



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**EVLİ KADINLARDA ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARINDA  
SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARI**

SELİN GÖKALP

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi FİLİZ OKUMUŞ

İSTANBUL 2019

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Ebelik  
Tez Sahibi : Selin DEMİRTAŞ  
Tez Başlığı : Evli Kadınlarda Üreme Sağlığı Sorunlarında Sağlık Arama Davranışları  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Haliç Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 26.07.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman

Dr.Öğr.Üyesi Filiz OKUMUŞ

### Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza



### Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Özcan AYGÜN

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Pınar IRMAK VURAL İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 08./08./2019 tarih ve 2019./25... - 03... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof. Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.



## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı ve yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Selin GÖKALP



## TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanmasında ve yürütülmesinde beni destekleyen danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Filiz Okumuş'a,

Araştırmamı yürüttüğüm hastanenin özellikle poliklinikler katındaki güvenlik personeli ve hasta kayıt personellerine,

Tez sürecimin en başından beri desteğini esirgemeyen Dr. Hasan Çelik'e,

Bu zor ve stresli dönemde yol arkadaşlarım olan Ebe Nilay Şener'e ve Ebe Gonca Köse'ye tüm desteklerinden dolayı,

Tarifi zor kıymetteki canım aileme, bu süreç ve tüm hayatım için,

Bu zor süreçte sabır, anlayış ve hep pozitif enerjisiyle verdiği destek için eşim Adem Emre Gökalp'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

# İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAYI .....</b>	<b>I</b>
<b>BEYAN.....</b>	<b>II</b>
<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>III</b>
<b>KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ .....</b>	<b>VII</b>
<b>TABLolar LİSTESİ.....</b>	<b>VIII</b>
<b>1. ÖZET .....</b>	<b>1</b>
<b>2. ABSTRACT.....</b>	<b>2</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>3</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>6</b>
4.1. Sağlık Kavramı.....	6
4.2. Üreme sağlığı kavramı .....	6
4.2.1. Üreme ve cinsel sağlık hakları.....	8
4.2.1.1. Yaşama hakkı .....	9
4.2.1.2. Özgürlük hakkı.....	9
4.2.1.3. Eşitlik hakkı .....	9
4.2.1.4. Mahremiyet hakkı .....	10
4.2.1.5. Düşünce özgürlüğü hakkı.....	10
4.2.1.6. Bilgilenme ve eğitim hakkı .....	11
4.2.1.7. Evlenme ve aile kurma konularında seçim yapma hakkı.....	11
4.2.1.8. Çocuk sahibi olup olmamaya karar verme hakkı.....	11
4.2.1.9. Sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı .....	11
4.2.1.10. Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı .....	12
4.2.1.11. Toplanma özgürlüğü ve siyasete katılma hakkı.....	12
4.2.1.12. İşkence ve kötü muameleden özgür olma hakkı .....	13
4.2.2. Üreme sağlığının kadınlar için önemi.....	13
4.2.3. Üreme sağlığını etkileyen faktörler .....	14
4.2.3.1. Çocukluk dönemi .....	14
4.2.3.2. Ergenlik (Adölesan) dönemi (10-19 yaş).....	15

4.2.3.3. Erişkinlik dönemi (15-49 yaş).....	16
4.2.3.4. Menopoz dönemi (50+ yaş) .....	19
4.3. Türkiye’de ve Dünya’da Kadın Sağlığının Durumu .....	19
4.4. Sağlık Hizmetleri.....	21
4.4.1 Üreme sağlığı hizmetleri.....	22
4.5. Sağlık Arama Davranışı .....	24
4.5.1. Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler .....	25
4.5.2. Sağlık hizmeti alacaklara ilişkin faktörler .....	25
4.5.2.1. Ekonomik faktörler .....	25
4.5.2.2. Coğrafi faktörler.....	26
4.5.2.3. Sosyokültürel faktörler.....	27
4.5.3. Sağlık hizmeti sunucularına ait faktörler .....	29
4.5.4. Kadınların sağlık arama davranışları konusunda bilinçlendirilmesi.....	30
<b>5. METOD VE MATERYAL.....</b>	<b>32</b>
5.1. Araştırmanın Tipi .....	32
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	32
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	32
5.3.1 Örneklem seçim kriterleri .....	33
5.3.2. Araştırma dışı bırakılma kriterleri .....	33
5.4. Araştırma Soruları .....	33
5.5. Verilerin Toplanması.....	33
5.5.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu .....	34
5.5.2. Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ).....	34
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	36
5.8 Araştırmanın Etik Boyutu .....	36
<b>6. BULGULAR .....</b>	<b>37</b>
6.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	38
6.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulgular .....	44
6.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	47
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>64</b>

7.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	65
7.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	69
7.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	73
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>79</b>
<b>9. KAYNAKLAR .....</b>	<b>83</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>97</b>
<b>11. ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>104</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>108</b>

## **KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ**

**CS/ÜS:** Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı

**CYBE:** Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

**WHO / DSÖ:** World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

**ÜSBÖ:** Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği

**WAS:** Dünya Seksoloji Derneği

**PAHO:** Amerikan Sağlık Örgütü

**ICPD:** Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı

**KKMM:** Kendi Kendine Meme Muayenesi

**PMS:** Premenstrual Sendrom

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**KETEM:** Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi

**DDA:** Düşük Doğum Ağırlığı

**GHDE:** Genital Hijyen Davranışları Envanteri



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 5.5.2.1. ÜSBÖ'nin geçerlilik güvenilirliğinin yapıldığı orijinal çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları .....	35
Tablo 5.6.1. Araştırmanın Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatiksel Yöntemler ...	36
Tablo 6.1.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	38
Tablo 6.1.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri .....	39
Tablo 6.1.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Aile Durumlarına İlişkin Özellikler ...	39
Tablo 6.1.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikler.....	40
Tablo 6.1.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Obstetrik Özellikleri.....	41
Tablo 6.1.6. Araştırmaya Katılanların Jinekolojik Özellikleri.....	42
Tablo 6.1.7. Araştırmaya Katılan Kadınların ÜSBÖ Puanlarının Dağılımı (N=353)	43
Tablo 6.2.1. Araştırmaya Katılanların Üreme Sağlığı Sorunlarına İlişkin Bulgular..	44
Tablo 6.2.2. Araştırmaya Katılanların Premenstrual Sağlık Sorunlarına İlişkin Bulgular.....	45
Tablo 6.2.3. Araştırmaya Katılanların Üreme Sağlığı Sorunlarında Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulgular .....	46
Tablo 6.3.1. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması.....	47
Tablo 6.3.2. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklerinin ÜSBÖ Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması .....	48
Tablo 6.3.3. Araştırmaya Katılanların Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması.....	50
Tablo 6.3.4. Araştırmaya Katılanların Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin ÜSBÖ Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	51
Tablo 6.3.5. Araştırmaya Katılanların Aile Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması .....	52
Tablo 6.3.6. Araştırmaya Katılanların Aile Özelliklerinin ÜSBÖ Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması .....	54
Tablo 6.3.7. Araştırmaya Katılanların Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması.....	55

Tablo 6.3.8. Araştırmaya Katılanların Genel Sağlık Durumu zelliklerinin SB Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması .....	56
Tablo 6.3.9. Araştırmaya Katılanların Obstetrik zelliklerine İlişkin zelliklerinin SB Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması.....	58
Tablo 6.3.10. Araştırmaya Katılanların Obstetrik zelliklerinin SB Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması .....	60
Tablo 6.3. 11. Araştırmaya Katılanların Jinekolojik zelliklerine İlişkin zelliklerinin SB Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması.....	61
Tablo 6.3.12. Araştırmaya Katılanların Jinekolojik zelliklerinin SB Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması .....	62



## 1. ÖZET

### EVLİ KADINLARDA ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARINDA SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARI

Bu çalışma, evli kadınlarda üreme sağlığı sorunlarında sağlık arama davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın verileri Aralık 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında araştırmanın yapıldığı kamu hastanesine başvuran 353 evli kadından toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Demirci (2004) tarafından geliştirilen “Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği” ile toplanmıştır. Araştırmada ölçeğin Cronbach alpha katsayısı; 0.82 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun 25-29 yaş grubunda olup yaş ortalaması  $34.02 \pm 8.54$ , gebelik sayısı ortalaması  $2.30 \pm 1.29$ 'dur. Kadınların %35.4'ü anormal akıntı ve kötü koku, %43.6'sı kaşıntı, yanma ve kızarıklık, %20.4'ü disparoni, %27.5 son üç ayda alt karın ağrısı, %17'si dizüri şikayeti olduğunu ve %12.7'si her ay genital sağlık sorunu yaşadığını ve %34.3'ü bu şikayetlerin günlük yaşamını etkilediğini ifade etmiştir. Kadınların %58.1'i üreme sağlığı sorunu yaşadığında ilk başvurduğu yerin kamu hastanesi olduğu, %15'i son üç ayda sağlık sorunu yaşadığı halde hastaneye gitmediğini, %52.5'i şikayetleri ancak günlük işlerini etkilerse hastaneye gittiğini, %26'sı kendiliğinden geçeceğini düşündüğü için hastaneye gitmediğini söylemiştir. Araştırmaya katılan kadınların ÜSBÖ toplam puan ortalaması  $129.43 \pm 20.20$  olup orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Kadınların öğrenim düzeyi, çalışma durumu, ailede yaşayan kişi sayısı, sigara kullanma, kronik hastalığı olma, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam doğum sayısı değişkenleri ÜSBÖ puan ortalamasını etkilemiştir ( $p < 0.05$ ). Araştırma sonuçlarına göre üreme çağındaki evli kadınların üreme sağlığı sorunlarından korunma ve sağlık arama davranışları hakkında eğitim ve desteğe ihtiyaçları olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık arama davranışı, üreme sağlığı sorunları, kadın sağlığı

## 2. ABSTRACT

### MARRIED WOMEN'S HEALTH-SEEKING BEHAVIORS FOR PROBLEMS REGARDING REPRODUCTIVE HEALTH

This study was conducted to determine married women's health-seeking behaviors in problems regarding reproductive health. Study data were obtained from 353 married women applying to the public hospital where the study was conducted between December 2018 and February 2019. Study data were obtained through an introductory information form that researcher prepared based on the literature review and Scale for Determining the Protective Attitudes of Married Women towards Reproductive Health (SDRH) developed by Demirci (2004). The Cronbach  $\alpha$  coefficient of the scale was 0.82. Most of the participants were between the ages of 25 and 29 years. Their mean age was  $34.02 \pm 8.54$  and their mean number of pregnancies was  $2.30 \pm 1.29$ . Of the women, 35.4% had abnormal discharge and fetid odor; 43.6% had pruritus, burning sensation, and rash; 20.4% had dyspareunia; 27.5% had hypogastric pain for the past 3 months; 17% had dysuria; and 12.7% had genital problems every month, with 34.3% saying that these problems affected their daily lives. Of the women, 58.1% preferred the public hospital at first when they had problems regarding reproductive health, 15% did not go to hospital earlier even though they had the problem for the past 3 months, 52.5% went to hospital only when their complaints affected their day work, and 26% did not go to the hospital earlier because they thought that these problems would go away by themselves. Participants' total mean SDRH score was  $129.43 \pm 20.20$  and was moderate. Women's level of education, working status, number of family members, smoking status, presence of chronic disease, age at first marriage, age at first pregnancy, and total number of deliveries affected their mean SDRH score ( $p < 0.05$ ). The study results indicated that married women in the reproductive age range need education and support regarding health-seeking behaviors and protection for reproductive health problems.

**Keywords:** Health-seeking behavior, reproductive health problems, women's health

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın, toplumun en küçük birimi olan ailenin sağlığında anne ve eş olarak etkin role sahip olduğundan toplum sağlığının merkezindedir. Evli kadınların sağlıklı olmasında üreme sağlığının katkısı büyüktür (1). Evli kadınlar gebelik, doğum ve cinsel ilişki gibi üreme sistemini etkileyen durumlara bağlı olarak sağlık sorunu yaşamaktadır (2).

Kadın üreme sistemi pelvis kasları tarafından desteklenen içteki organlar ve vulvada yer alan dış organlardan oluşmaktadır. Dışta mikroorganizma geçişlerinin kolayca gerçekleşmesine imkân sağlayacak anatomik yapıya sahip olan üretra, vajina ve anüs yer almaktadır (3). Kadın üreme yolunun koruma kalkanı olarak nitelendirilebilecek olan vajina özel öneme sahip yapılardan biridir. İç üreme organlarına açılan yol olan vajinanın en önemli özelliği, zararlı olan bakterilere karşı savunma mekanizmasına sahip olmasıdır. Üreme çağındaki kadınlarda hormonal aktiviteye bağlı olarak her siklus döneminde farklı özellikte vajinal akıntılar olması mümkündür. Bilindiği üzere normal vajinal akıntı renksiz, kokusuz, kaşıntı yapmayan asidik özelliktedir. Vajinada bulunan laktobasil adı verilen bakteriler, vajinanın asit ortamında üremekte ve enfeksiyona yol neden olan bakterilerin çoğalmasına engel olmaktadır (4). Ancak bazı durumlarda vajinanın asit ortamında bozulmalar sonucu laktobasiller azalmakta ve sonuç olarak da genital enfeksiyonlar oluşabilmektedir (5).

Türkiye’de kadınlarda üreme sağlığını ilgilendiren sorunların görülme sıklığı %52- 92 arasında olup bölgesel farklılıklar göstermektedir (1, 6, 7, 8, 9). Doğu Anadolu bölgesinde yapılan bir çalışmaya göre genital enfeksiyon görülme sıklığı %71’dir (7). Usta’nın (2017) Mardin ili Ömerli ilçesinde 15-49 yaş aralığındaki evli kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların %36.7’si son bir yıl içerisinde üreme yolu enfeksiyonu yaşadığı sonucuna varılmıştır (10). Üreme yolu enfeksiyonunun kadınlar arasında oldukça yaygın olduğu yapılmış olan çalışmalarda belirtilmektedir. Bu çalışmalardan biri Kanada’da (2018) 18 yaş üstü 1435 kadınla gerçekleştirilmiş ve sonuç olarak katılımcıların %80’inin hayatları boyunca bir veya daha fazla sayıda üreme sistemine ait sorun yaşadıkları belirlenmiştir (11). Öyle ki dünya üzerinde her yıl milyonlarca ifade edilen sayıda kadın genitoüriner sistem sorunlarına maruz kalmaktadır (12).

Üreme sağlığı sorunlarıyla nasıl baş edildiği ya da sorun yaşamamak için hangi davranışlarda bulunulduğu kadın sağlığı açısından önem taşımaktadır. Sağlık arama davranışı; “sağlık problemi olan kişilerin uygun tedaviye ulaşmak için kendi bireysel sorumluluklarını alarak yaptıkları herhangi bir aktivite sağlık arama davranışı” olarak tanımlanır (13, 14). Sağlık arama davranışı bireylerin sağlık hizmetlerinden nasıl ve ne düzeyde yararlandığını belirler (15). Toplumumuzun bazı kesimlerinde sağlık arama durumuna bakıldığında; bu kesimlerde mahremiyet sağlıktan ön planda olabilmekte ve tıbbi tedavi yerini, kendi kendine tedaviye ya da tedavi olmama seçeneklerine bırakabilmektedir. Bunun örneğine Türkiye’nin birçok ilini (Adana, Afyonkarahisar, Van, Ardahan, İstanbul, Yozgat vs.) kapsayan bir çalışmada rastlanmaktadır. Çalışmada mahremiyet nedeniyle sağlık arama davranışını erteleyen bazı kadınların ifadeleri yer almaktadır. Bu ifadelere göre kadınlar erkek hekim muayenesinden kaçınmakta daha çok kadın hekimi tercih etmekte ya da gebeliğe ve kadın sağlığına dair sorunlarda geleneksel inanış ve uygulamaların etkisinde kalmaktadırlar. Çalışmadaki kadınlar gebelikle ilgili konularda utanma nedeniyle yeterince bakım almadıklarını hatta eş dışındaki (kaynana, kayınpeder vs.) bireylerden de utandıkları için sorunlarını dile getiremedikleri belirlenmiştir (16). Bireylerin sağlıkla ilgili algılarını ve davranışlarını incelemeyen sunulacak herhangi bir sağlık hizmetinin uygun şekilde kullanılması zor olacaktır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyenler arasında halkın sağlık ve hastalık konusundaki alışkanlıkları bilgi tutum ve davranışları gelenek ve görenekleri gibi etkenler sayılabilir. Ancak eğitim eksikliği, kadının statüsü, ulaşım sorunları, ekonomik sorunlar ve sağlık hizmeti verenlerin yaklaşımı gibi nedenlerden dolayı sağlık arama davranışları yetersiz seviyede kalmaktadır (17, 18, 19).

Kadınların üreme sağlığını ilgilendiren konularda sağlık arama davranışı göstermeleri kadın sağlığı için son derece önemlidir. Tedavi edilmeyen birçok sorun kadınlarda infertiliteden servikal kansere kadar daha olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (20). Cangöl’ün (2010) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların sadece %30.6’sı yılda en az bir kez jinekoloğa gittiklerini ifade etmişlerdir (21). Batı Şeria’da yapılan bir çalışmada genitoüriner enfeksiyon yaşayan kadınların yarısına yakınının tıbbi yardım talep etmediği saptanmıştır (22). Yıldırım (2009) tarafından yapılan bir çalışmada,

idrar yolu enfeksiyonu şikâyeti nedeni ile tedaviye başvurma durumu değerlendirildiğinde; kırsal bölgedeki kadınların %23.5'i, kentsel bölgedeki kadınların ise %63.1'i tedaviye başvurduğunu belirtmiş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (23). Demir'in (2012) çalışmasında kadınların üreme sağlığını ilgilendiren sağlık sorunu yaşadığında doktora başvurmama nedenleri önemsememe, vakit bulamama, çekinme/utanma, yaşanan sorunları normal kabul etme şeklinde belirtilmiştir (24). Vietnam'da yapılan bir araştırmaya göre üreme yolu sorunu yaşayan kadınların bir bölümünün kendi kendilerine ilaç kullandıkları buna sebep olarak belirtilerin hafif olduğunu ve aynı durumu daha önce yaşadıkları için sağlık arama davranışında bulunmadıkları belirtilmiştir (25).

