (2002). Breast cancer Health Promotion Model for older Puerto Rican women: Results of a pilot programme. *Health Promotion International*. 17(1): 3-11.
258. Gökalp S. (2019). *Evli kadınlarda üreme sağlığı sorunlarında sağlık arama davranışları* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s 63-78, İstanbul.
259. Rabieipoor S., Taskin L., Mikaili P. (2011). Empowering of Oromieh University female students in related to their sexual and reproductive health by peer education method. *Annals of Biological Research*. 2(5):149-156.
260. Demirbağ B. C., Gamze Ç. A. N., Köksal İ., Selçuk K. A. Y. A. (2013) Üreme sağlığını koruma ve geliştirmede farklı yaklaşım: anne eğitiminin kızlarına aktarılmasının değerlendirilmesi. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*. 3(1):136-148.

261. Naçar M., Öztürk A., Öztürk Y. (2003). Doğum sonrası dönemde verilen aile planlaması eğitiminin yöntem kullanmaya etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi*. 25(3):122-130.
262. Kayacı M., Demirci H., Özbaşaran F. (2007). Kırsal alanda yaşayan evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, 5. *Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 265*.
263. Doob L. W. (1947). The behavior of attitudes. *Psychological review*. 54(3):135.
264. Allport G.W., (1967). Attitudes, readings in attitude theory and measurement, Ed. Martin Fishbein. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1 – 14.
265. Hogg, A. Michael & Vaughan, M. Graham (2005). Social Psychology, (Çev.: İbrahim Yıldız, Aydın Gelmez), Ütopya Yayınevi, Ankara.
266. Örsal, Ö. (2006). *Ankara belediye sınırları içinde yaşayan bireylerin aile planlamasına yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
267. Şankazan Yıldız A. (2002). Ankara ili deliler köyündeki evli erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.55(1):41-50.
268. Akın A., Özvarış ŞB. (2003). Factors influencing sexual and reproductive health project for adolescents (Report). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dünya Sağlık Ördütü; Ankara. 56.
269. Bozkurt N., Özkan S., Korucuoğlu Ü., Onan A., Maral I., Bumin M., Yıldırım M. (2005). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne Başvuran Kadınlarda Doğum Kontrol Yöntemi Kullanımı, *Türk Fertilité Dergisi*. 13(2):165–169.
270. Karagüzel, N. (2006). *Fertil Çağdaki Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler ve Anemi İlişkisi*. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği. İstanbul.
271. Çayan, A. (2009). *15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

## EKLER

### Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı



**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

**Sayı** :E-71915440-804.01-2010280029  
**Konu** :Tez Konu Başlığı Hk.

**Tarih**:28.10.2020

**Sayın Neşe ATAMAN BOR**

Enstitü Yönetim Kurulunun 22.10.2020 tarih ve 2020/28 nolu kararına göre; tez konu başlığımız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR  
Müdür V.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI SOYADI	2018/30 SAYILI 6.9.2018 TARİHLİ ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI İLE KABUL EDİLEN TEZ KONU BAŞLIĞI	SAVUNMA SINAVINDA KABUL EDİLEN TEZ KONU BAŞLIĞI
164115010 Neşe ATAMAN BOR	18-24 Yaş Arası Evli Kadınlarda Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Eğitimin Üreme Sağlığına Olan Etkisini Belirlemek	18-24 Yaş Arası Evli Kadınlara Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Eğitimin Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumları ve Aile Planlamasına Yönelik Tutumlarına Etkisi

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu:2bf6b30f

Belge Doğrulama Adresi: <http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index>

Adres : Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP  
Tel / Fax : +90 342 211 80 80 / +90 342 211 80 81  
Kep Adresi : [hasankalyoncu.unv@hs01.kep.tr](mailto:hasankalyoncu.unv@hs01.kep.tr)

İrtibat: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü  
Web: [www.hku.edu.tr](http://www.hku.edu.tr)  
e-Posta: [info@hku.edu.tr](mailto:info@hku.edu.tr)



### Ek 3. Sağlık Bakanlığı İzin Yazısı

Sayı : 49654233-604.02  
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof. Dr.  
Tulay ORTABAĞ)



#### HAKKARİ VALİLİĞİNE (İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 25/04/2019 tarihli ve 17453221-010.05-239 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazıda, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Tulay ORTABAĞ sorumluluğunda, Öğretim Görevlisi Neşe ATAMAN BOR tarafından yapılmak istenen “18-24 Yaş Arası Evli Kadınlarda Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Eğitimin Üreme Sağlığına Olan Etkisini Belirlemek” konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde;