Yapılan çalışmalarda kadının çalışıp çalışmamasının üreme sağlığı sorunları ile ilgili karar verebilmesinde ve olumlu sağlık davranışları göstermesinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır (26, 27). Kırsal bölgede tarım alanında tarlada ve ev işlerinde ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kırsal bölge kadınları için bu olumlu dengeden bahsetmek güçtür (26). Bangladeş'in kırsal bir bölgesinde yapılmış olan araştırmaya göre; kadınların güçlenmelerinin sağlık arama davranışlarını olumlu yönde etkilediğini ve sağlık sistemi tasarımıyla önemli bir bileşen ve norm olarak tanınması gerektiğini göstermektedir (28). Kadınların güçlendirilmesi için işgücüne katılımları artırılabilir ve mali açıdan kendine yeter hale gelmeleri sağlanabilir. Üreme sağlığı sorunlarının sıklıkla görüldüğü ülkemizde yaşanan sorunlar karşısında kadınların sağlık arama davranışlarını incelemek sunulacak sağlık hizmetlerinin çerçevesini belirlemek açısından önemlidir (27).

Bu çalışmanın amacı 18-49 yaş arası evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve sağlık arama davranışlarını belirlemektir.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Sağlık Kavramı

İnsan hayatının sürdürülebilir olmasının temeli sağlıklı olmasına bağlıdır. Bilimin, teknolojinin ana çalışma alanlarından biri insanoğlunun sağlığını geliştirmeye korumaya yönelik sonuçlara ulaşmaktır. Sağlığın çeşitli tanımlamaları mevcuttur (5, 29). Sağlık; kişilerin mutlu olmasını, güçlü bir sosyal-destek bağlantısıyla yaşamı devam ettirme ya da stresle başa çıkma yeteneği olarak tanımlandığı gibi negatif yaklaşıma göre sağlık; hastalığın yokluğu veya patolojik anormalliğin yokluğu olarak ta tanımlanmıştır. Sağlık; doğumda beklenen yaşam süresi, çalışma kapasitesi, tıbbi bakım ihtiyacı ya da birçok kişisel ve sosyal görevleri yerine getirebilme gibi kriterlere göre de tanımlanabilir (30). İnsan potansiyelinin gelişmesine engel olacak biyolojik, çevresel, sosyal, ailesel ve kişisel faktörlerin ortaya çıkmasını önleme ya da ortadan kaldırma çalışmaları sağlığın temel amacıdır (31).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1946 yılında sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlamış ve bu tanım halen ülkemizde ve tüm dünyada kabul görmektedir (32). Sağlığın geliştirilmesi veya korunması için yapılan davranışlar sonucunda hastalıklar azalır, yaşam süresi ve kalitesi artar. Hastalıklara neden olan risk faktörlerinin azaltılması, kişilerin sağlık davranışlarının geliştirilmesi, yaşam biçimlerinin düzenlenmesi ile “sağlıklı bir toplum” yapısı sağlanır (33, 34).

Sağlıklı toplumlar için başta üreme sağlığının sağlam temellere oturtulması ve ciddiyetle ele alınması gerekmektedir (35).

### 4.2. Üreme sağlığı kavramı

Toplumun üreme yoluyla çoğalan bireylerden oluştuğu göz önünde bulundurulursa üreme sağlığının toplumlar için hayati nitelikte olduğunu anlaşılabilir. En sık alıntı yapılan tanım ilk olarak, 1975 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından



düzenlenen ve alanda çalışan sağlık profesyonelleri için bir rehber olarak düzenlenen bir konferansta dile getirilmiştir. Bu tanım birkaç yenilenmeden geçti. DSÖ, Pan-Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO) ve Dünya Seksoloji Derneği'ni (WAS) içeren bir panel tarafından 2001 yılında yapılan bir raporda revize edilmiş ve 2002 yılında DSÖ'nün bir tanımını yayınladığı zaman değiştirilmiştir. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramları, IV. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (1994 Kahire, Mısır) ele alınarak geliştirilmiştir (32, 36, 37).

Konferansta üreme sağlığının tanımının kabul edilmiş tanımlaması şu şekildedir; “**Üreme sağlığı**; üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ya da sakatlık olmaması değil, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Üreme sağlığı kavramından söz ederken cinsel sağlıktan bahsetmemek olanaksızdır. Günümüzde cinselliğin bireyin sağlığını, iyiliğini ve yaşam kalitesini önemli bir ölçüde etkilediği kabul edilmekte ve bu yüzden üreme sağlığı kavramı içinde ele alınmaktadır. **Cinsel sağlık**, cinsellik ile ilgili olarak fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halidir; sadece hastalık, işlev bozukluğu veya infertilite yokluğu değildir. Cinsel sağlık, cinselliğe ve cinsel ilişkilere ilişkin olumlu ve saygılı bir yaklaşımın yanı sıra, zorlama, ayrımcılık ve şiddet içermeyen, zevkli ve güvenli cinsel deneyimlere sahip olma olasılığını gerektirir (32, 38).

Üreme sağlığı sistemsel nitelikteki iyilik hali dışında kişilerin doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamları, üreme yetenekleri, yeteneği kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri olmasını da içermektedir (36, 39). Cinsellik üreme kavramı içinde, insan hayatının merkezinde bulunan öğelerden biridir ve seksi, toplumsal cinsiyet kimliklerini ve rollerini, cinsel yönelimi, erotizmi, zevki, yakınlığı kapsar. Cinsellik, düşüncelerde, fantezilerde, inançlarda, arzulara, tutumlarda, davranışlarda, değerlerde, uygulamalarda, kimlik ve ilişkilerde yaşanır ve ifade edilir. Tüm bu boyutlar cinsellik içerisinde yer alsa da hepsi her zaman yaşanamaz veya ifade edilemez. Cinsellik biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, siyasi, kültürel, hukuki, tarihsel, dini ve ruhsal etkenlerin etkileşiminden etkilenir (32, 37).

#### 4.2.1. Üreme ve cinsel sağlık hakları

Kahire'deki Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferans'ında (ICPD) insanların üreme sağlıklarını korumalarına olanak vermeyen koşullarda yaşadıklarına ve üreme haklarını kullanamamaları üzerinde durulmuş, devletlerin cinsel sağlığı da içinde bulunduran üreme sağlığı hizmetlerine ulaşmayı artırması gerektiği ilkesi kabul edilmiştir. Buna göre üreme sağlığı kavramı; bireylerin ihtiyaçlarını ve haklarını öne çıkaran bir yaklaşımla kadınların sağlık gereksinimlerinin sadece anne olarak değil, onların üreme/cinsel sağlıkları olarak da tüm yaşam dönemlerinde ve her alanında cinsiyet eşitliği çerçevesinde ele alınması gerektiğini belirten bir kavram olarak dünya gündemine getirmiştir (12, 36).

Üreme sağlığı kavramı kadının ve erkeğin gereksinimlerini içermektedir. İnfertilite her kadın ve erkek için de sorun olmasına rağmen, birçok toplumda sosyal ve psikolojik sonuçlarını kadınlar yüklenmektedir (35). Üreme ve cinsel sağlık hakkı insanlık hakkının bir parçasıdır ve kişinin en üst düzeyde mental, fiziksel, emosyonel iyi olma haline ulaşması, ilişkilerini geliştirmesi, kadın-erkek eşitliğinin sağlanması ve kadının güçlendirilmesi için şarttır. Dünya üzerinde birçok insanın cinsel sağlık/üreme sağlığına tam olarak sahip olamaması dikkat çekicidir. Bunun nedenleri arasında ise bilgi yetersizliği, uygun olmayan veya niteliksiz üreme sağlığı hizmetleri, yüksek riskli cinsel davranışlar, kadınlara uygulanan ayrımcı toplumsal uygulamalar ve birçok kadın ve kızın kendileri ile ilgili cinsel yaşam ve üreme yaşamları üzerine karar verme haklarını kullanamamaları sayılabilir (36, 40).

Günümüzde birçok toplumda hala tabu sayılan cinsellik konusunda, dünyanın büyük bir kesiminde kadın ve erkek arasında eşitsizlik hüküm sürmektedir. Kadınların cinsellikten zevk almalarını engellemeyi amaçlayan kadın sünneti (genital mutilasyon) bu durumun en çarpıcı örneğidir. Oldukça invaziv bir işlem olması ve medikal sistemin dışında gerçekleşmesi riskleri artırmaktadır (41). Bu çağ dışı uygulamalar ve diğer üreme ve cinsel sağlık haklarına aykırı olan durumların, ülkelerin sağlık politikası yapımcıları tarafından önemle ele alınması toplumların sağlıklı olmasının temeli olan üreme sağlığını iyileştirmeye katkı sağlayacaktır.

İçinde Türkiye'nin de bulunduğu birçok ülkeye tanınıp kabul edilmiş olan ve uluslararası platformlarda kabul görmüş üreme ve cinsel sağlık hakları şu şekilde açıklanabilir;

#### **4.2.1.1. Yaşama hakkı**

- Gebelik nedeniyle hiçbir kadının hayatı riske atılmamalıdır. Bu hak, kadın ölümlerine sebep olabilecek durumların (18 yaş altı, 35 yaş üzeri, beş veya daha fazla gebeliklerin) önlenmesi ve azaltılmasına yöneliktir.
- Çocuklar hayatları cinsiyetleri sebebiyle tehlikeye atılamaz.
- Kişilerin hayatları genel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine ulaşamama sebebiyle tehlikede olmamalıdır. Genç yaştaki kızlar hayati risklerden korunmalıdır.
- Kız bebekler, öldürülme riskinden korunmalıdır.

#### **4.2.1.2. Özgürlük hakkı**

- Kişiler diğer bireylerin haklarına saygı göstererek, üreme sağlığı ile ilgili hayatlarını kontrol etme hakkına sahiptir.
- Kişiler üreme sağlıkları ile ilgili izinleri olmadan müdahalelere maruz bırakılamazlar.
- Kişilerin cinsel isteklerini engelleyen ya da cinsel hayatlarını etkileyen korku, utanç, suçluluk duygusu ve yanlış inanışların etkisi altında bırakılma ya da diğer ruhsal faktörlerden korunma hakkı vardır.

#### **4.2.1.3. Eşitlik hakkı**

Hiçbir bireye, üreme hayatında, sağlık bakımı ya da sağlık hizmetinden faydalanmada ırk, renk, cinsiyet ya da cinsel tercih, medeni durum, aile konumu, yaş, dil, din, siyasi ya da diğer görüşler, ulusal ya da sosyal köken, varlık, doğum ya da diğer bir konum nedeniyle, ayrımcılık yapılamaz. İnsanların ırk, renk, yoksulluk, cinsiyet, cinsel tercih, medeni durum, aile konumu, yaş, dil, din, siyasi ya da diğer görüşler, ulusal ya da sosyal köken, zenginlik, doğum ya da diğer konumları ne olursa olsun, üreme sağlığı, cinsel sağlık ve haklarına ilişkin bilgi, danışmanlık hizmetlerini içine alan sağlık ve refahlarını güvence altına alacak bilgi ve eğitimden eşit bir şekilde faydalanma hakları vardır.

- Bütün kadınların ve kız çocuklarının, hayat boyu beslenme ve bakım hakkına, geleneksel, önyargılı, cinsiyet ayrımcılığı sebebiyle ortaya çıkan durumlardan özgür olma hakları vardır.
- Bütün kadınlar bireye özgür kararlarıyla gelişimi ya da cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve haklarıyla ilgili olan ve doğurganlığı düzenleme hizmetlerini de kapsayan eğitim, bilgi ve/veya hizmetleri alma hakkına sahiptirler.
- Hiçbir birey ırk, din, renk, cinsiyet, dil, siyasi ya da diğer düşünceler, ulusal ya da sosyal köken, doğum ya da diğer konular nedeniyle uygulanacak her tür şiddete maruz bırakılamaz.
- Hiçbir kadına, sosyal hayatında ev işlerinde ya da iş çevresinde gebelik ya da anne olması nedeniyle ayrımcılık yapılamaz.

#### **4.2.1.4. Mahremiyet hakkı**

- Danışmanlığın da içinde bulunduğu tüm üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet temel önceliktir.
- Bütün kadınlar gebeliklerinin güvenli sonlandırılması (düşük) da dahil olmak üzere, üreme sağlığı ile ilgili konularda seçimlerini yapma hakkına sahiptirler.
- Bireyler başkalarının haklarına saygılı olmak kaydıyla, yargılanmak, özgürlüğüne karşı çıkmak ya da sosyal müdahaleye maruz kalmak korkusu olmadan, güvenli ve tatmin edici bir cinsel yaşam için, cinsel tercihini ifade etme hakkına sahiptirler.

#### **4.2.1.5. Düşünce özgürlüğü hakkı**

- Bütün bireylerin üreme hayatları hakkında düşünce ve konuşma özgürlüğü vicdan ve inanç nedeniyle herhangi bir kısıtlamaya karşı korunma hakkına sahiptir.
- Üreme sağlığı hizmeti sunan sağlık personeli hizmet sunumunu ancak hemen başka bir personele sevk ederek reddetme hakkına sahiptir. Hayati durumlarda böyle bir hak yoktur.

#### **4.2.1.6. Bilgilenme ve eğitim hakkı**

- Bireyler, cinsel sağlık, üreme sağlığı, hakları ve sorumluluklarıyla ilgili, cinsiyete duyarlı, ön yargısız, yansız ve çoğulcu bir şekilde sunulacak eğitim alma hakkına sahiptir.
- Bireylerin, cinsel ve üreme hayatları ile ilgili kararlarını özgür, tam ve bilinçli karar vermelerini sağlayacak yeterli eğitim ve bilgi alma hakkı vardır.
- Bireyler her türlü istenmeyen gebelikler hakkında riskler, yararlar ve doğurganlığı düzenleyen bütün yöntemler hakkında tam bilgi alma hakkına sahiptirler.

#### **4.2.1.7. Evlenme ve aile kurma konularında seçim yapma hakkı**

- Bütün bireyler, tam, özgür ve bilinçli olurları dışında evlendirilmekten korunma hakkına sahiptir. Kimse nedeni ne olursa olsun zorla evlendirilemez. Evlenme veya beraber yaşama ancak kişilerin özgür kararları ile olur.
- İnfertilite sorunu olanlar ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklar sebebiyle doğurganlığı aksamış olanlar da dahil olmak üzere tüm bireylerin üreme sağlığı hizmetlerinden faydalanma hakkı vardır.

#### **4.2.1.8. Çocuk sahibi olup olmamaya karar verme hakkı**

- Bütün kadınların, üreme sağlığının korunması, anneliğin güvenliğinin sağlanması ve gebeliğinin güvenli sonlandırılması için gereken ve tüm kullanıcılar için ulaşılabilir, kabul edilebilir, kullanışlı ve ödeyebilecekleri eğitim, bilgi ve hizmetlere ulaşma hakkı vardır.
- Bütün bireylerin güvenli, etkili ve kabul edilebilir doğurganlık düzenleme yöntemlerinden maksimum düzeyde faydalanma hakları vardır.
- Bütün bireyler, istemedikleri gebeliklerden korunma yöntemlerinden istediklerini kendileri için güvenli ve kabul edilebilir olanı seçme ve kullanma hakkı vardır.

#### **4.2.1.9. Sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı**

- Bütün bireylerin, üreme sağlığını da içeren bütün bakım hizmetlerinde ulaşılacak en yüksek kalite de hizmet alma hakları vardır. Bu içerikteki hizmetler kapsamlı,

parasal ve coğrafi açıdan ulaşılabilir, mahremiyetine, bireyin onuruna ve rahat olmasına saygılıdır.

- Bütün kadınlar tarafsız olarak sunulan bilgilerle kendi kararlarını vermelerini sağlayacak kısırlık ve gebelik danışmanlığı alma hakkına sahiptir.
- Bütün bireyler, ilk basamak sağlık bakımının bir parçası olarak üreme sağlığına ilişkin bakım hakkına sahiptir.
- Bütün kadınlar gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım ve gebelik ile emzirme sırasında yeterli beslenme hakkına sahiptir.
- Bütün bireyler üreme fonksiyonu da dahil olmak üzere çalışma koşullarında sağlığının korunması ve güvenliğinin sağlanması hakkına sahiptir.
- Çalışan bütün anneler, ücretli ya da yeterli sosyal güvenlik hakları sağlanmış doğum izni hakkına sahiptir.

#### **4.2.1.10. Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı**

- Bütün bireyler, infertilite, gebeliğin önlenmesi ve gebeliğin sonlandırılmasını da kapsayan konularda üreme sağlığı teknolojilerinden yararlanma hakkına sahiptir.
- Bütün bireylerin, üreme sağlığıyla ilgili teknolojinin sağlık ve iyilik hali üzerinde olabilecek herhangi bir olumsuz etkisi konusunda bilgilendirilme hakları vardır.
- Cinsel ve üreme sağlığı hizmeti alan tüm danışanlar, üremeyle ilgili güvenli ve kabul edilebilir her türlü teknolojik yöntemlerden yararlanma hakkına sahiptir.

#### **4.2.1.11. Toplanma özgürlüğü ve siyasete katılma hakkı**

- Bütün bireyler toplanarak üreme sağlığı ve haklarını savunma hakkına sahiptir.
- Bütün bireyler, üreme ve cinsel sağlığının savunulması için birlik olma hakkına sahiptir.
- Tüm bireyler, cinsel sağlık, üreme sağlığı haklarına öncelik tanınması için hükümetleri etkileme yollarını arama hakkına sahiptir.

#### **4.2.1.12. İşkence ve kötü muameleden özgür olma hakkı**

- Bütün çocuklar, özellikle cinsel sömürüden, çocuk fahişeliğinden ve her tür cinsel istismar, taciz ve saldırıdan, fahişelik yasa dışı cinsel etkinliklere ya da diğer yasa dışı cinsel sömürüye katılmaktan ve pornografik gösteri ya da yayınlar için sömürüden korunma hakkına sahiptir.
- Hiç kimsenin özgür ve bilinçli oluru alınmadan cinselliği veya doğurganlığının düzenlenmesi konusunda ilgili durumları tıbbi araştırmalar ya da deneylerde kullanılamaz.
- Tüm kadınların, kadın ticaretinden ya da fuhuştan korunma hakkı vardır.
- bütün bireyler, kadın ya da erkek silahlı çatışmalarda, cinsellikleri ya da üremeleriyle ilgili aşağılayıcı muamele ve şiddetten korunma hakkına sahiptir (5,12, 35, 37, 42).

#### **4.2.2. Üreme sağlığının kadınlar için önemi**

Üreme sağlığı kadınlar ve erkekler için hayatın merkezinde bir kavramdır. Kadınlar için ise doğrudan yaşamlarını etkileyen hayati denebilecek öneme sahiptir. Üremenin temeli kadının doğurganlık özelliğine dayandığı için üreme sağlığı sorunları da bu döngüde yaşanmaktadır (35).

Bir toplumda kadın için sadece çocuk doğuran hatta sadece erkek çocuk doğurarak nesil devam ettiren gibi bir görüş varsa, kız çocuklarının ve kadınların eğitimi ihmal edilmişse, kadınlara sosyal yaşantıda ve yasalar karşısında erkeklerle eşit haklar sağlanmamışsa, iş hayatında olma hakkı tanınmamış veya belirli bazı kısıtlamalar getirilmişse kadınların hayatı olumsuz etkilenecektir. Bütün bunlar doğrudan ve dolaylı olarak doğurganlıklarını, psikosoyal hayatlarını etkilenecek bu da üreme sağlığı sorunlarının komplike bir şekilde artmasına sebep olacaktır (43).

Üreme sağlığı DSÖ'ye göre şu başlıkları içermektedir; düşükler, adölesanlar, kanserler, aile planlaması, kadınlara yönelik sakatlama ve zararlı uygulamalar, maternal ve perinatal sağlık, infertilite, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kadına yönelik şiddet vs. (35, 43).

Tüm bunlar dolaylı veya doğrudan kadının üreme sağlığını etkilemekte ve hayatının bütün evrelerinde önem taşımaktadır. Bu yüzden üreme sağlığı sorunları ele alırken kadın hayatının bütün dönemleri incelenmelidir (36).

Gebelerin sağlık arama davranışı konusunu araştıran geniş çerçevede yapılmış bir araştırmaya göre kadınlar ve aileleri için günlük yaşam ihtiyaçları arasında hem kaynak ayırma hem de zaman ayırma açısından öncelikli bir konu olmadığı sonucuna varılmıştır. Sağlık, ancak bozulduğunda, yani günlük hayatı olumsuz etkilediğinde, hatta çocukların hastalanması halinde öncelikli bir konu haline gelebilmektedir (16).

### **4.2.3. Üreme sağlığını etkileyen faktörler**

Üreme sağlığı sorunları birçok etkene bağlı olarak eşitlik göstermektedir. Kadın hayatının farklı dönemlerinde risk oluşturacak sorunları ayrı ayrı ele almak konunun ciddiyetini vurgulamaya yardımcı olacaktır.

#### **4.2.3.1. Çocukluk dönemi**

Çocukluk ağı üreme sorunları için öncelikli olan, her konuda olduğu gibi bilinci artırmaktır. Çocukluktan başlanarak sağlıklı gözlem ve değerlendirmeyele cinsel sağlık ve dolayısıyla üreme sağlığı konularında çocuklar uygun şekilde bilgilendirilirse daha sonraki yaşam dönemlerinde yanlış ve eksik bilgiden kaynaklı üreme sağlığı sorunlarının önüne geçilmiş olur (44).

Kadın cinsiyet her yaşta üreme sağlığı sorunlarından en çok muzdarip olandır. Cinsiyeti kız olması nedeni ile kızlar çocukluk döneminde cinsiyet seçimi, gebeliğin istenmemesi, genital mutilasyon gibi sorunlara maruz kalmaktadır (45). Fetal cinsiyet belirlenmesi, implantasyon öncesinde fetal cinsiyetin belirlenmesi uygulamasıdır. Erkek ocuk tercihinin yapıldığı ülkelerde soyun devamı gerekçesiyle, teknolojik yöntemle kullanılarak dişi fetusun yaşamına son verilmektedir. Cinsiyet seçimi uygulaması Amerika'da yasal olup, Kanada, Almanya ve İngiltere'de yasaklanmıştır. Ülkemizde cinsiyet seçimi yasal değildir. Sadece cinsiyetle taşınan hemofili ya da bazı kas hastalıkları söz konusu olduğuunda cinsiyet seçimine izin verilmektedir. Tıbbi gereklilik dışında yapılan cinsiyet seçimi kadınlar aleyhine ayrımcılığı güçlendirmektedir. Her bir cinsiyete yüklenmiş değer farklılıklarının ne sürülmesi veya cinsiyet ayrımının yapılması etik ve toplumsal açıdan endişe vericidir (45, 46).



Kadın sünneti (genital mutilasyon); Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (BM) tarafından “tıbbi nedenler dışında kadın genital organlarının kısmen veya tamamen çıkarılması” olarak tanımlanmıştır. Gereksiz yapılan ve kadın sünneti, aşırı acı verici ve ciddi sağlık sonuçlarına yol açan bir sorundur (47). Kadın sünneti Afrika, Ortadoğu ve Asya kıtasının bazı ülkelerini de kapsayarak toplam 28 ülkede ve birçok toplumda önemli bir gelenek olarak uygulanmaktadır. Orta ve Güney Amerika’daki bazı etnik gruplar arasında ise kadın sünnetinin farklı formlarına rastlanmaktadır. Aynı zamanda bu uygulamaya maruz kalan tahmini olarak 130–140 milyon kız bulunmakta ve her yıl 3 milyon kız bu tehdit altında yaşamak zorundadır (48, 49). Uygulamanın erken döneminde şiddetli ağrı, hemoraji, şok ve ölüm gibi ciddi sorunlara; geç döneminde ise kronik genital ya da üriner enfeksiyonlar, infertilite ve doğum problemleri gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (46). Genital mutilasyonun (kesimin) yok edilmesi için ulusal ve uluslararası düzeyde iş birliği kurulması gerekmektedir. Halkın ve toplum liderlerinin eğitimi ile dini liderlerle iş birliği yapılması bu uygulamayı yok etmenin en iyi yöntemidir (47).

#### **4.2.3.2. Ergenlik (Adölesan) dönemi (10-19 yaş)**

Bu dönemde kız adölesanlar için daha fazla riskler söz konusu olup bazıları sıralanmış bazıları açıklanmaya çalışılmıştır. Bunlar; menarş, toplumsal baskı, cinsel taciz/istismar, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), anemi/malnütrisyon, madde bağımlılığı (alkol, sigara, uyuşturucu), paralı seks, şiddet şeklindedir (47).

Ergenlik dönemi genel olarak biyolojik değişikliklerin yoğun yaşandığı ve bu etkiyle psikolojik sorunlarında beraberinde geldiği bir dönemdir. Bu dönemdeki üreme sağlığına ait sorunların başında evliliklere bağlı erken gebelikler, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan düşükler, düşüğe bağlı olarak gelişen komplikasyonlar, bekaret denetimi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) şeklindedir (50). Adölesan anneler ve bebeklerinin ölüm ve hastalık hızları yükselmekte ve adölesan annelerde, düşük ve ölü doğum risklerinin görülme oranı artmaktadır. Ergen gebelikler; yetersiz kilo alımı, enfeksiyon, preeklamsi, anemi, erken membran yırtılması gibi sorunların yanı sıra, kadınların eğitimi, sosyal ve ekonomik

gelişimlerinin önünde bir engel oluşturmaktadır. Bebekler açısından da doğumsal malformasyon, erken doğum, düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır (51). Erken yaştaki gebeliklerin genelde istenmeyen gebelik olması, genç kadınları isteyerek düşüğe yöneltmektedir (52). DSÖ verilerine göre bu düşüklerin yarısına yakını uygun olmayan koşullarda gerçekleşmektedir. Korunmasız cinsel ilişki nedeniyle her yıl 2–4 milyon genç sağlığa uygun olmayan koşullarda düşük yapmaktadır (53, 54). TNSA 2008'e göre, 15–19 yaş grubunda yer alan kadınların %3'ü isteyerek düşük yapmıştır. TNSA-2013'te ise kentsel ve kırsal yerleşim bölgelerinde isteyerek düşük seviyeleri sırasıyla 100 gebelikte yüzde 5 ve yüzde 3 olarak belirlenmiştir (55).

Bu dönemin bir diğer sorunu bekaret denetimi olup geleneksel toplumlarda hala uygulanmaktadır. Evlilik öncesi cinsel ilişkinin gebelik ve CYBE gibi olası riskleri sebebiyle koruyucu bir önlemmiş gibi dile getirilse bile, bu durumda düşünülen riskler kadın ve erkek için ortaktır ve eşit yaklaşım beklenir. Ancak, kadının evlilik öncesi cinsel ilişki yaşaması tamamen yasaklanırken, aynı toplumlarda erkeğinki ise tersi şekilde yönlendirilmektedir (45). Kadının kendi bedeni üzerindeki denetimini engelleyen bu tutum, kadında fiziksel, ruhsal sorunlara yol açabilen intiharlara ve namus cinayetlerine yol sebep olan kızlık zarı muayenesi aracılığı ile yapılmaktadır (51, 55, 56).

#### **4.2.3.3. Erişkinlik dönemi (15-49 yaş)**

Üreme fonksiyonlarının en yoğun olarak yaşandığı bu dönemde kadınların karşılaştığı en önemli sağlık sorunları; gebelik, doğum, doğum sonu komplikasyonlar, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşüklükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kansızlık / beslenme bozukluğu, paralı seks, cinsel taciz- istismar, cinsiyet temelli şiddet, hizmetlerden mahrum bırakılma, anne ölümü, anemi, genitoüriner enfeksiyonlar, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı olarak belirtilmektedir (57).

Temel noktası kadının doğurganlığı olan üreme sağlığı sorunları doğrudan veya dolaylı olarak hayat standartlarını etkileyen sonuçlara neden olabilmektedir (58, 59). Bu sorunlardan birçoğu gelişmekte olan ülkelerde her yıl görülmekte ve yarım milyondan fazla kadının hayatını kaybetmesine neden olmaktadır. Anne ölümleri

insan hakları açısından da kadınların sağlık konusunda dezavantajlı olduklarının en uç ve somut örneğidir (60).

Kadınların gebelik yaşı, doğumları arasında geçen süre, toplam gebelik sayıları ve yaşanan sosyo-kültürel ve ekonomik etkenler ölüm oranlarını etkilemektedir. Kadınların yeterli doğum öncesi bakım almamaları, güvenli ve sağlıklı ortamlarda doğum yapmamaları ve uygun aile planlaması hizmeti almamaları sorunları artırmaktadır. Maternal nedenlerin kadınlara doğurganlık dönemlerinde büyük bir hastalık yükü getirdiği görülmektedir (33, 61).

Kadınların sağlığı için en önemli dönemlerden olan hem anne hem bebek sağlığını etkileyen gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdir. Bu dönemlerde karşılaşılabilecek hayati risk (kanama, enfeksiyon, anemi, hipertansif bozukluklar) faktörlerine karşı doğum öncesi ve doğum sonrası bakım yeterli bakım almaları önemlidir (33, 40). Bu sorunlar Afrika ve Latin Amerika kadınlarının da en sık rastlanan ölüm nedenleri arasında sayılmaktadır (40). Türkiye’de doğurganlık düzeyi kırsal alanlarda, kentsel alanlara göre oldukça yüksektir ve bu yüzden olası sorunların en aza indirilmesi için bu bölgelerde ki kadınlar bilinçlendirme ve bakım verme adına önemle ele alınmalıdır (55).

Üreme sistemi enfeksiyonları dünyada ve Türkiye’de kadınlar arasında sık görülen üreme sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Bu enfeksiyonlar önlem alınmadığında geri dönüşü olmayan veya çok zor olan üreme ve genel sağlık problemlerine yol açabilmektedir (62).

Başka bir sorun olan güvensiz kürtajlar sonucunda ise oluşan enfeksiyonlar, gebelikte veya doğumun bir komplikasyonu olarak nadiren kronik sakatlığa ve ölüme neden olabilir (50).

Türkiye’de ve dünyada CYBH ve HIV’in esas bulaşma şekli korunmasız heteroseksüel ilişkidir. Cinsiyet eşitsizliği yönünden düşünüldüğünde özellikle kayıt dışı çalışan seks işçilerinin hem zorunlu sağlık izleminde yer almadıkları hem de kondom kullanımına ilişkin ısrarcı olamadıkları için üreme sağlığı sorunlarına maruz kalan en riskli grupta yer almaktadırlar. Aynı zamanda seks işçileri ile birlikte olan evli erkeğin eşi de bu bulaş açısından risk altındadır (63, 64).

Riskli grupta yer alan bir diğerk grup zor kullanılarak cinsel ilişkiye girilen kadınlardır. Nedeni zorla girilen cinsel ilişkinin HIV bulaşma riskini artırmasıdır. CYBH'ye karşı önlem alınmaması sonucu kronik pelvik ağrı, kısırlık, ektopik gebelik, servikal kanser, pelvik yapışıklıklar, enfekte annenin bebeğinde yenidoğan pnömonisi, ve yenidoğan ölümleri meydana gelebilmektedir (40, 63). Kadınlar HIV tedavisinden faydalanamamakta ve yaşamlarının erken döneminde hayatlarını kaybetmektedirler. Dünya Sağlık Örgütü 2012 Aralık verilerine göre 35,3 milyon kişi HIV ile enfekte olup, hemen hemen yarısını (17,7 milyon) kadınlar ve genç kızlar oluşturmaktadır. Salgının bu anlamda 'feminizasyonu'Sahra Güneyi Afrika'da çok belirgindir (12).

Temelinde toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yer aldığı cinsel taciz-tecavüz, cinsel istismar olayları sonrası en sık görülen ruhsal hastalıklar olarak travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, aşırı kaygı, organik bir temeli olmayan dirençli ağrılar, madde-alkol kullanmaya başlama veya miktarının artırılması sayılabilir (40, 63).

Cinsiyet eşitsizliğinin getirdiği sorunlardan biri kadına yönelik şiddettir. Kadın şiddetinin ortaya çıkmasında, tekrarlanmasında, türü ve ağırlığını etkileyen çokça faktör bulunmakta ve şiddetin temel kaynağı asıl olarak, kadın ve erkek arasında, ataerkil toplumun getirdiği asimetrik güç ilişkisidir (51). Kadına yönelik şiddet çoğu toplumda ve kültürde son derece yaygın görülen bir olaydır (46). Dünya üzerinde erkeklerden fiziki şiddet gören kadın tahmini oranını %25–50 olarak bildirilmiştir. Türkiye'de yapılan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (2015) sonuçlarına göre, ülkemizde kadınların yüzde 36'sı fiziksel şiddete, yüzde 12'si cinsel şiddete maruz kaldığını belirtirken, kadınların yüzde 38'inin iki şiddet biçiminden en az birine maruz kalması, çoğunlukla cinsel şiddetin fiziksel şiddet ile bir arada olduğunu göstermektedir Ayrıca günümüzde oldukça görünür olan kadın cinayetleri de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yol açtığı diğerk bir sorundur (65).

Kadın üreme sağlığı içinde hayati başka bir sorun demir eksikliği anemisidir. Aneminin gravida, parite, yaşayan sayısı ve abortus sayısı ile arttığı bilinmektedir. Dolayısıyla doğurgan çağdaki kadınlarda anemiyi önlemek amacı ile etkili aile planlaması yöntemleri kullanılmalı, gebelikler arasındaki süre uzatılmalı, gebelik sırasında ve gebelik dışındaki zamanlarda da jinekolojik danışmanlık ve demir desteği sağlanmalıdır (66).

İnfertilite her iki cinsiyet için de sorun olmasına rağmen birçok toplumda gerek sosyal gerek psikolojik yönden kadınları daha çok etkilenmektedir. İnfertilitenin tanı ve tedavi aşamalarında neredeyse tüm girişimlerinden kadınlar etkilenmektedir. Dünya ve Türkiye genelinde infertil çift sayısı giderek artmaktadır (57, 60).

Kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma durumu erkeklere göre üç kat daha fazladır ve kullandıkları yöntemler riskleri ve yan etkileri daha yüksektir (40).

#### **4.2.3.4. Menopoz dönemi (50+ yaş)**

Menopoz sadece kadınların yaşadığı bir durumdur ve sağlık sorunlarının en çok ihmal edildiği dönemdir. Menopoz döneminde beliren fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Meme ve üreme sistemi malignansileri, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve üreme sistemine ait prolapsuslar menopozla ortaya çıkan kadına özgü önemli sağlık sorunlarıdır. Karşılaşılan sorunların çoğu ihmal edildiği için artarak büyümesine sebep olabilmektedir. Kadınların bu dönemde yaşadığı üreme sağlığı bağlantılı sorunların kaynağı atrofiye bağlı olmakla birlikte bazıları şöyledir; malignansiler, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve prolapsus şeklindedir (67, 68).

Kadınların sağlık gereksinimlerinin sadece doğurganlık dönemiyle sınırlanmaması önemlidir. Menopoz dönemi kadınların genitoüriner sistemlerinde çeşitli değişikliklere yol açarak kadınları gerek biyolojik gerek psikolojik açıdan önemli sağlık sorunlarına maruz bırakmaktadır (67).

### **4.3. Türkiye’de ve Dünya’da Kadın Sağlığının Durumu**

Ülkemizde ve diğer ülkelerde kadın sağlığı sorunları tüm sağlık sorunları arasında en ön sırada yer almaktadır. Kadınlar hem doğurganlıkla ilgili sorunlar hem de kadının toplumdaki yeri nedeniyle sağlık risklerine maruz kalabilmektedir (12, 32, 40). Türkiye’nin de çeşitli kesimlerinde hala kadınların erkeğe kıyasla daha az değer gördüğü üzücü bir gerçektir. Bu sorun ülkenin az gelişmiş bölgelerine gidildikçe daha da belirginleşmekte ve bu yüzden kadınların sağlığı geri plana atılmaktadır (69).

Kadın sağlığının durumunu iyi ya da kötü olarak gösteren sonuçlar benzer temellere dayanmaktadır. Literatürde göze çarpan ana konular eşitsizlik, eğitim, ekonomik güç, etnik ve kültürel faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (70, 71, 72, 73). Çok yakın tarihlerde Danimarka ve İsveç'te etnik ve azınlık gruplarla yapılmış bir çalışmada baskın dini faktörlerin ve düşük sosyoekonomik durumun kadınların sağlık davranışları önündeki en büyük engellerden olduğu sonucuna varılmıştır (70). Çin'de kırsal ve kentsel bölgelerde üreme çağındaki kadınların ele alındığı bir çalışmada ana sağlığı hizmetlerinin kullanımındaki eşitsizlikler ve belirleyicileri incelemiş ve sonuç olarak; kadınların en çok sorunla karşılaştığı gebelik ve doğuma ilişkin konularda özellikle kırsal kesimde daha genç, daha az eğitilmiş, işsiz, yüksek pariteye sahip ve yoksul kadınlar için anne sağlığı hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin sağlanması ve kullanımına dair eşitsizliğin azaltılması gerektiğine vurgu yapılmıştır (74).