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen “Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür.” hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “Bilgilerin Gizli Tutulması” başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen “Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz” hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz” öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete’ de yayımlanmış olan 6698 sayılı “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu” hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamayacağı hükmü yer almaktadır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ  
Bakan a.  
Genel Müdür Yardımcısı

#### Ek 4. Veri Toplama Formu

### 18-24 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARDA SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN ÜREME SAĞLIĞINA OLAN ETKİSİNİ BELİRLEMEK

Sayın Katılımcı,

Bu ankette, tanımlayıcı ve sosyo-demografik özelliklerinize ilişkin sorular yer almaktadır. Soruların eksiksiz doğru yanıtlanması araştırmaya önemli katkı sağlayacaktır. Anketlerde isminiz saklı kalacak ve alınan cevaplar yalnızca bu araştırmanın amaçları doğrultusunda kullanılacak, başka bir makama ya da kişiye verilmeyecektir. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Neşe ATAMAN BOR

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı

#### ANKET FORMU

#### KATILIMCILARA İLİŞKİN TANIMLAYICI VE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Anket numarası.....

Adı-Soyadı:

1. Doğum Tarihiniz:...../...../.....

2. Eğitim durumunuz:

a-Okur - yazar +ilkokul

b- Okur - yazar ancak okul bitirmemiş

c-İlkokul mezunu

d- Ortaokul veya ilköğretim mezunu

e-Lise mezunu

f-Yüksekokul-Üniversite mezunu

3. Çalışıyor musunuz?a-Evetb-Hayır

4. Eğer 4.soruya cevabınız evet ise nerede çalışıyorsunuz?

a- Serbest meslek sahibi b-Memur c-İşçi d-Sağlık personeli (.....)

5. Eşinizin eğitim durumu

a- Okur yazar+ilkokulb-İlköğretimc-Lised-Üniversite

6. Eşiniz çalışıyor mu?a- Evetb-Hayır

a- İşçi b- Memur c- Serbest meslek sahibi

7. Aylık toplam gelirin ne kadar?..... TL.

8. Kaç yıllık evlisiniz?

9. Evlilik yaşı kaç?

10. Aile tipiniz nasıl?a. Geniş aile b. Çekirdek aile

11. Geniş aile ise birlikte yaşadığınız birey sayısı?

12. Gelir durumu a) Gelir giderden azb)Gelir gidere eşitc) Gelir giderden fazla

13. Sosyal güvenceniz var mı; hangisi?

a- Yok b-SSK c-Emekli Sandığı d-Bağ-kur e- Diğer (belirtiniz):

14. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
15. Eğer 13. soruya cevabınız evet ise ne kadar içiyorsunuz?  
Günde; a-0-5b-6-10c-11-20d-Bir paket ve üzeri
16. Eşiniz sigara kullanıyor mu? a) Evet b) Hayır
17. Eğer 15. soruya cevabınız evet ise ne kadar içiyorsunuz?  
Günde; a-0-5b-6-10c-11-20d-Bir paket ve üzeri
18. Eşinizle aranızda akrabalık var mı? a) Evetb) Hayır
19. Eşinizle evlilik süreniz: .....
20. Kronik bir hastalığınız varsa belirtiniz :.....
21. Yaşayan çocuk sayısı (cinsiyet): .....
22. Gebelik sayısı (bu gebeliğinizle birlikte) :.....
23. Düşük sayısı:.....
24. Küretaj sayısı:.....
- Katılımcıların Jinekolojik Özellikleri
25. İlk adet yaşıınız:
26. Kaç günde bir adet görürsünüz? ..... günde bir
27. Adet kanamanız kaç gün sürer?..... gün
28. Adet döneminde karşılaştığınız bir sorun var mı? a. Evet b. Hayır
29. Eğer cevabınız evet ise hangi sorunları yaşıyorsunuz?  
a.Dismenoreb. Hipomenorec.Hipermenored.Menoraji  
e-Metroraji
30. Herhangi bir Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz? a) Evetb) Hayır
31. Eğer cevabınız evet ise hangi aile planlamasını kullanıyorsunuz?  
.....
- 32.Bu yöntemi nasıl seçtiniz?  
a-Eczanedenb) Eş,dosttan duyarakc) Doktor/Ebe-hemşire
33. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) uygulamasını biliyor musunuz?  
a-Evetb-Hayır
34. Eğer cevabınız evet ise KKMM menstrüal siklusun hangi döneminde yapıyorsunuz?  
a-Adet döneminden önceb-Adet dönemi sırasında c-Adet döneminden sonra
35. Eğer cevabınız evet ise KKMM hangi sıklıkla yapıyorsunuz?  
a-Her ay düzenli olarak yapıyorum  
b-Bazen yapıyorum (3-6 ay arası)  
c-Biliyorum ama yapmıyorum