Dünyanın çoğu yerinde kadın sağlığı açısından önem taşıyan başka bir konu üreme sistemi enfeksiyonlarıdır. Hindistan'da yapılan bir çalışmaya göre gecekondü bölgesinde yaşayan kadınlar arasında üreme sistemi enfeksiyonlarının bulgu ve semptomlarının sıklığı yüksek olarak bulunmuştur (75). Vietnam'da yapılan bir araştırmaya göre kırsal ve düşük sosyoekonomik bölgede yaşayan üreme çağındaki kadınlar arasında üreme sistemi enfeksiyonlarına ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu sonucuna varılmış. Çalışma sonucunda genç ve evlenmemiş kadınların sağlık eğitimlerinin özel olarak hedef alınması gerektiği belirtilmiştir (76). Türkiye'de en sık belirtilen enfeksiyon semptomları arasında yer alan vajinal akıntı ise ülke genelini yansıtan bir çalışmada görülme oranları ilköğretim mezunu kadınlarda %53.7, üniversite mezunu olanlarda %8.65 olarak belirtilmiştir (77).

Kadın sağlığını durumu birçok açıdan ele alınabilmekte ve konu ile ilgili çeşitli verilere ulaşmak mümkündür. Yapılan araştırmalarda ülkemizin kadın sağlığı açısından temel sorunları arasında olan anne ölümlerinin yüksek oranda olması istenmeyen gebeliklerin fazla olması, CYBE/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması, gençlerin CS/ÜS bilgilerinin yetersiz olması gibi sorunlar tespit edilmektedir. Ulusal Anne Ölümleri Çalışılmasına göre ülkemizde anneliğe bağlı ölümlerin %54'ü doğum sonrası dönemde meydana gelmektedir (78). Anne ölüm sebepleri arasında yer alan ve önemli bir kadın sağlığı göstergesi sayılan anemi sıklığı ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda gebelerde %14-49 arasında olduğu ve gebelerle yapılan farklı

çalışmalarda ölüm oranları; İstanbul'da %14.7, Manisa'da %32.1, Diyarbakır'da %23.1, Batman'da %19.2 olarak tespit edilmiş iken, toplum taramalarında ise Malatya'da %27.1, Mersin'de %49.4, Van'da %40, Elazığ'da %42.4, olarak bildirilmiştir (79, 80).

Kadın sağlığı açısından önem arz eden kadın kanserleri oldukça yaygındır. Sık rastlanan ve ölüme sebep olan kanser türü meme kanseri olarak bildirilmektedir (81, 82).

Kadınlar kendilerine özgü sağlık problemleri dışında kadın sağlığını etkileyen genel sağlık problemleriyle karşılaşabilmektedirler. Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu araştırmaya göre kronik hastalık yaşayan kadınların daha çok kentlerde (%73.93) yaşayanlar olduğu ve yaşla birlikte genel sağlık problemlerinin arttığı saptanmıştır (77).

Dünya üzerinde savaşlar veya farklı sebeplerden göç eden kadınların sağlık durumları ihmal edilen konulardandır. Türkiye'de Suriyeli mülteci kadınlarla yapılan bir çalışmaya göre kadınlar genç yaşta evlenmekte, çok sayıda doğum yapmakta, kadın sağlığını korumaya yönelik davranışlar konusunda, aile planlaması hizmeti almada ve yöntem kullanmada yetersizlikler yaşadıkları, üreme sağlığını ilgilendiren sorunlardan en çok jinekolojik enfeksiyon belirtisi olan anormal akıntıyı tarif ettikleri saptanmıştır (83). Tüm bu sağlık sorunlarıyla baş etmeye çalışan kadın diğer yandan psikolojik olarak olumsuz etkilenmektedir (84).

#### **4.4. Sağlık Hizmetleri**

Sağlık hizmetleri toplumları oluşturan kişileri birçok hastalık ve sakatlıklardan koruyup; ruhsal, iktisadi ve sosyal bağlamda hayatlarını huzur içerisinde sürdürebilmelerini sağlama amaçlı faaliyetlerin bütünüdür (85). Sosyal refah anlayışında olan devletler, temel insan hak olan sağlık hizmetlerini tüm topluma etkin, verimli ve yeterli bir düzeyde sunmak ya da gerekli tedbirleri almakla yükümlü görölmektedirler.

Sağlık hizmetleri;

- Koruyucu (önleme amaçlı) sağlık hizmetleri

- Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri
- Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri olmak üzere sınıflandırılmaktadır.

Ülke çapında sağlık politikaları geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetleri sunma görevi resmi olarak Sağlık Bakanlığı'na aittir. Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra diğer kamu kurumları, hükümetin dışındaki kuruluşlar ve özel sektör de çoğunlukla tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinin yürütülmesine katkıda bulunmaktadırlar (86).

Türkiye'de hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın başında sağlık bakanı olmak üzere Teftiş kurulu Başkanlığı Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Denetim Birimi; Özel Kalem Müdürlüğü, Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Bakan Yardımcıları; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Bakanlığı; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlığın Geliştirilmesi Müdürlüğü , Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Müdürlüğü, Proje Yönetimi ve Destek Birimi, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ve Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü hiyerarşik yapısı altında yürütölmektedir. İl düzeyinde sağlık hizmetleri valiliklerin sorumluluğu altında Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütölmektedir. İl Sağlık Müdürü tedaviye yönelik hizmetlere ek olarak tüm temel sağlık hizmetlerinin sunulmasından da sorumludur. İlçelerde İlçe Sağlık Müdürleri sağlık hizmetlerinin planlanıp uygulanmasına dair görevleri yerine getirmektedirler (86, 87).

#### **4.4.1 Üreme sağlığı hizmetleri**

Üreme sağlığı hizmetleri bir dönem “ana çocuk sağlığı ve aile planması “çerçevesinde ele alınırken Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansından (1994) sonra kadının sağlık gereksinimlerinin sadece anne olarak değil, onun üreme ve cinsel sağlığı olarak tüm yaşam dönemlerinde toplumsal cinsiyet eşitliği çerçevesinde ele alınması uygun görölmüştür (39).

Türkiye üreme sağlığı programı CS/ÜS hizmet içi eğitim modülünde üreme sağlığı hizmetleri; cinsel sağlığı da kapsayacak biçimde üreme sağlığı sorunlarını önleyerek



ve çözümler üreme sağlığını olumlu etkileyecek yöntemler, teknikler ve hizmetler bütünü olarak tanımlanmakta, üreme sağlığı hizmetleri aracılığıyla uygun yaşta herkese ulaşması gerektiği belirtilmektedir (88). Üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamı: Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme-egitim iletişim, Yaygın aile planlaması hizmetleri, aile planlaması konusunda bilgilendirme-egitim-iletişim ve danışmanlık, etkili ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; sağlıklı doğum, doğum öncesi bakım, doğum sonrası bakım, emzirme, genital enfeksiyonlarının etkin kontrolü, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) önlenmesi ve AIDS ile mücadele, infertilitenin önlenmesi ve tedavisi, güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı sonuçlarda gerekenin yapılması, üreme organları malignansilerinin önlenmesi ve tedavisi, beslenme, bebek ve çocuk sağlığı, adolesan sağlığı ve cinselliği, sağlıklı yaşam biçimi, çevresel faktörlerin düzenlenmesi, CS/ÜS ile ilgili sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi şeklindedir (88, 89).

Sağlık hizmetleri planlanıp sunulurken kişilerin bu hizmetlerden haberdar olup olmadığı veya ne kadarını ne zaman, hangi durumlarda, nasıl kullandığı hizmet kalitesi ve en önemlisi de toplum sağlığı açısından çok önemlidir (15, 90).

Ülkemizde üreme sağlığı hizmetleri Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı bünyesinde yürütülmektedir. Bu kapsamda yürütülen hizmetler; anne ölümlerini izleme / obstetrik kanamaya müdahale eğitimi programı, 15-49 yaş kadın izlemi, evlilik öncesi danışmanlık, gebe bilgilendirme sınıfı, doğum öncesi bakım, misafir anne uygulaması, vitamin mineral desteği, riskli gebeliklerin izlemi/ yüksek riskli gebe takibi modülü, acil obstetrik bakım, anne dostu hastane, hastane doğumları ve sezaryen/ doğum eylem planı, doğum sonu bakım, üreme sağlığı hizmet içi eğitimleri şeklindedir (91).

Bu hizmetlerin birçoğu aile ve toplum sağlığı merkezlerinde verilmektedir. Örneğin doğurganlık dönemi olarak da bilinen 15-49 yaş döneminde ki kadınlara aile sağlığı merkezlerinde “15-49 kadın izlemi” hizmeti uygulanmaktadır. Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkez’leri (KETEM) ile aile ve toplum sağlığı merkezlerince serviks ve meme kanseri taramaları birlikte yürütülen hizmetlerdendir (91). Ülkemizde bu hizmetler sayesinde aile planlaması yöntemi kullanımının arttığı, istenmeyen

gebeliklerin önleendiği, tespit dışı gebeliklerin azaldığı, erken dönem kanser vakalarının belirlendiği ve tetanoz bağışıklama oranlarının arttığı görölmektedir (57, 92).

#### **4.5. Sağlık Arama Davranışı**

Dünyanın farklı yerlerindeki insanlara sağlığın kendileri için ne anlama geldiği sorulduğunda birçoğu benzer şekilde önem ve değer belirten ifadeler kullanacaklardır. Belirtilen ifadeler insanların söylediklerine uygun bir şekilde yaşadıkları anlamına gelmemelidir. Günlük hayatta kişiler için sağlık geri planda tutulmakta ve genellikle kaybedildiğinde önemi anlaşılmaktadır (93).

Sağlık arama davranışı, bireylerin herhangi bir sağlık problemi yaşaması durumunda sağlığıyla ilgili sorumluluğunu yerine getirerek tedaviye ya da bakıma ulaşma seçeneklerini değerlendirmesidir (14).

Literatürde kavram analizi olarak planlanmış bir çalışmada sağlık arama davranışı için “optimum sağlık, iyileşme ve rehabilitasyon için yapılan kişisel eylemler” tanımı yer almaktadır (94). Bu tanımlar, sağlık arama davranışının bir sağlık sorunuyla veya sağlık problemi olmadan ortaya çıkabileceğini ve potansiyelden gerçek sağlığa kadar olan yelpazeyi kapsadığını ileri sürmektedir. Beden sağlığı konusunda rahatsızlıkları kişiler hemen her kültürde bu şikayetleri gidermek için birbirinden farklı da olsa çeşitli arayışlar içine girmektedir. Başka bir ifadeyle bireylerin kendilerini iyi hissetmediklerinde giriştikleri eylem arayışlarıdır. Bu arayışlar, bazen doktora başvuru, bazen kendi kendine ilaç kullanma, bazen güvendiği bir kişinin önerisine uyma, bazen de doğaüstü güçlerden yardım umma gibi uygulamalarla sonuçlanmaktadır (15, 16, 94).

Kuşkusuz sağlık hizmetlerinin kullanımı azaldıkça kadın sağlığının ölüm ve hastalık risklerinden ne ölçüde olumsuz etkileneceği de ortaya çıkan sorunlarla kendini belli etmektedir. Kadınların sağlık arama davranışlarını etkileyen faktörler belirlenip engellerin üzerinde durularak sorunlar en aza indirilebilir (95).

#### **4.5.1. Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler**

Bireylerden genellikle sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurarak verilen tedaviyi kullanmaları beklenir. Bu aşamada yapılacak sağlık arama davranışını birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler en genel haliyle kişilere ve hizmet sunucularına ait olan faktörlerdir. Bunun yanında kişilerin ekonomik, coğrafi ve kültürel şartları ile ilgili durumları da dolaylı ya da direk etkileyebilmektedir (90).

#### **4.5.2. Sağlık hizmeti alacaklara ilişkin faktörler**

Bu başlık altında sağlık arama davranışını etkileyen faktörler, kişilerin ekonomik, coğrafi ve sosyokültürel durumları yönüyle ele alınacaktır. Üç başlık kendi içinde birçok faktörü barındırmaktadır. Dolaylı ya da direkt sağlık aramaya engel olan bu faktörler yurt dışı kaynaklı çalışmalarda da benzer şekilde; sosyal, ekonomik ve çevresel bağlamlar şeklinde gruplandırılmıştır (96).

##### **4.5.2.1. Ekonomik faktörler**

Araştırmalar sağlık arama konusundaki yetersizliklerde ekonomik sebeplerin önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir. Yoksulluk sağlık algısını etkilemekte ve sağlık algısı kötü olarak belirtilse bile yetersiz maddi imkân sebebiyle sağlık bakımı geri plana atılmaktadır (97, 98). Yapılan bir araştırmaya göre katılımcılar sağlığın da önemli olduğunu ancak düşük gelir sebebiyle kazandıkları parayı öncelikli olarak gıda ve ev giderlerine harcamak zorunda olduklarını belirtmişlerdir (89). Ekonomik yetersizlikler sebebiyle herhangi bir hastalıktan çok, acil müdahaleyi gerektiren durumlarda sağlık kurumuna başvurulmaktadır (16, 89).

İngiltere'de sağlık bakımında kişi başına düşen harcama yılda 1039 \$ iken Bangladeş'te 7\$'dir. Bu durum her kadınları da erkekleri de olumsuz olarak etkilemektedir. Yeterli ekonomik gücü ya da ekonomik özgürlüğü olmayan kadınların yetersiz sağlık arama davranışları daha fazla sorunla karşılaşmalarına sebep olmaktadır (18, 37).

Ekonomik sebepler arasında sağlık güvencesinin olup olmaması, gelir getiren bir işinin olup olmaması, evli ise eşinin iş durumu, gelir algısı gibi faktörler yer almaktadır. Sağlık güvencesine sahip olmayan bireyler kendi kendilerini tedavi etmeye çalışmakta ve olumlu sonuç alamazlarsa sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar (99). Yapılan bir çalışmada katılımcıların düzenli bir gelire sahip olmaları ve gelir seviyelerinin artması durumunda sağlık davranışlarının ve benlik algılarının olumlu yönde etkilendiği grlmştr (100).

#### **4.5.2.2. Coğrafi faktörler**

Sağlık durumu üzerinde doğrudan veya dolaylı etkisi olan evre şartlarındaki değişimler hastalıkların oluşmasında kolaylaştırıcı olabileceği gibi kişinin evre şartlarına uyumundaki eksiklikler de aynı şekilde hastalıkların oluşmasına yol açabilmektedir (101).

Kırsal bölgeler sağlık arama davranışlarının genel olarak yetersiz olduğu kesimler olarak bilinmektedir. Gelişmemiş, gelişmekte olan ya da kırsal kesimler olarak belirtilen bu bölgelerde kadınların sağlık arama davranışlarındaki yetersizlik birçok çalışmada dikkat çekmektedir (17, 19, 101, 102, 103). Çinli kadınlarla yapılmış bir çalışmaya göre kırsal bölgede yaşıyanların sağlık sorunlarının anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır (74). Güney Afrika'da Kırsal ve kentsel bölgelerde sağlık arama davranışı incelemek için yapılan bir çalışmada kırsal bölgede yaşıyanların çeşitli sebeplerle sağlık hizmeti alım oranları kentsel bölgede yaşıyanlara göre düşük çıkmıştır (104). Bu nedenler arasında ulaşım zorluğu önemli bir yere sahiptir. Yaşıyan bölgenin sağlık kurumuna olan uzaklığı sağlık arama konusunda engel teşkil etmektedir.

Sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamayan bölgelerde yaşıyan insanların, gerektiğinde kendi hekimliklerini yaptıkları grlmektedir. Örneğin; Afrika'da yapılmış bir çalışmada bölgedeki ülkelerde doğumların çoğunlukla geleneksel yöntemlerle yapıldığı (104); Ghana, Mali, Nigeria ve Zambia'da sıtmadan kaynaklanan yüksek ateşin %60 oranında evlerde otlarla tedavi edilmeye çalışıldığı DSÖ raporlarıyla bildirilmektedir (29).

### 4.5.2.3. Sosyokültürel faktörler

Çevresel etkenler arasında da sayılabilecek olan sosyokültürel faktörler, insanların toplumsal rolleri nedeniyle etkilendikleri faktörlerdir (93). Kadınların ailesel ya da toplumsal kararlarda söz sahibi olabilmelerine en büyük katkıyı toplumun bakış açısı sağlamaktadır. Ailelerdeki kararlarda görülen cinsiyet ayrımcılığı özellikle erkeklerin toplumsal statüsünü kadınlardan üstün gören ataerkil yaklaşımdan kaynaklanmaktadır (68). Dünyanın bazı yerlerinde durum farklı olsa da sağlık hizmeti elde etmede cinsiyet eşitsizliğinin olduğu ile ilgili önemli sonuçlar vardır. Sağlık bakımı konusunda en acil ele alınması gereken konu maddi yetersizlikleri olan bireylerin tıbbi yardım alamamasıdır. Örneğin; ABD gibi zengin ülkelerde bile maddi zorlukları olan kadınlar aynı gruptaki erkeklerden daha az sağlık bakımını alabilmektedir (37).

Dünyanın belirli bölgelerinde kadın ve kızlar için aile üyelerinin daha az sağlık harcaması yaptıkları, toplumda kadın sağlığının yeterince önemsenmediği, hatta kadınların kendilerinin de sağlık taleplerinin yetersiz olduğu çalışmalarla görülmektedir. Bu durum onların hem düşük sosyal statülerini hem de karar verme güçlerinin yetersizliğini yansıtır. Ataerkil toplumlarda ya da sadece erkeğin çalıştığı ailelerde parayı genellikle erkekler kontrol eder. Bu ekonomik, sosyal ve kültürel engellerin yanı sıra kadınların kendilerinin duygusal ve kognitif kapasiteleri de onların sağlık bakımına ulaşmasını engeller. Çoğu kültürde kadınlar yaşadıkları sağlık sorunlarını çaresizce kabullenmekte ve kader olduğuna inanmaktadırlar. Örneğin; baş ağrısı ya da vajinal akıntı gibi sorunlar olası kabul edilebilmektedir. Özgüven düşüklüğü kadınların talep etme yeteneklerini olumsuz etkiler ve eğer bu sorunlar toplum tarafından bilinçli bir şekilde karşılanmayan bir problem ise kadınlarda mahcubiyete de sebep olabilir (96, 102).

Eğitim eksikliği kadının özgüveni olumsuz olarak etkilemekte ve kendisine olan saygısını da azaltmaktadır. Bu durum kadının kendi vücudunu tanıyarak sağlık bakımı gereksinimlerini doğru şekilde belirlemesini engeller. Geleneksel olarak kadın sağlığı hizmetleri kadınların üreme çağlarında özellikle de kontrasepsiyon ve güvenli/sağlıklı doğuma yoğunlaşmıştır. Bu yaklaşım ana- çocuk sağlığı sorunlarının yoğun, ölüm oranlarının yüksek olduğu bölgelere uygun bir yaklaşımdır. Ayrıca bu durum

milyonlarca genç ve postmenopozal olan kadının sağlık gereksinimlerinin göz ardı edildiği anlamına da gelmektedir (102).

Toplumsal ve kültürel kavramların etkisinde beliren ve kişisel sayılan bazı etkenlere literatürde sıkça rastlanmaktadır. Bu faktörler: medeni durum, cinsel tutum, anlayış ve davranışlar, hamilelik, doğum ve doğurganlıkla ilgili tutum, beslenme ve giyim tarzıyla ilgili faktörler, din ve inanç sistemleri ile ilgili faktörler, sigara, alkol, madde ve diğer alışkanlıklar ile ilgili faktörler, vücut imajı ve güncel sağlık algısı ile ilgili faktörler, yaşam tarzı ile ilgili faktörler, psikolojik nedenler, kişilerin yaşamlarındaki öncelikleri, utanma hastalık veya rahatsızlığın ciddiyeti ile ilgili faktörler olarak sayılabilir. Bunların yanında, eğitim durumu, aile durumu gibi etkenler de karşımıza çıkmaktadır (16, 93, 104, 105, 106, 107).

Özellikle kişilerin tedavi ile ilgili inanç, kabul etme, tedaviye devam etme, düşünce tarzları ve hastalıkla ilgili algılarının sağlık taleplerinde etkili olduğu bilinmektedir (98). Sağlık hizmeti alma ya da kullanma farklı faktörlerin etkisi altında olmasının yanında yoğun ve kapsamlı bir süreç olması sebebiyle talebin her zaman istenilen ölçüde karşılanması mümkün olmayabilmektedir (91).

Bazı çalışmalarda karşımıza çıkan bir başka faktörün ırk olduğu belirtilmektedir. Bu faktör özellikle kadın sağlığı çalışmalarında yer almaktadır. Bu çalışmalardan birinde siyah ırka sahip kadınların diğer ırklara göre üreme sistemi enfeksiyonlarına daha çok yatkın olduğu ve daha fazla soruna maruz kalabileceği belirtilmektedir. Aynı çalışmada kullanılan hijyen ürünlerinin alerjik reaksiyonlara, tahrişe enfeksiyona yatkınlığı artıracakları belirtilmektedir (107).

Dünyanın gelişmiş ülkeleri arasında sıralanan Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre cinsiyet sağlık arama davranışlarında etki eden faktörlerden biri olarak belirtilmiş. Bu çalışmadaki bireylerin genel olarak eğitim seviyesinin iyi düzeyde olduğu ve literatür sonuçlarına benzer olarak kadınların sağlık arama davranışlarının daha iyi durumda olduğu belirlenmiştir (14).

Kadın sağlığındaki modern yaklaşım, kadınları tüm yaş gruplarında hayat boyu etkileyebilecek faktörleri göz önünde bulundurarak ele alınan geniş kapsamlı bir yaklaşımdır (102).

### 4.5.3. Sağlık hizmeti sunucularına ait faktörler

Bireylerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk sağlık kuruluşu tercihinde etkili olan etkenler literatür incelenmesi sonucu şöyle sıralanabilir;

- Sağlık profesyonellerinin her an hizmet vermeye hazır durumda bulunması,
- Sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli olması,
- Sağlık profesyonellerinin hizmet verdikleri alanlara hâkim, bilgi ve beceri yönünden donanımlı olmaları,
- Doktorların sağlık sorununa ilişkin teşhis ve tedavisine duyulan güven,
- Sağlık kuruluşunun genel temizlik düzeyi,
- Sağlık kuruluşunun hasta yoğunluğu ve gürültü düzeyi,
- Sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği,
- Daha önce sunulan hizmete ilişkin memnuniyet düzeyi,
- Sunulan hizmet için hizmet sunanların (doktor, ebe, hemşire vs.) yeteri kadar zaman ayırması,
- Sağlık çalışanlarının, kişilere hizmet talebi süresince yardımcı olmaları,
- Doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine özen göstermesi,
- Doktorların/sağlık çalışanlarının sağlık sorunu olan kişilere ilişkin teşhis, tedavi, egzersizler ve ilaç kullanımı konusunda açıklayıcı, anlaşılır bilgi vermesi,
- Doktorların/ sağlık çalışanlarının şikayetleri dinleme, anlama ve soruların kolaylıkla anlaşılacağı şekilde cevaplanması,
- Teşhis ve tedavi için gerekli olan tıbbi cihazların varlığı, modern olması ve hijyen düzeyi,
- Tüm branşlarda uzman doktorların varlığı,
- Sağlık kuruluşuna geldikten sonra tedavi olmak için geçen süre,
- Sağlık kuruluşuna ulaşımın kolay ve maliyetinin düşük olması,
- Kurumlarla anlaşmalar veya sosyal güvence nedeniyle ücretsiz tedavi olma imkânı,
- Doktorların/sağlık çalışanlarının dış görünüşlerinde özenli ve temiz olmaları,
- Muayene odalarının temiz ve düzenli olması,

- Doktor kabulü sırasında bekleme süresi,
- Hemşire ve diğer sağlık personelinin eğitiminin iyi olması,
- Sağlık kuruluşunun genel aydınlatma, ısıtma ve havalandırma düzeyi,
- Hemşire ve diğer sağlık personelinin sabırlı, saygılı ve anlayışlı olması,
- Sağlık kuruluşunda geçirilen süre içerisinde bilgilendirilme düzeyi,
- Kayıt işlemlerinde görevli olan personelin ilgilenmesi ve yardımcı olması,
- Sağlık kuruluşunun tanıdıklar tarafından tavsiye edilmesi,
- Sağlık kuruluşunda yardımcı olabilecek tanıdıkların varlığı şeklinde sıralanabilir (83, 104, 107, 108, 109, 110).

#### **4.5.4. Kadınların sağlık arama davranışları konusunda bilinçlendirilmesi**

Kadın ve sağlığının tüm dünya sağlığı için tartışılmaz öneme sahip olduğu görülmektedir. Kadınların hayatlarına saygı ve sosyal özgürlüğü getirmek, onlara gerçek sosyal statüler ve sağlıklı bir yaşam sunmanın yolu öncelikli olarak sağlıklarını nasıl koruyabilecekleri konusunda bilinçlendirme programlarına gereken önemi vermekten geçmektedir (104).

Kadınlara sorunların pek çoğunun önlem alınmadığında yaşam kalitelerini olumsuz etkileneceği vurgulanmalıdır. Geciken bazı davranışlar sonucu tanı veya tedavi zamanında yapılmadığında sağlıklarını geri kazanmaları için geçen sürede hem ciddi maddi kayıplara hem de fiziksel, psiko-sosyal sorunlara yol açılacağı konusunda bilinç kazandırılması ciddi önem arz etmektedir. Sağlık çalışanları yoluyla kadınların üreme sağlığının korunması ve olası sorunlarda uygun sağlık davranışları konusunda bilinçlendirmeleri sorunların azalmasına katkı sağlayacaktır (38, 88).

Ebeler, görev, yetki ve sorumlulukları sebebiyle kadınlara yaşamlarının her döneminde en yakın sağlık çalışanlarıdır. Ebelerin üreme sağlığının korunmasına dair bazı görevleri şöyledir; cinsel sağlığın da içinde yer aldığı üreme sağlığı hizmetlerini yürütmek, doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların izlemine yapmak, yaptığı izlem ve takiplerle doğum öncesi, doğum ve sonrasında olası riskleri tespit etmek, acil obstetrik durumlarda Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen ilaçları uygulamak, aile planlaması hizmetlerini sunmak, kadınlara ait tarama programlarında yer almak şeklinde belirtilmektedir (92,111).



Ebeler üreme sağlığı sorunları arasında yer alan erken yaşta yapılan evlilikler ve bu evliliklerin getireceği riskler konusunda bireyi ve toplumu eğitme rolünü üstlenmelidirler. Ebeler kadınlara geniş kapsamlı sağlık hizmeti verilmesi konusunda öncülük etmeli, ev ziyaretleri yaparak kadınlar hizmet almaya yönlendirmeli ve cesaretlendirmelidir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, gebelik, doğum, doğum sonu dönem ve tüm hayatları boyunca karşılaşabilecekleri üreme sağlığı sorunlarında destek olmalıdırlar (111).



## 5. METOD VE MATERYAL

### 5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel tanımlayıcı araştırma olarak yapılmıştır.

### 5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Aksaray iline bağlı bir ilçede bulunan devlet hastanesinin poliklinikler katında gerçekleştirilmiştir. Hastanede 12 tane poliklinik odası bulunmakta bu polikliniklerde 7 uzman doktor poliklinik hizmeti vermektedir. Acil (74 625) servis dışında bu polikliniklerde yıllık ortalama 65 717 hasta bakılmaktadır. Hastanenin kadın doğum polikliniğinde aylık ortalama 630 hasta muayenesi yapılmaktadır. Kadın doğum polikliniğinde aile planlaması hizmetleri, anestezi gerektirmeyen küçük cerrahi girişimler, gebelik muayeneleri gibi hastane şartlarının uygun olduğu hizmetler verilmektedir. Araştırmanın verileri Aralık 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında araştırmacının hafta içine denk gelen mesai günlerinde ve mesaisinin bitiminde (nöbet sonrası) uygun olan zaman dilimlerinde toplanmıştır.

### 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni araştırmanın yapıldığı ilçede ikamet eden evli kadınlardan oluşmaktadır. Örneklem hesaplamasında araştırmanın yapıldığı tarihlerde ilçe nüfusuna kayıtlı 4651 18-49 yaş arasındaki evli kadın alınmıştır. Hesaplama yapılırken Türkiye’de yapılan araştırma verilerine göre %75 olan genital enfeksiyon oranı dikkate alınmıştır (8, 27).

Evreni bilinen örneklem hesaplaması formülünden

$N =$  Evren büyüklüğü

$p=0.75$     $q=0.25$  (1.0-0.75)

$t=1.96$     $d=0.05$

$n = \frac{(4.651).(0.75).(0.25).(1.96)^2}{(4.651-1). (0.05)^2} = 271$  olarak örneklem sayısı belirlenmiştir.

Bu verilere göre %5 önemlilik düzeyinde 271 olarak hesaplanmıştır. Kayıplar olabileceği göz önünde tutularak 353 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

### **5.3.1 Örneklem seçim kriterleri**

- 18-49 yaş grubu olan
- Evli olan
- Türkçe okuma-yazma bilen

### **5.3.2. Araştırma dışı bırakılma kriterleri**

- Soru formlarını eksik dolduranlar
- Gebe olanlar

### **5.4. Araştırma Soruları**

1. Üreme çağındaki evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve sağlık arama davranışları nelerdir?
2. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre ÜSBÖ puanları arasında fark var mıdır?
3. Evli kadınların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre ÜSBÖ puanları arasında fark var mıdır?
4. Kadınların aile özelliklerine göre ÜSBÖ puanları arasında fark var mıdır?
5. Kadınların genel sağlık durumu özelliklerine göre ÜSBÖ puanları arasında fark var mıdır?
6. Kadınların obstetrik özelliklerine göre ÜSBÖ puanları arasında fark var mıdır?
7. Kadınların jinekolojik özelliklerine göre ÜSBÖ puanları arasında fark var mıdır?

### **5.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmada veri toplama aracı olarak kadınların sosyo-demografik özelliklerinin, sağlık durumu, doğurganlık ve üreme sağlığına ilişkin özellikler ve üreme sağlığına

ilişkin sağlık arama davranışlarının kaydedildiği Tanımlayıcı bilgi formu (Ek I) ve Evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarını belirleme ölçeği kullanılmıştır (Ek II).

### **5.5.1.Tanımlayıcı Bilgi Formu**

Tanımlayıcı Bilgi Formu literatür taranarak hazırlanmıştır. Bu form sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik 12 soru, genel sağlık sorunlarını belirlemeye yönelik 7 soru, doğurganlık özelliklerini belirlemeye yönelik 9 soru, üreme sağlığı sorunlarına yönelik 6 soru, üreme sağlığı sorunlarına yönelik sağlık arama davranışlarını belirlemek için ise 4 soru olmak üzere toplam 38 soru dan oluşmaktadır.

Tanımlayıcı bilgi formunun ön uygulaması hastaneye başvuran 10 kadında yapıldıktan sonra araştırma için hazır hale getirilmiştir. Düzenlemeye gerek duyulmadan uygulamaya geçilmiştir. Ön uygulamada görüşülen kadınlar araştırmanın dışında bırakılmıştır.

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

Demirci (2004) tarafından geliştirilen ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmış olan ölçek, kadınların kendi kendilerine cevaplayabilecekleri, kolay anlaşılır, 39 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir (26). Ölçeğin başında nasıl doldurulacağı ile ilgili bilgi yer almaktadır. 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. Başka bir deyişle; yanıt 1 ise 5, 5 ise 1, 2 ise 4, 4 ise 2 olacak şekilde yeniden puanlanmış ve 3 aynı kabul edilmiştir.

Ölçekte 39 maddenin toplanmasıyla elde edilen toplam ham puan 39-195 arasında değişir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlar olumlu yönde artmaktadır. Ölçek ve alt boyutlarının ham puanları ve Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları aşağıda verilmiştir:

**Tablo 5.5.2.1.** ÜSBÖ'nin geçerlilik güvenilirliğinin yapıldığı orijinal çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Madde Numaraları	Madde Sayısı	Min. Ham Puan	Mak. Ham Puan	Cronbach Alpha
<b>ÜSBÖ (Tüm Ölçek)</b>	1-39	39	39	195	0.82
<b><u>Alt Boyutlar</u></b>					
1. Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı	13,14,15,16,24,25 33,39	8	8	40	0.78
2. Üreme Organ ve Meme Kanserinden Korunma	20,21,22,23	4	4	20	0.72
3. Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları	1,29,30,31,32,34 35,36,37,38	10	10	50	0.62
4. Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma	2,3,4,5,6,7,8,9,10 11,12,17,18,19	14	14	70	0.61
5. İstenmeyen Gebeliklerden Korunma	26,27,28	3	3	15	0.61

Evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarını belirleme ölçeğinin geçerlilik güvenilirliğinin yapıldığı orijinal çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı  $\alpha = 0.82$  olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada ölçeğin kullanımıyla ilgili gerekli izin Hülya Demirci'den izin alınarak ekler bölümüne (Ek III) eklenmiştir.

## 5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS 22 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, median, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ve Q-Q grafikleri ile bakılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

**Tablo 5.6.1.** Araştırmanın Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

<b>Değerlendirilen Bulgular</b>	<b>Kullanılan İstatistiksel Yöntemler</b>
Tanıttıcı özellikler	Yüzdeler, aritmetik ortalama
ÜSBÖ Puanlarının Dağılımı	Cronbach Alpha katsayısı, ortalama
Üreme Sağlığı Sorunlarına İlişkin Bulgular	Yüzdeler
Üreme Sağlığı Sorunlarında Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulgular	Yüzdeler
Tanıttıcı Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması	Yüzdeler, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis
Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması, Obstetrik ve Jinekolojik İlişkin Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması	Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U, yüzdeler

### **5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışma sadece çalışmanın yapıldığı hastaneye başvuran kadınlarla sınırlı olup topluma genellenemez.

### **5.8 Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma için İstanbul Medipol Üniversitesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulu başkanlığından onay alınmıştır (Karar no:10840098-604.01.01-E.21333 Tarih: 13.07.2017, Karar no:10840098-604.01.01- E.53728 Tarih: 21.12.2018). Araştırmaya katılım isteğe bağlı olup kadınların istedikleri zaman hiçbir haklarını kaybetmeksizin araştırmadan çekilebilecekleri kendilerine söylenmiş ve sözel onamları alınmıştır.

## **6. BULGULAR**

Tezin bu bölümünde, araştırmadan elde edilen bulgular, aşağıdaki başlıklar halinde gruplandırılarak verilmiştir;

**6.1.** Araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

**6.2.** Araştırmaya katılan kadınların üreme sağlığı sorunları ve sağlık arama davranışlarına ilişkin bulgular

**6.3.** Araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özelliklerinin ÜSBÖ puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular



## 6.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri, eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, aile durumu, genel sağlık durumları, jinekolojik ve obstetrik özellikleri ve örnekleminizin ÜSBÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları bu başlık altında verilmiştir.

**Tablo 6.1.1.** Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
<b>Yaş</b> (Mean±SD: 34.02±8.54)		
24 yaş ve altı	58	16.4
25-29 yaş	68	19.3
30-34 yaş	58	16.4
35-39 yaş	57	16.1
40-44 yaş	67	19.1
45 yaş ve üstü	45	12.7
<b>Öğrenim düzeyi</b>		
İlkokul	105	29.8
Ortaokul	64	18.1
Lise	93	26.3
Üniversite	91	25.8
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	116	32.9
Hayır	237	67.1
<b>Sosyal sağlık güvencesi bulunma durumu</b>		
Evet	301	85.3
Hayır	52	14.7
<b>TOPLAM</b>	<b>353</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri **Tablo 6.1.1**'de incelenmiştir. Kadınların, %19.3'ünün 25-29 yaş arasında olduğu, %29.8'inin ilkokul mezunu %67.1'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı, %85.3'ünün sosyal sağlık güvencesine sahip olduğu saptanmıştır.