## Ek 5. Evli Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman/Düzenli
1. Kadın sağlığı ilgili çeşitli kitap, dergi ve gazete haberi okurum. yıkarım. her gün değiştirmeye özen gösteririm.					
2. Tuvalete girmeden önce ellerimi su ve sabunla					
3. Tuvaletten çıktıktan sonra ellerimi su ve sabunla					
4. Adetliyken banyo yaparım					
5. Halka açık yerlerde klozet tipi tuvaletlere otururum.					
6. Külotumu değiştirmek için kirlenmesini beklemem,					
7. Dış üreme organlarımı kuru tutmak için taharetlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurularım.					
8. Külotumun pamuklu kumaştan yapılmış olmasına dikkat ederim.					
9. Külotlarımı ütülerim					
10. Yüzmeye gittiğimde, zorunlu kalırsam, arkadaşımın mayosunu giyebilirim					
11. Evdeki tuvalet, banyo ve lavabolarım temizliğinde çamaşır suyu gibi mikrop öldürücü maddeler kullanırım.					
12. Taharetlenmeyi idrar yaptığım bölgeden büyük abdestimi yaptığım bölgeye doğru yaparım.					
13. Alışılmış miktardan fazla akıntım olursa hemen doktora giderim					
14. Kötü kokulu akıntım olursa hemen doktora giderim.					
15. Üreme organlarımda kaşıntı olursa hemen doktora giderim.					
16. Akıntıyla ilgili bir şikayetim olsa da utandığım için doktora gitmem.					
17. Akıntım için doktora gidersem doktorun verdiği tedaviyi sonuna kadar eksiksiz uygularam.					
18. Adetliyken kullandığım ped veya bezi 3-4 saatte bir değiştiririm					
19. Hazneme herhangi bir ilaç uygulamam gerekirse önce ellerimi yıkarım.					
20. Şikayetim olmasa da her yıl düzenli olarak kadın hastalıkları doktoruna muayene olurum.					
21. Yılda bir kez kontrol amacıyla akıntı örneği aldırırım.					
22. Şikayetim olmasa da meme muayenesi yaptırmak için doktora giderim.					
23. Her ay kendi kendime meme muayenesi yaparım					

24. Adet kanaması dışında ara kanamam olursa hemen doktora giderim					
25. Kürtaj olmam gerekirse hastaneye/doktora giderim					
26. İstemediğim bir gebelikten korunmak için sağlık personelinin (doktor, ebe, hem_ire) bilgi alırım.					
27. Gebe kalmamak için etkili bir yöntem (doğum kontrol hapı, spiral, prezervatif, tüplerin bağlanması ) kullanırım.					
28. İstemediğimiz bir gebelikten korunmak için eşimin korunması (geri çekme) yeterlidir.					
29. Hazne akıntımı izleyerek hangi günlerde gebe kalacağımı anlayabilirim					
30. Adetimin ilk gününü unutmamak için her ay takvim üzerinde işaretlerim.					
31. Adetliyken ayaklarımı sıcak tutmaya özen gösteririm.					
32. Hazne, idrar yolu ve makat çevresindeki kaslarımı güçlendirmek için bu kasları kasıp gevşetme şeklinde egzersiz yaparım.					
33. İdrarımı yaparken aşırı, sızı, yanma gibi şikayetlerim olursa doktora giderim.					
34. Günde en az 6-8 bardak su içerim.					
35. İdrarım geldi_nde hemen tuvalete giderim.					
36. Kabız olmamaya özen gösteririm.					
37. Cinsel ilişkide sırasında, bulaşıcı hastalıklardan korunmak için prezervatif (kılıf) kullanmanın gerekli olduğunu inanırım.					
38. Cinsel ilişki sırasında kuruluk ve ağrı olursa, kayganlaştırıcı kremler kullanırım.					
39. Cinsel ilişki sırasında aşırı ve kanamam olursa hemen doktora giderim					

## Ek 6. Aile Planlaması Tutum Ölçeği

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1. Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir.					
2. Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar.					
3. Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahibi olmak isterler.					
4. Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur.					
5. Ailede çok çocuk olması ilerde kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir.					
6. Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır.					
7. Kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur.					
8. Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır.					
9. Doğan her çocuğun rızkını "Allah" verir.					
10. Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır.					
11. Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez.					
12. Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir.					
13. Erkek adamın erkek damadı olur.					
14. Erkek adamın erkek çocuğu olur.					
15. Kız çocuğum varsa çocuğum var denilir.					
16. Spiral baş ağrısı yapar					
17. Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır.					
18. Spiralin mideye kaçacağından kurtulur.					
19. Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur.					
20. Doğum kontrol yönteminin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür.					
21. Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı/arzusu az olur.					
22. Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur.					
23. Kanallarını başlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz.					
24. Kanallarını başlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz.					
25. Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybederler.					
26. Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçlerini kaybolur /erkekleşir.					
27. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum.					
28. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum.					
29. Gebelik kadını çekici hale getirir.					
30. Çok çocuğu olan anneler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir					
31. Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir.					
32. Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir.					
33. Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir.					
34. Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum					