**Tablo 6.1.2.** Araştırmaya Katılan Kadınların Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

<b>Eşlerin Sosyodemografik Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Eşinin öğrenim düzeyi</b>		
İlkokul	74	21.0
Ortaokul	77	21.8
Lise	109	30.9
Üniversite	93	26.3
<b>Eşinin çalışma durumu</b>		
Düzenli geliri olan bir iş	195	55.2
Düzensiz geliri olan iş	74	21.0
İş yeri sahibi	44	12.5
Çalışmıyor	40	11.3
<b>TOPLAM</b>	<b>353</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya katılan kadınların eşlerine ait sosyo-demografik özellikler **Tablo 6.1.2'**de yer almaktadır. Buna göre %55.2'sinin eşinin düzenli gelir getiren bir işte çalıştığı, %30.9'unun eşinin lise mezunu olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 6.1.3.** Araştırmaya Katılan Kadınların Aile Durumlarına İlişkin Özellikler

<b>Aile Durumu Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Aile gelir düzeyi</b>		
Gelir giderden fazla	35	9.9
Gelir gidere denk	182	51.6
Gelir giderden az	136	38.5
<b>Aile yapısı</b>		
Çekirdek	256	72.5
Geniş	97	27.5
<b>Ailede yaşayan kişi sayısı</b>		
3 kişi ve altı	108	30.6
4 kişi	107	30.3
5 kişi ve üstü	138	39.1
<b>TOPLAM</b>	<b>353</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya katılan kadınların aile durumlarına ilişkin özellikler **Tablo 6.1.3'**te verilmiştir. Buna göre kadınların %51.6'sının aile gelir düzeyini gelir gidere denk

olarak algıladığı, %72.5'inin çekirdek ailede yaşadığı, %30.3'ünün ailesinde dört kişi bulunduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.1.4.** Araştırmaya Katılan Kadınların Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Özellikler

Genel sağlık durumuna ilişkin özellikler	Sayı	Yüzde (%)
<b>Beden Kitle İndeksi (BKİ)</b>		
Zayıf (<18.5)	10	2.8
Normal (18.5-24.9)	158	44.8
Fazla kilolu/Şişman (25.0-29.9)	123	34.8
Obez ( $\geq$ 30.0)	62	17.6
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Evet	56	15.9
Hayır	297	84.1
<b>Kronik hastalık bulunma durumu</b>		
Evet	53	15.0
Hayır	300	85.0
<b>Beslenme alışkanlıklarını değerlendirme durumu</b>		
İyi	127	36.0
Orta	210	59.5
Kötü	16	4.5
<b>Genel sağlık durumuna ilişkin algısı</b>		
Çevremdeki herkes gibi	282	79.9
Herkesten daha iyi	60	17.0
Herkesten daha kötü	11	3.1
<b>TOPLAM</b>	<b>353</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya katılan kadınların genel sağlık durumlarına ilişkin bulgular **Tablo 6.1.4.**'te verilmiştir. Kadınların %17.6'sının beden kitle indeksine göre obez olduğu, %15.9'unun sigara kullandığı, %98.9'unun alkol kullanmadığı, %15.0'inin kronik hastalığının bulunduğu, kronik hastalığı bulunan kadınların %77.4'ünün hastalığına ilişkin ilaç kullandığı, %36.0'ının beslenme alışkanlıklarını iyi olarak değerlendirdiği, %17.0'ının genel sağlık durumunu çevresindeki insanlardan daha iyi olarak algıladığı görülmektedir.

**Tablo 6.1.5.** Araştırmaya Katılan Kadınların Obstetrik Özellikleri

<b>Obstetrik Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Toplam gebelik sayısı</b>	Mean± SD= 2.30±1.29 (min:0- max:4)	
0	34	9.6
1	72	20.4
2	82	23.2
3	81	22.9
4 ve üstü	84	23.9
<b>Toplam doğum sayısı</b>	Mean± SD=1.79±1.02 (min:0- max:3)	
0	48	13.6
1	86	24.4
2	110	31.1
3 ve üstü	109	30.9
<b>Kendiliğinden düşük yapma</b>	Mean± SD= 0.24±0.42 (min:0- max:1)	
Var	85	24.1
Yok	268	75.9
<b>İsteyerek küretaj olma</b>	Mean± SD= 0.10±0.30 (min:0- max:1)	
Var	36	10.2
Yok	317	89.8
<b>Erken doğum hikayesi</b>		
Var	46	13.0
Yok	307	87.0
<b>Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma hikayesi</b>		
Var	36	10.2
Yok	317	89.8
<b>İnfertilite tedavisi alma</b>		
Evet	19	5.4
Hayır	334	94.6
<b>Son doğum şekli</b>		
Doğum yapmayan	42	11.9
Vajinal	191	54.1
Sezaryen	120	34.0
<b>Son doğumundan sonra geçen süre</b>		
Çocuğu olmayan	42	11.9
0-12 ay	45	12.7
1-3 yıl	97	27.5
3-6 yıl	43	12.2
6-12 yıl	81	22.9
12 yıl ve üstü	45	12.7
<b>TOPLAM</b>	<b>353</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik özellikleri **Tablo 6.1.5**'te verilmiştir. Kadınların gebelik sayısı ortalaması  $2.30 \pm 1.29$  (min:0- max:4) olup %23.9'unun toplam gebelik sayısının dört ve üstü, doğum sayısı ortalaması;  $1.79 \pm 1.02$  (min:0- max:3) olup %30.9'unun toplam doğum sayısının üç ve üstü olduğu bulunmuştur. Kadınların %24.1'inin kendiliğinden düşük yapmayı deneyimlediği, %10.2'sinin isteyerek küretaj olduğu, %13.0'mın erken doğum hikayesinin bulunduğu, %10.2'sinin düşük doğum ağırlıklı bebek doğurduğu, %5.4'ünün infertilite tedavisi aldığı, %54.1'inin vajinal doğum yaptığı, %12.7'sinin son doğumundan sonra bir yıldan az süre geçtiği belirlenmiştir.

**Tablo 6.1.6.** Araştırmaya Katılanların Jinekolojik Özellikleri

Jinekolojik Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
<b>İlk evlenme yaşı</b> (Mean±Sd:20.47±3.86)		
18 yaş ve altı	136	38.5
19-24 yaş	139	39.4
25 yaş ve üstü	78	22.1
<b>İlk gebelik yaşı</b> (Mean±Sd: 20.89±19.99)		
18 yaş ve altı	82	23.2
19-24 yaş	136	38.6
25 yaş ve üstü	135	38.2
<b>Evlilik yılı</b>		
9 yıl ve altı	138	39.1
10-19 yıl	94	26.6
20 yıl ve üstü	121	34.3
<b>Son 3 ay içerisinde kullandığı gebelikten korunma yöntemi</b>		
Kullanmayan	111	31.5
Geri çekme	66	18.7
Yöntem kullanan (RİA, kondom vb)	176	49.8
<b>TOPLAM</b>	353	100.0

Araştırmaya katılan kadınların jinekolojik özellikleri **Tablo 6.1.6'de** yer almaktadır. Kadınların 39.4'ünün ilk evliliğini 19-24 yaş arasında yaptığı ve %38.6'sının ilk gebeliğini 19-24 yaş arasında deneyimlediği bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %39.1'inin evlilik süresinin dokuz yıl ve altında olduğu saptanmıştır. Kadınlardan %31.5'inin son üç ay içerisinde gebelikten korunma yöntemi kullanmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 6.1.7.** Araştırmaya Katılan Kadınların ÜSBÖ Puanlarının Dağılımı (N=353)

ÜSBÖ alt boyutlar	Mean±SD	Median (Min-Max)	Alınabilecek min-max puan
Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı	27.67±6.57	28.00 (9-40)	8-40
Üreme organ ve meme kanserinden korunma	8.20±3.80	7.00 (4-20)	4-20
Üreme sağlığını korunmaya yönelik genel sağlık davranışları	28.54±7.39	27.00 (10-50)	10-50
Genital yol enfeksiyonlarından korunma	55.08±7.70	56.00 (35-69)	14-70
İstenmeyen gebeliklerden korunma	9.92±3.18	10.00 (3-15)	3-15
<b>ÜSBÖ TOPLAM</b>	129.43±20.20	127.00 (75-177)	39-195

Çalışmaya katılanların ‘Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği’(ÜSBÖ) ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar **Tablo 6.1.6** ’da görülmektedir. Kadınların ÜSBÖ üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt ölçeği puan ortalamalarının 27.67±6.57, ÜSBÖ üreme organ ve meme kanserinden korunma alt ölçeği 8.20±3.80, ÜSBÖ üreme sağlığını korunmaya yönelik genel sağlık davranışları alt ölçeği puan ortalamalarının 28.54±7.39, ÜSBÖ genital yol enfeksiyonlarından korunma alt ölçeği puan ortalamalarının 55.08±7.70, ÜSBÖ ‘İstenmeyen gebeliklerden korunma alt ölçeği puan ortalamalarının 9.92±3.18 ve ÜSBÖ toplam ölçeği puan ortalamalarının 129.43±20.20 olduğu belirlenmiştir.

## 6.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların üreme sağlığına ilişkin sorunlar ve sağlık arama davranışları bu başlık altında incelenmiştir.

**Tablo 6.2.1.** Araştırmaya Katılanların Üreme Sağlığı Sorunlarına İlişkin Bulgular

Son 3 Ayda Yaşadıkları Üreme Sağlığı Sorunları	Sayı	Yüzde (%)
<b>Anormal akıntı ve kötü koku varlığı</b>		
Evet	125	35.4
Hayır	228	64.6
<b>Kaşıntı yanma ve kızarıklık varlığı</b>		
Evet	154	43.6
Hayır	199	56.4
<b>Disparoni</b>		
Evet	72	20.4
Hayır	281	79.6
<b>Alt karın ağrısı</b>		
Evet	97	27.5
Hayır	256	72.5
<b>Dizüri</b>		
Evet	60	17.0
Hayır	293	83.0
<b>Genital şikayetleri yaşama sıklığı</b>		
Her ay	45	12.7
2-3 ayda bir	97	27.5
Yılda iki kez	73	20.7
Yılda bir	138	39.1
<b>Genital şikayetlerin günlük yaşamı etkileme durumu</b>		
Evet	121	34.3
Hayır	232	65.7
<b>TOPLAM</b>	<b>353</b>	<b>100.0</b>

Kadınların **genital şikayetlerine** ilişkin bulgular **Tablo 6.2.1**'de verilmiştir. Araştırmaya katılanların genital şikayetleri incelendiğinde; kadınların %35.4'ünün anormal akıntı ve kötü koku, %43.6'sının kaşıntı, yanma ve kızarıklık, %20.4'ünün ise disparoni yaşadığı bulunmuştur. Kadınların %27.5'inin son üç ayda alt karın ağrısı, %17'sinin son üç ayda dizüri,

%12.7'sinin her ay genital şikayetinin olduğu ve %34.3'ünün genital şikayetlerinin günlük yaşamlarını etkilediği saptanmıştır.

**Tablo 6.2.2.** Araştırmaya Katılanların Premenstrual Sağlık Sorunlarına İlişkin Bulgular

<b>Premenstrual Sağlık Sorunları</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Premenstrual dönemde yaşanan sorunlar*</b>		
Bel- kasık ağrısı	234	19.6
Karında şişlik	235	19.6
Sinirlilik	210	17.6
Huzursuzluk	183	15.3
Baş ağrısı	167	14.0
Göğüslerde gerginlik	166	13.9
<b>Premenstrual dönemde sorun yaşama sıklığı</b>		
Her ay	171	48.4
2-3 ayda bir	131	37.2
Yılda 1-2 kez	51	14.4
<b>Premenstrual şikayetlerin günlük yaşamı etkileme durumu</b>		
Evet	181	51.3
Hayır	172	48.7
<b>TOPLAM</b>	<b>353</b>	<b>100.0</b>

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların premenstrual sağlık sorunlarına ilişkin bilgiler **Tablo 6.2.2'** de yer almaktadır. Kadınların premenstrual dönemde; karında şişlik (%19.6), bel-kasık ağrısı (%19.6), sinirlilik (%17.6), huzursuzluk (%15.3), baş ağrısı (%14.0) ve göğüslerde gerginlik (%13.9) sorunlarını yaşadıkları belirlenmiştir. Kadınların %48.4'ünün premenstrual sorunları her ay yaşadığı ve %51.3'ünün premenstrual şikayetlerinin günlük yaşamlarını etkilediği saptanmıştır.

**Tablo 6.2.3.** Araştırmaya Katılanların Üreme Sağlığı Sorunlarında Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulgular

Üreme Sağlığı Sorunlarında Sağlık Arama Davranışları	Sayı	Yüzde (%)
<b>İlk başvuracağı yer</b>		
Kamu hastanesi	205	58.1
Aile sağlığı merkezi	67	19.0
Özel hastane/ muayenehane	81	22.9
<b>Son 3 ayda üreme sağlığı sorunları için sağlık kuruluşuna gitme durumu</b>		
Sağlık sorunu olduğu halde gitmeyen	53	15.0
Sağlık sorunu olmayan	176	49.9
Sağlık kuruluşuna giden	124	35.1
<b>Sağlık kuruluşuna gidilmesi gerektiğini düşündüren durum</b>		
Günlük işlerinin etkilendiğinde giden	185	52.5
Günlük işlerimi etkilemese bile giden	63	17.8
Öncelikle kendi kendine tedavi deneyen ve düzelmezse giden	105	29.7
<b>Sağlık kuruluşuna gitmeme nedeni*</b>		
Kendiliğinden geçeceğini düşünme	183	26.0
Bilgisizlik	108	15.3
Maddi imkansızlıklar	88	12.5
Utanma	85	12.1
Evdeki sorumluluklar	71	10.1
Zamansızlık	66	9.4
Ulaşım zorlukları	55	7.8
Sağlık çalışanlarının ilgisizliği	48	6.8
<b>TOPLAM</b>	<b>353</b>	<b>100.0</b>

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların genital şikayetlerine yönelik sağlık arama davranışları **Tablo 6.2.3**'te verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %58.1'inin şikayet yaşadığında ilk başvuracağı yerin kamu hastanesi olduğu, son üç ayda %35.1'inin genital sağlık sorunu için sağlık kuruluşuna gittiği, %15'i sağlık sorunu olduğu halde doktora gitmediği, %29.7'sinin öncelikle kendi kendine tedavi denediği ve düzelmezse sağlık kuruluşuna gittiği belirlenmiştir. Kadınların %26.'sı mevcut genital sorununun kendiliğinden geçeceğini düşündüğü için sağlık kuruluşuna gitmediğini, diğer sağlık kuruluşuna gitmeme nedenlerinin sırasıyla; bilgisizlik, maddi imkansızlıklar, utanma, evdeki sorumluluklar, zamansızlık, ulaşım zorlukları ve sağlık çalışanlarının ilgisizliği olduğunu ifade etmişlerdir.



### 6.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri, eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, aile durumu, genel sağlık durumu, jinekolojik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların ÜSBÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması bu başlık altında yer almaktadır.

**Tablo 6.3.1.** Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde (%)	ÜSBÖ Mean±SD	Min.	Max.	Test*
<b>Yaş</b> (Mean±SD: 34.02±8.54)						
40 yaş altı	241	68.3	130.77±20.58	75	177	U=11794.5
40 yaş ve üstü	112	31.7	126.55±19.14	86	176	<i>p=0.057</i>
<b>Öğrenim düzeyi</b>						
İlkokul/ Ortaokul	169	47.9	123.18±18.42	86	172	<b>U=10544.5</b>
Lise/ Üniversite	184	52.1	134.69±20.38	75	177	<b><i>p≤0.001</i></b>
<b>Çalışma durumu</b>						
Evet	116	32.9	134.39±19.86	75	175	<b>U=10505.5</b>
Hayır	237	67.1	127.00±19.96	86	177	<b><i>p≤0.001</i></b>
<b>Sosyal sağlık güvencesi bulunma durumu</b>						
Evet	301	85.3	129.19±20.57	75	177	U=7214.5
Hayır	52	14.7	130.80±18.05	96	162	<i>p=0.368</i>

\* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların **sosyo-demografik özellikleri** ÜSBÖ toplam puan ortalamalarına göre incelendiğinde (**Tablo 6.3.1**); 40 yaş üzeri ve 40 yaş altı kadınların ÜSBÖ ortalamaları arasındaki farkın ve sağlık güvencesi olan ve olmayan kadınlar arasındaki ÜSBÖ ortalaması farkının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır. **Öğrenim düzeyleri** ilkokul/ortaokul olan kadınların, lise/üniversite düzeyinde olan kadınlara göre ve çalışmayan kadınların çalışanlara göre ÜSBÖ ortalamalarının daha düşük ve farkın anlamlı olduğu görülmüştür (*p≤0.001*).