## Ek 7. ÜSBÖ Ölçek İzin Yazısı

Gönderen: Neşe ATAMAN <ataman.nese30@hotmail.com>

Gönderildi: 22 Mayıs 2019 Çarşamba 10:14

Kime: cbu\_ebelik@hotmail.com

Konu: Evli kadınların üreme sağlığı koruyucu tutumlarını belirleme ölçeği kullanım izni

Merhaba hocam, ben Hakkari Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğretim görevlisiyim. Aynı zamanda Hasan Kalyoncu Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği'nde Prof.Dr.Tülay ORTABAĞ'ın danışmanlığında doktora tezimi yürütüyorum.

Sizden geliştirmiş olduğunuz "Evli kadınların üreme sağlığı koruyucu tutumlarını belirleme ölçeği"nin kullanımı için izin istiyorum.

Tezim bittiğinde size de bir adet ulaştıracağım hocam ama sormak istediğiniz bir şey olursa da numaram:

Öğr.Gör. Neşe ATAMAN BOR

0 532 683 05 68

İlginize teşekkür ederim hocam,

iyi çalışmalar.

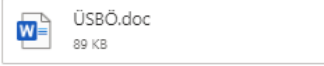
Ynt: Evli kadınların üreme sağlığı koruyucu tutumlarını belirleme ölçeği kullanım izni



Hülya DEMİRCİ <cbu\_ebelik@hotmail.com>

29.05.2019 Çar 11:18

Kime: Siz



Merhaba Neşe Hanım,  
Tarafımızdan geliştirilen "**Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği**" ni tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Yrd.Doç.Dr.Hülya DEMİRCİ  
Celal Bayar Üniversitesi  
Manisa Sağlık Yüksekokulu  
Ebelik Bölümü  
İstasyon Mevkii, 45020, MANİSA  
Tel: 0.236 239 13 18  
0.236 231 83 73  
Faks: 0.236 232 00 58  
GSM: 0.530 32820 95

## Ek 8. AP Tutum Ölçeği İzin Yazısı



Neşe ATAMAN  
1.03.2019 Cum 16:14  
Kime: ozlorsal@yahoo.com; ozlorsal@gmail.com;  
ozlorsal@ogu.edu.tr



Merhaba Özlem hocam

Ben Neşe ATAMAN BOR. Hakkari Üniversitesi SHMYO'unda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktayım. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Halk Sağlığı ABD'nda doktora öğrencisiyim.(Prof.Dr.Tülay Ortabağ hocamin öğrencisiyim).Sizden bir ricada bulunacağım.

AP tutum ölçeğinizi doktora tezimde kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi kullanmak için sizden izin istiyorum.  
SAYGILARIMLA



Özlem Örsal <ozlorsal@gmail.com>  
1.09.2020 Sal 13:09  
Kime: Siz



NEŞE ATAMAN BOR.pdf 181 KB	Aile Planlaması Tutum Ölçeği.... 16 KB	A1.4.AP.Çolak.pdf 645 KB
-------------------------------	---	-----------------------------

5 ekin (6 MB) tümünü göster Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Merhaba Neşe

Aile planlaması ölçeğimi kullandığınız için çok mutlu oldum. Ölçek talebinize oldukça geç döndüğüm için özürlerimi kabul edin. Eklerde izin belgeniz ve çalışmalarla ilgili makaleler bulunmaktadır.  
Başarılar

--

[Prof. Dr. Özlem ÖRSAL](#)  
[Eskişehir Osmangazi Üniversitesi](#)  
[Sağlık Bilimleri Fakültesi](#)  
[Hemşirelik Bölümü](#)

## **Ek 10. Kısa Öz Geçmiş**

1986 Şırnak doğumluyum. 2009 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hemşirelik bölümünden mezun oldum.

2009-2012 yılları arasında Yüzüncü Yıl Dursun Odabaşı Tıp Fakültesine aktif hemşire olarak görev yaptım.

2013 yılından itibaren Hakkâri Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda akademisyen olarak görev yapmaktayım. Evli ve bir çocuk annesiyim.