**Tablo 6.3.2.** Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklerinin ÜSBÖ Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı			Üreme organ ve meme kanserinden korunma			Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları			Genital yol enfeksiyonlarından korunma			İstenmeyen gebeliklerden korunma		
	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max
<b>Yaş</b>															
40 yaş altı	27.49±6.56	12	40	8.32±3.73	4	20	29.67±7.75	10	50	52.29±7.82	35	69	9.98±3.26	3	15
40 yaş ve üstü	28.06±6.60	9	40	7.95±3.95	4	20	26.11±5.87	15	42	54.62±7.45	35	68	9.79±3.02	3	15
<b>Test*</b>	U=12919.5 <i>p=0.518</i>			U=12151.0 <i>p=0.129</i>			U=9840.5 <i>p≤0.001</i>			U=12486.0 <i>p=0.257</i>			U=13082.5 <i>p=0.641</i>		
<b>Öğrenim düzeyi</b>															
İlkokul/ Ortaokul	26.86±6.58	9	40	8.00±3.95	4	20	26.43±6.44	13	50	53.36±7.44	35	68	9.04±2.97	3	15
Lise/ Üniversite	28.41±6.49	12	40	8.39±3.66	4	20	30.48±7.68	10	48	56.65±7.61	35	69	10.73±3.16	3	15
<b>Test*</b>	U=13527.0 <i>p=0.035</i>			U=13886.5 <i>p=0.080</i>			U=10444.5 <i>p≤0.001</i>			U=11351.5 <i>p≤0.001</i>			U=10665.5 <i>p≤0.001</i>		
<b>Çalışma durumu</b>															
Evet	28.80±6.65 <sup>a</sup>	12	40	8.47±3.49	4	20	29.21±7.29	10	50	57.32±6.83 <sup>a</sup>	35	69	10.57±3.49 <sup>a</sup>	3	15
Hayır	27.12±6.47 <sup>b</sup>	9	40	8.07±3.95	4	20	28.21±7.43	13	48	53.98±7.87 <sup>b</sup>	35	68	9.60±2.97 <sup>b</sup>	3	15
<b>Test*</b>	U=11531.0 <i>p=0.014</i>			U=12215.0 <i>p=0.093</i>			U=12233.0 <i>p=0.093</i>			U=10194.5 <i>p≤0.001</i>			U=11377.0 <i>p=0.008</i>		
<b>Sosyal sağlık güvence varlığı</b>															
Evet	27.70±6.62	9	40	8.30±3.72 <sup>a</sup>	4	20	28.20±7.44 <sup>a</sup>	10	50	55.11±7.77	35	69	9.85±3.14	3	15
Hayır	27.48±6.35	15	37	7.63±4.24 <sup>b</sup>	4	20	30.50±6.82 <sup>b</sup>	17	48	54.86±7.32	36	67	10.32±3.41	4	15
<b>Test*</b>	U=7737.5 <i>p=0.896</i>			U=6468.0 <i>p=0.044</i>			U=6352.0 <i>p=0.030</i>			U=7738.5 <i>p=0.897</i>			U=7156.5 <i>p=0.321</i>		

\* Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

\*\**a,b,c* üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Araştırmaya kadınların sosyo-demografik özelliklerinin ÜSBÖ alt boyutları puan ortalamalarına göre karşılaştırılması **Tablo 6.3.2'**de verilmiştir. **Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı** alt boyutundan alınan puan ortalamalarının gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan kadınlarda daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ( $p=0.014$ ). Kadınların yaş, öğrenim düzeyi, sosyal güvence varlığı değişkenlerinin ÜSBÖ üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Araştırmada 40 yaş üzeri ve 40 yaş altındaki kadınların **üreme organ ve meme kanserinden korunma** alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p=0.129$ ). Sosyal sağlık güvencesi bulunan kadınlarda ÜSBÖ üreme ve meme kanserinden korunma alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0.044$ ). Öğrenim düzeyi, çalışma durumu değişkenlerinin ÜSBÖ üreme ve meme kanserinden korunma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Araştırmaya göre **üreme sağlığını korunmaya yönelik genel sağlık davranışları** alt boyutundan alınan puan ortalamalarının 40 yaş ve üstü, ilkokul/ortaokul mezunu, sosyal sağlık güvencesi bulunan kadınlarda daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ( $p\leq 0.001$ ) Kadınların çalışma durumu değişkeninin, ÜSBÖ üreme sağlığını korunmaya yönelik genel sağlık davranışları alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Araştırmada **genital yol enfeksiyonlarından korunma** alt boyutundan alınan puan ortalamalarının; ilkokul/ortaokul mezunu olan, gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan kadınlarda daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p\leq 0.001$ ,  $p\leq 0.001$ ). Sosyal sağlık güvencesi bulunma durumu değişkenlerinin ÜSBÖ genital yol enfeksiyonlarından korunma alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Öğrenim düzeyi ilkokul/ortaokul olan, gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan kadınların **istenmeyen gebeliklerden korunma** alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p\leq 0.001$ ,  $p=0.008$ ). Kadınların yaş ve sosyal sağlık güvencesi bulunma durumu değişkenlerinin ÜSBÖ istenmeyen gebeliklerden korunma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.3.3.** Araştırmaya Katılanların Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde (%)	ÜSBÖ Mean±SD	Min	Max	Test*
<b>Eşinin öğrenim düzeyi</b>						
İlkokul/ Ortaokul	151	42.8	124.96±17.92	86	172	<b>U=11795.00</b> <b>p≤0.001</b>
Lise/ Üniversite	202	57.2	132.77±21.19	75	177	
<b>Eşinin çalışma durumu</b>						
Düzenli geliri olan bir iş	195	55.2	131.51±21.11	89	177	KW= 6.949 p=0.074
Düzensiz geliri olan iş	74	21.0	126.72±18.01	86	165	
İş yeri sahibi	44	12.5	131.20±15.89	101	166	
Çalışmıyor	40	11.3	122.37±22.16	75	176	

\* Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

\*\*a,b,c üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerine ait sosyo-demografik özelliklerinin ÜSBÖ puan ortalamalarına göre karşılaştırılması **Tablo 6.3.3**'de yer almaktadır Eşinin öğrenim durumu lise/üniversite olan kadınların ÜSBÖ puan ortalamalarının daha yüksek ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir ( $p \leq 0.001$ ). Kadınların eşlerinin çalışma durumu değişkenlerinin ÜSBÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Araştırmaya kadınların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin ÜSBÖ alt boyutları puan ortalamalarına göre karşılaştırılması **Tablo 6.3.4**'te verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin öğrenim düzeyi ve çalışma durumu değişkenlerinin ÜSBÖ **üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı ve üreme organ ve meme kanserinden korunma** alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 6.3.4.** Araştırmaya Katılanların Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin ÜSBÖ Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı			Üreme organ ve meme kanserinden korunma			Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları			Genital yol enfeksiyonlarından korunma			İstenmeyen gebeliklerden korunma		
	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max
<b>Eşinin öğrenim düzeyi</b>															
İlkokul/Ortaokul	27.26±6.43	9	40	7.93±3.99	4	20	26.94±6.88	13	50	53.69±6.99	35	68	9.13±2.84	3	15
Lise/Üniversite	27.98±6.67	12	40	8.41±3.65	4	20	29.74±7.54	10	48	56.11±8.05	35	69	10.51±3.30	3	15
Test*	U=14231.50 <i>p</i> =0.282			U=13479.0 <i>p</i> =0.060			<b>U=11768.50</b> <i>p</i> ≤0.001			<b>U=11975.00</b> <i>p</i> =0.001			<b>U=11268.50</b> <i>p</i> ≤0.001		
<b>Eşinin çalışma durumu</b>															
Düzenli geliri olan bir iş	28.08±6.47	9	40	8.06±3.47	4	20	29.49±7.33	15	50	55.63±7.56	36	69	10.23±3.18 <sup>a</sup>	3	15
Düzensiz geliri olan iş	26.50±6.74	15	40	8.39±4.38	4	20	27.95±6.91	17	48	54.24±7.53	35	67	9.63±3.23 <sup>ab</sup>	3	15
İş yeri sahibi	28.86±5.92	19	40	8.38±3.47	4	15	26.97±6.37	13	40	56.72±5.55	45	66	10.25±3.31 <sup>a</sup>	3	15
Çalışmıyor	26.52±7.15	12	38	8.35±4.57	4	20	26.75±8.96	10	46	52.15±9.79	35	68	8.60±2.61 <sup>b</sup>	5	13
Test*	KW=4.645 <i>p</i> =0.200			KW=0.763 <i>p</i> =0.858			KW=5.695 <i>p</i> =0.127			KW=6.148 <i>p</i> =0.105			<b>KW= 9.451</b> <i>p</i> =0.024		

\* Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

\*\**a,b,c* üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdi

Katılımcıların ÜSBÖ üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları alt boyutundan alınan puan ortalamalarının eşi ilkokul/ortaokul mezunu olan kadınlarda daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ( $p \leq 0.001$ ). Kadınların eş çalışma durumu değişkenlerinin ÜSBÖ üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Çalışmada ÜSBÖ genital yol enfeksiyonlarından korunma alt boyutundan alınan puan ortalamalarının eşi ilkokul/ortaokul mezunu olan kadınlarda daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ( $p = 0.005$ ). Eşinin çalışma durumu değişkeninin ÜSBÖ genital yol enfeksiyonlarından korunma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Eşlerinin öğrenim durumu ilkokul/ortaokul olan, eşi çalışmayan ya da düzensiz geliri olan bir işte çalışan kadınların ÜSBÖ istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır (Sırasıyla;  $p \leq 0.001$ ,  $p = 0.024$ ).

**Tablo 6.3.5.** Araştırmaya Katılanların Aile Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Aile Durumu Özellikleri	Sayı	Yüzde (%)	ÜSBÖ Mean±SD	Min	Max	Test*
<b>Aile gelir düzeyi</b>						
Gelir giderden fazla	35	9.9	127.65±23.84	75	173	KW= 2.975 $p=0.226$
Gelir gidere denk	182	51.6	131.21±19.71	86	177	
Gelir giderden az	136	38.5	127.50±19.79	89	176	
<b>Aile yapısı</b>						
Çekirdek	256	72.5	130.17±21.20	75	173	U= 11421.0 $p=0.245$
Geniş	97	27.5	127.47±17.24	92	175	
<b>Ailede yaşayan kişi sayısı</b>						
3 kişi ve altı	108	30.6	128.50±21.80 <sup>a</sup>	86	176	KW= 6.735 $p=0.034$
4 kişi	107	30.3	132.28±18.97 <sup>b</sup>	75	177	
5 kişi ve üstü	138	39.1	127.94±19.74 <sup>a</sup>	89	175	

\* Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

\*\**a,b,c* üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Araştırmaya katılanların aile durumlarına ilişkin özelliklerinin ÜSBÖ puan ortalamalarına göre karşılaştırılması **Tablo 6.3.5**'te yer almaktadır. Dört kişilik ailede yaşayan kadınların ÜSBÖ puan ortalamalarının daha yüksek ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir ( $p \leq 0.001$ ). Kadınların aile gelir düzeyi ve aile yapısı değişkenlerinin ÜSBÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Araştırmaya kadınların aile özelliklerinin ÜSBÖ alt boyutları puan ortalamalarına göre karşılaştırılması **Tablo 6.3.6**'da verilmiştir. **Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı** alt boyutuna göre; Aile geliri giderinden fazla olan ve ailede yaşayan kişi sayısı üç ve altı olan kadınlarda daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p = 0.008$ ,  $p = 0.016$ ). Aile yapısı ÜSBÖ üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**Üreme organ ve meme kanserinden korunma alt boyutuna göre;** Gelir düzeyini geliri giderine denk olarak algılayan kadınlarda puan ortalamalarının daha yüksek ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ( $p = 0.015$ ). Aile yapısı ve ailede yaşayan kişi sayısı değişkeni bu alt boyutta puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p > 0.95$ ).

**Genital yol enfeksiyonlarından korunma alt boyutuna göre;** geliri giderinden az olan ve geniş aile yapısından olan kadınların puan ortalamasının diğerlerinde daha düşük ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulunmuştur (Sırasıyla;  $p = 0.038$ ,  $p = 0.007$ ). Ailede yaşayan kişi sayısı genital yol enfeksiyonlarından korunma alt boyutundan alınan puanları etkilememiştir ( $p > 0.05$ ).

**İstenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutuna göre;** Ailede yaşayan birey sayısı üç kişi ve altı ya da beş kişi ve üstü olan kadınların puan ortalamalarının daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ( $p \leq 0.001$ ). Aile yapısı ve aile gelir düzeyi istenmeyen gebelikler alt boyutundan alınan puanları etkilememiştir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 6.3.6.** Araştırmaya Katılanların Aile Özelliklerinin ÜSBÖ Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler	Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı			Üreme organ ve meme kanserinden korunma			Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları			Genital yol enfeksiyonlarından korunma			İstenmeyen gebeliklerden korunma		
	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max
<b>Aile gelir düzeyi</b>															
Gelir giderden fazla	24.02±7.32 <sup>a</sup>	12	36	7.37±3.28 <sup>a</sup>	4	15	28.88±9.35	10	50	57.57±7.58 <sup>a</sup>	42	68	9.80±3.17	3	15
Gelir gidere denk	28.43±6.22 <sup>b</sup>	12	40	8.71±3.94 <sup>b</sup>	4	20	28.50±7.20	17	46	55.38±7.54 <sup>ab</sup>	35	67	10.17±3.6	3	15
Gelir giderden az	27.58±6.54 <sup>b</sup>	9	40	7.73±3.66 <sup>a</sup>	4	20	28.51±7.13	13	48	54.03±7.81 <sup>b</sup>	35	69	9.63±3.33	3	15
<b>Test*</b>	<b>KW=9.649</b> <b>p=0.008</b>			<b>KW=8.447</b> <b>p=0.015</b>			KW=0.491 <i>p=0.782</i>			<b>KW=6.534</b> <b>p=0.038</b>			KW= 1.683 <i>p=0.431</i>		
<b>Aile yapısı</b>															
Çekirdek	27.51±6.73	9	40	8.25±3.84	4	20	28.75±7.27	10	50	55.62±7.73 <sup>a</sup>	35	68	10.02±3.3	3	15
Geniş	28.09±6.14	15	40	8.09±3.71	4	16	27.98±7.69	17	48	53.63±7.48 <sup>b</sup>	35	69	9.65±2.76	3	15
<b>Test*</b>	U=11977.5 <i>p=0.608</i>			U=11904.0 <i>p=0.546</i>			U=11276.5 <i>p=0.183</i>			<b>U=10119.0</b> <b>p=0.007</b>			U= 11500.5 <i>p=0.281</i>		
<b>Ailede yaşayan kişi sayısı</b>															
3 kişi ve altı	26.37±6.72 <sup>a</sup>	15	40	7.91±3.73	4	20	29.17±7.40	15	46	55.56±7.73	35	68	9.48±3.19 <sup>a</sup>	3	15
4 kişi	28.78±6.38 <sup>b</sup>	9	40	8.79±3.84	4	20	28.96±7.19	10	48	54.73±8.06	35	67	11.00±3.31 <sup>b</sup>	3	15
5 kişi ve üstü	27.83±6.46 <sup>ab</sup>	12	40	7.97±3.80	4	20	27.73±7.50	13	50	54.97±7.42	36	69	9.43±2.87 <sup>a</sup>	3	15
<b>Test*</b>	<b>KW=8.286</b> <b>p=0.016</b>			KW=6.022 <i>p=0.051</i>			KW=4.555 <i>p=0.103</i>			KW=0.925 <i>p=0.630</i>			<b>KW= 16.381</b> <b>p≤0.001</b>		

\* Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

\*\**a,b,c* üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.



**Tablo 6.3.7.** Araştırmaya Katılanların Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Genel sağlık durumuna ilişkin özellikler	Sayı	Yüzde (%)	ÜSBÖ Mean±SD	Min.	Max.	Test*
<b>Beden Kitle İndeksi (BKİ)</b>						
Zayıf (<18.5)	10	2.8	131.40±12.61	116	160	KW=0.430 p=0.934
Normal (18.5-24.9)	158	44.8	129.31±22.75	75	177	
Fazla kilolu/Şişman (25.0-29.9)	123	34.8	129.68±18.72	86	173	
Obez (≥30.0)	62	17.6	128.95±17.24	93	163	
<b>Sigara kullanma durumu</b>						
Evet	56	15.9	127.66±19.61	93	172	U= 5414.5 p≤0.001
Hayır	297	84.1	129.77±20.32	75	177	
<b>Kronik hastalık bulunma durumu</b>						
Evet	53	15.0	121.47±16.33 <sup>a</sup>	98	176	U= 5414.5 p≤0.001
Hayır	300	85.0	130.84±20.51 <sup>b</sup>	75	177	
<b>Beslenme alışkanlıklarını değerlendirme durumu</b>						
İyi	127	36.0	133.03±21.73	86	177	KW= 3.593 p=0.166
Orta	210	59.5	127.40±19.49	75	176	
Kötü	16	4.5	127.50±11.96	93	148	
<b>Genel sağlık durumuna ilişkin algısı</b>						
Çevremdeki herkes gibi	282	79.9	129.39±19.44	75	177	KW= 5.069 p=0.079
Herkesten daha iyi	60	17.0	132.13±22.69	89	176	
Herkesten daha kötü	11	3.1	115.72±21.27	86	155	

\* Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

\*\*a,b,c üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Kadınların genel sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin ÜSBÖ puan ortalamalarına göre karşılaştırılması **Tablo 6.3.7.**'de verilmiştir. Kronik hastalığı bulunan kadınların ve sigara kullanan kadınların ÜSBÖ puan ortalamalarının daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ( $p \leq 0.001$ ). Kadınların beden kitle indeksi, beslenme alışkanlıklarını değerlendirme, genel sağlık durumuna ilişkin algı değişkenlerinin ÜSBÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 6.3.8.** Araştırmaya Katılanların Genel Sağlık Durumu Özelliklerinin ÜSBÖ Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Bilgiler	Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı			Üreme organ ve meme kanserinden korunma			Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları			Genital yol enfeksiyonlarından korunma			İstenmeyen gebeliklerden korunma		
	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max
<b>Beden Kitle İndeksi (BKİ)</b>															
Zayıf (<18.5)	31.30±2.21	30	37	8.20±3.64	5	16	26.90±6.87	21	46	56.80±3.85	54	65	8.20±1.93	5	11
Normal (18.5-24.9)	27.71±6.74	12	40	8.31±3.88	4	20	28.53±7.91	10	50	54.67±7.80	37	69	10.06±3.57	3	15
Fazla kilolu/Şişman (25.0-29.9)	27.02±6.59	12	40	8.12±3.88	4	19	29.08±7.57	13	46	55.60±7.80	35	68	9.84±2.67	4	15
Obez (≥30.0)	28.27±6.42	9	40	8.09±3.54	4	16	27.79±5.54	17	40	54.79±7.76	35	67	10.00±3.20	4	15
<b>Test*</b>	KW=4.207 p=0.240			KW=0.675 p=0.879			KW=1.440 p=0.696			KW=2.631 p=0.452			KW= 4.005 p=0.261		
<b>Sigara kullanma durumu</b>															
Evet	27.00±6.56	9	40	8.50±4.47	4	18	29.42±7.91	15	50	53.07±9.53	35	68	9.66±3.20	3	15
Hayır	27.80±6.57	12	40	8.15±3.67	4	20	28.38±7.29	10	48	55.46±7.26	56	69	9.97±3.18	10	15
<b>Test*</b>	U=7729.0 p=0.401			U=8157.0 p=0.819			U=7784.5 p=0.447			U=7176.0 p=0.103			U= 8136.5 p=0.796		
<b>Kronik hastalık bulunma durumu</b>															
Evet	25.71±5.51 <sup>a</sup>	9	40	6.83±3.33 <sup>a</sup>	4	20	26.24±5.97 <sup>a</sup>	16	42	52.90±7.51 <sup>a</sup>	35	68	9.77±3.53	3	15
Hayır	28.02±6.69 <sup>b</sup>	12	40	8.45±3.83 <sup>b</sup>	4	20	28.95±7.55 <sup>b</sup>	10	50	55.46±7.68 <sup>b</sup>	35	69	9.95±3.12	3	15
<b>Test*</b>	<b>U=6270.0</b> <b>p=0.014</b>			<b>U=5801.5</b> <b>p=0.002</b>			<b>U=6341.5</b> <b>p=0.019</b>			<b>U=6069.0</b> <b>p=0.006</b>			U= 7762.000 p=0.782		
<b>Genel sağlık durumuna ilişkin algısı</b>															
Çevremdeki herkes gibi	27.54±6.39	12	40	8.12±3.81	4	20	28.39±7.13 <sup>a</sup>	10	46	55.43±7.52 <sup>a</sup>	35	68	9.89±3.22 <sup>a</sup>	3	15
Herkesten daha iyi	28.30±7.01	12	40	8.43±3.59	4	20	30.35±8.33 <sup>b</sup>	19	50	54.56±8.04 <sup>a</sup>	36	69	10.48±3.01 <sup>a</sup>	4	15
Herkesten daha kötü	27.45±8.93	9	36	9.00±4.73	4	14	22.63±4.92 <sup>c</sup>	17	32	48.81±8.20 <sup>b</sup>	35	65	7.81±1.94 <sup>b</sup>	5	12
<b>Test*</b>	KW=1.078 p=0.583			KW=0.806 p=0.668			<b>KW=10.459</b> <b>p=0.005</b>			<b>KW=8.435</b> <b>p=0.015</b>			<b>KW= 7.122</b> <b>p=0.028</b>		

\* Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

\*\*a,b,c üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Katılımcıların genel sağlık durumu özelliklerinin ÜSBÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması **Tablo 6.3.8**'de verilmiştir. **Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı** alt boyutuna göre; Kronik hastalığı bulunmayan kadınların puan ortalamalarının daha yüksek ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (sırasıyla;  $p=0.014$ ). Kadınların beden kitle indeksi, sigara kullanma ve genel sağlık durumuna ilişkin algı değişkenlerinin üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Üreme organ ve meme kanserinden korunma** alt boyutuna göre; kronik hastalığı bulunmayan kadınlarda daha yüksek ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (sırasıyla;  $p=0.002$ ). Kadınların beden kitle indeksi, sigara kullanma, genel sağlık durumuna ilişkin algı değişkenlerinin üreme ve meme kanserinden korunma alt boyutuna aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

**Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları** alt boyutuna göre; Kronik hastalığı bulunmayan kadınların puan ortalamalarının daha yüksek ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ( $p=0.019$ ). Genel sağlık durumunu herkesten daha iyi olarak algılayan kadınlarda puan ortalamalarının daha yüksek ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ( $p=0.005$ ). Kadınların beden kitle indeksi ve sigara kullanma değişkenlerinin üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Genital yol enfeksiyonlarından korunma** alt boyutuna göre; Kronik hastalığı bulunan ve genel sağlık durumunu herkesten daha kötü olarak algılayan kadınların puan ortalamalarının daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (sırasıyla;  $p=0.006$ ,  $p=0.015$ ). Kadınların beden kitle indeksi, sigara kullanma değişkenlerinin korunma alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**İstenmeyen gebeliklerden korunma** alt boyutuna göre; Genel sağlık durumunu herkesten daha kötü olarak algılayan kadınların puan ortalamalarının daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ( $p=0.028$ ). Kadınların beden kitle indeksi, sigara kullanma, kronik hastalık varlığı ve değişkenlerinin istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.3.9.** Araştırmaya Katılanların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikleri	Sayı	Yüzde (%)	ÜSBÖ Mean±SD	Min.	Max.	Test*
<b>Toplam gebelik sayısı</b>						
2 ve altı	188	53.3	130.42±20.29	75	175	U= 14373.5 p=0.235
3 ve üstü	165	46.7	128.31±20.10	89	177	
<b>Toplam doğum sayısı</b>						
2 ve altı	244	69.1	131.25±20.29	75	177	<b>U= 10883.5</b> <b>p=0.006</b>
3 ve üstü	109	30.9	125.37±19.48	89	173	
<b>Kendiliğinden düşük yapma</b>						
Yok	268	75.9	129.61±20.52	75	175	U= 10829.0 p=0.494
Var	85	24.1	128.87±19.26	93	177	
<b>İsteyerek küretaj olma</b>						
Yok	317	89.8	129.17±20.68	75	177	U= 5082.0 p=0.282
Var	36	10.2	131.75±15.35	102	173	
<b>Erken doğum hikayesi</b>						
Var	46	13.0	129.15±17.53	101	166	U= 6927.0 p=0.836
Yok	307	87.0	129.47±20.60	75	177	
<b>Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma hikayesi</b>						
Var	36	10.2	128.55±17.23	101	173	U= 5510.5 p=0.736
Yok	317	89.8	129.53±20.53	75	177	
<b>İnfertilite tedavisi alma</b>						
Evet	19	5.4	133.78±21.13	86	154	U= 2665.5 p=0.241
Hayır	334	94.6	129.18±20.15	75	177	
<b>Son doğum şekli</b>						
Doğum yapmayan	42	11.9	128.57±19.52	89	177	KW= 3.064 p=0.216
Vajinal	191	54.1	131.50±21.65	75	176	
Sezaryen	120	34.0	127.45±18.91	96	176	
<b>Son doğumundan sonra geçen süre</b>						
Çocuğu olmayan	42	11.9	127.45±18.91 <sup>ab</sup>	96	175	KW= 11.539 p=0.042
0-12 ay	45	12.7	132.91±22.17 <sup>a</sup>	89	172	
1-3 yıl	97	27.5	131.46±21.61 <sup>a</sup>	75	173	
3-6 yıl	43	12.2	130.65±16.65 <sup>a</sup>	92	173	
6-12 yıl	81	22.9	130.23±20.49 <sup>a</sup>	93	177	
12 yıl ve üstü	45	12.7	120.84±17.02 <sup>b</sup>	86	158	

\* Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

\*\*a,b,c üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin özelliklerinin ÜSBÖ puan ortalamalarına göre karşılaştırılması **Tablo 6.3.9.**'da verilmiştir. Toplam doğum sayısı üç ve üstü olan, son doğumunun üstünden on iki yıl ve üstü süre geçmiş olan kadınların ÜSBÖ puan ortalamalarının daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (sırasıyla;  $p=0.010$ ,  $p=0.042$ ).

Kadınların toplam gebelik sayısı, kendiliğinden düşük yapma, isteyerek küretaj olma, erken doğum ya da düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma hikayesi, infertilite tedavisi alma, son doğum şekli değişkenlerinin ÜSBÖ puan ortalamalarını etkilemediği tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların obstetrik özelliklerinin ÜSBÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması **Tablo 6.3.10**'de verilmiştir. **Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı** alt boyutuna göre toplam doğum sayısı 2 ve daha az olan kadınların puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p=0.228$ )

**Genital yol enfeksiyonlarından korunma** alt boyutuna göre; toplam gebelik sayısı ve toplam doğum sayısı 2 veya daha az olanların puan ortalamalarının daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (sırasıyla;  $p= 0.043$ ,  $p=0.031$ ). Erken doğum ya da düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma hikayesi bulunan kadınların puan ortalamalarının daha düşük ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0.002$ ,  $p=0.002$ ).

**Tablo 6.3.10.** Araştırmaya Katılanların Obstetrik Özelliklerinin ÜSBÖ Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı			Üreme organ ve meme kanserinden korunma			Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları			Genital yol enfeksiyonlarından korunma			İstenmeyen gebeliklerden korunma		
	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max
<b>Toplam gebelik sayısı</b>															
2 ve altı	27.74±6.77	12	40	7.96±3.60	4	18	28.79±7.81	10	48	55.95±7.12	35	69	9.96±3.29	3	15
3 ve üstü	27.59±6.35	9	40	8.48±4.01	4	20	28.26±6.89	15	50	54.09±8.22	35	68	9.87±3.06	3	15
<b>Test*</b>	U=15233.5 p=0.772			U=14479.0 p=0.277			U=14827.5 p=0.475			<b>U=13572.5</b> <b>p=0.043</b>			U= 15365.0 p=0.879		
<b>Toplam doğum sayısı</b>															
2 ve altı	27.95±6.66	12	40	8.39±3.91	4	20	29.01±7.60	10	48	55.67±7.59	35	69	10.20±3.20	3	15
3 ve üstü	27.04±6.33	9	40	7.78±3.52	4	20	27.49±6.79	15	50	53.75±7.81	35	67	9.29±3.05	3	15
<b>Test*</b>	U=12231.0 p=0.228			U=12272.0 p=0.243			<b>U=11492.5</b> <b>p=0.041</b>			U=11389.5 p=0.031			U= 11197.0 p=0.017		
<b>Erken doğum hikayesi</b>															
Var	28.06±5.57	19	40	8.78±4.20	4	16	30.67±7.65	19	50	51.21±9.21	35	67	10.41±2.25	7	15
Yok	27.61±6.71	9	40	8.12±3.74	4	20	28.22±7.31	10	48	55.66±7.29	35	69	9.85±3.29	3	15
<b>Test*</b>	U=6933.0 p=0.843			U=6543.0 p=0.418			U=5852.5 p=0.061			<b>U=5072.5</b> <b>p=0.002</b>			U= 6314.0 p=0.244		
<b>Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma hikayesi</b>															
Var	27.88±5.07	19	37	9.00±4.10	4	16	29.55±7.26	19	50	50.83±8.96	35	67	11.27±2.52	5	15
Yok	27.64±6.72	9	40	8.11±3.76	4	20	28.43±7.40	10	48	55.56±7.41	35	69	9.77±3.21	3	15
<b>Test*</b>	U=5601.0 p=0.856			U=5000.5 p=0.220			U=5257.5 p=0.439			<b>U=3871.0</b> <b>p=0.002</b>			<b>U= 4080.0</b> <b>p=0.005</b>		

\* Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

**Tablo 6.3. 11.** Araştırmaya Katılanların Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Jinekolojik Özellikler	Sayı	Yüzde (%)	ÜSBÖ TOPLAM	Min	Max	Test*
<b>İlk evlenme yaşı</b>						
18 yaş ve altı	136	38.5	125.28±16.22 <sup>a</sup>	89	172	<b>KW= 14.824 p=0.001</b>
19-24 yaş	139	39.4	129.07±21.68 <sup>b</sup>	75	177	
25 yaş ve üstü	78	22.1	137.30±21.65 <sup>c</sup>	96	176	
<b>İlk gebelik yaşı</b>						
18 yaş ve altı	82	23.2	126.47±16.74 <sup>a</sup>	89	172	<b>KW= 9.759 p=0.008</b>
19-24 yaş	136	38.6	126.96±19.08 <sup>a</sup>	92	177	
25 yaş ve üstü	135	38.2	133.72±22.49 <sup>b</sup>	75	176	
<b>Evlilik yılı</b>						
9 yıl ve altı	138	39.1	130.98±21.10	75	173	KW= 2.111 p=0.348
10-19 yıl	94	26.6	130.19±20.74	89	177	
20 yıl ve üstü	121	34.3	127.08±18.62	86	175	
<b>Son 3 ay içerisinde gebelikten korunma durumu</b>						
Kullanmayan	111	111	128.50±18.83	86	176	KW=0.411 p=0.814
Geri çekme	66	66	129.89±21.98	75	175	
Yöntem kullanan (RİA, kondom vb)	176	176	129.85±20.44	92	177	

\* Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

\*\**a,b,c* üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Araştırmaya katılan kadınların jinekolojik özelliklerine ilişkin özelliklerinin ÜSBÖ puan ortalamalarına göre karşılaştırılması **Tablo 6.3.11**'de verilmiştir. İlk evlenme ve ilk gebelik yaşı 25 yaş ve üstü olan kadınların 24 yaş ve altında evlenen kadınlara göre, ilk evlenme yaşı 19-24 olan kadınların ise 18 yaş ve altında evlenen kadınlara göre ÜSBÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0.001$ ). Kadınların evlilik yılı değişkenlerinin ve son 3 ayda gebelikten korunma durumunun ÜSBÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.3.12.** Araştırmaya Katılanların Jinekolojik Özelliklerinin ÜSBÖ Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Jinekolojik özellikler	Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı			Üreme ve meme kanserinden korunma			Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları			Genital yol enfeksiyonlarından korunma			İstenmeyen gebeliklerden korunma		
	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max	Mean±SD	Min	Max
<b>İlk evlenme yaşı</b>															
18 yaş ve altı	26.45±6.03 <sup>a</sup>	9	40	7.58±3.89 <sup>a</sup>	4	20	28.65±6.60 <sup>a</sup>	17	50	52.83±8.02 <sup>a</sup>	35	68	9.76±2.69	4	15
19-24 yaş	28.12±6.63 <sup>b</sup>	12	40	8.33±3.61 <sup>b</sup>	4	20	27.38±7.61 <sup>a</sup>	10	48	55.28±7.53 <sup>b</sup>	35	68	9.94±3.44	3	15
25 yaş ve üstü	29.00±7.07 <sup>b</sup>	15	40	9.06±3.83 <sup>b</sup>	4	20	30.43±7.96 <sup>b</sup>	16	44	58.64±5.90 <sup>c</sup>	45	69	10.16±3.51	3	15
<b>Test*</b>	<b>KW=8.678</b> <b>p=0.013</b>			<b>KW=12.554</b> <b>p=0.002</b>			<b>KW=6.758</b> <b>p=0.034</b>			<b>KW=25.840</b> <b>p≤0.001</b>			KW= 0.937 p=0.626		
<b>İlk gebelik yaşı</b>															
18 yaş ve altı	26.56±6.47	9	40	8.04±4.44	4	20	29.78±6.76 <sup>a</sup>	18	50	52.50±7.79 <sup>a</sup>	35	68	9.58±2.27	5	15
19-24 yaş	27.74±6.21	16	40	8.32±3.71	4	20	26.50±6.77 <sup>b</sup>	13	48	54.63±7.46 <sup>b</sup>	35	68	9.76±3.40	3	15
25 yaş ve üstü	28.28±6.94	12	40	8.18±3.48	4	20	29.85±7.91 <sup>a</sup>	10	44	57.10±7.38 <sup>c</sup>	35	69	10.29±3.40	3	15
<b>Test*</b>	KW=3.126 p=0.209			KW=2.496 p=0.287			<b>KW=19.630</b> <b>p≤0.001</b>			<b>KW=23.203</b> <b>p≤0.001</b>			KW= 3.198 p=0.202		
<b>Evlilik yılı</b>															
9 yıl ve altı	26.93±6.73	12	40	8.60±3.86	4	19	29.82±7.77 <sup>a</sup>	10	48	55.27±8.12	35	68	10.34±3.17	3	15
10-19 yıl	27.96±6.43	12	40	8.05±3.69	4	20	28.95±7.80 <sup>a</sup>	13	50	55.59±7.51	38	67	9.61±3.46	3	15
20 yıl ve üstü	28.28±6.45	9	40	7.87±3.80	4	20	26.76±6.23 <sup>b</sup>	15	41	54.46±7.36	35	69	9.68±2.92	3	15
<b>Test*</b>	KW=2.965 p=0.227			KW=4.129 p=0.127			<b>KW=11.063</b> <b>p=0.004</b>			KW=2.441 p=0.295			KW= 4.302 p=0.116		
<b>Son 3 ay içerisinde kullandığı gebelikten korunma yöntemi</b>															
Kullanmayan	27.52±6.81 <sup>a</sup>	9	40	7.59±3.07	4	20	29.40±7.20	17	50	54.72±7.60	35	68	9.25±2.95 <sup>a</sup>	3	15
Geri çekme	29.36±7.43 <sup>b</sup>	12	40	8.83±3.97	4	17	27.63±8.79	10	48	54.46±6.32	41	69	9.59±3.13 <sup>ab</sup>	5	15
Yöntem kullanan (RİA, kondom vb)	27.13±5.98 <sup>a</sup>	15	40	8.35±4.11	4	20	28.34±6.91	13	46	55.53±8.23	35	68	10.47±3.25 <sup>b</sup>	3	15
<b>Test*</b>	<b>KW=7.644</b> <b>p=0.022</b>			KW=2.873 p=0.238			KW=2.510 p=0.285			KW=2.174 p=0.337			<b>KW=</b> <b>10.608</b> <b>p=0.005</b>		

\* Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

\*\*a,b,c üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.



Katılımcıların jinekolojik özelliklerinin ÜSBÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması **Tablo 6.3.12'**de verilmiştir. **Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı** alt boyutuna göre; Kadınlardan ilk evlenme yaşı 18 yaş ve altında puan ortalamasının daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ( $p=0.013$ ). Kadınlardan son 3 ay içerisinde gebelikten korunma yöntemi olarak geri çekme yöntemini kullananların puan ortalamasının daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p=0.002$ ).

Kadınların ilk gebelik yaşı, evlilik yılı değişkenlerinin üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Üreme organ ve meme kanserinden korunma** alt boyutuna göre; ilk evlenme yaşı 18 yaş ve altı olanların puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir ( $p=0.002$ ). Kadınların ilk gebelik yaşı ve evlilik yılı değişkenlerinin üreme ve meme kanserinden korunma alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları** alt boyutuna göre; İlk evlenme yaşı 24 yaş ve altı, ilk gebelik yaşı 19-24 yaş arasında, evlilik yılı 20 yıl ve üstü olan kadınların puan ortalamasının daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0.034$ ,  $p\leq 0.001$ ,  $p=0.004$ ). Kadınların son üç ay içerisinde kullandığı gebelikten korunma yönteminin Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

**Genital yol enfeksiyonlarından korunma** alt boyutuna göre; İlk evlenme yaşı 24 yaş ve altı, ilk gebelik yaşı 18 ve altı olan kadınlarda puan ortalamalarının daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ( $p\leq 0.001$ ,  $p\leq 0.001$ ). Kadınların son üç ay içerisinde kullandığı gebelikten korunma yöntemi kullanma ve evlilik yılı değişkenlerinin genital yol enfeksiyonlarından korunma alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

**İstenmeyen gebeliklerden korunma** alt boyutuna göre; Son üç ay içerisinde gebelikten korunma yöntemi kullanmayan kadınların puan ortalamalarının daha düşük ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ( $p=0.005$ ). İlk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, evlilik yılı değişkenlerinin istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutundan alınan puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

## **7. TARTIŞMA**

Tezin bu bölümünde, araştırmadan elde edilen bulgular, aşağıdaki başlıklar halinde tartışılmıştır;

**7.1.** Araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.1.8, Tablo 6.1.9, Tablo 6.1.10, Tablo 6.1.11, Tablo 6.1.12, Tablo 6.1.13, Tablo 6.1.14)

**7.2.** Araştırmaya katılan kadınların üreme sağlığı sorunları ve sağlık arama davranışlarına ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.2.4, Tablo 6.2.5, Tablo 6.2.6)

**7.3.** Araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özelliklerinin ÜSBÖ puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.3.13, Tablo 6.3.14, Tablo 6.3.15, Tablo 6.3.16, Tablo 6.3.17, Tablo 6.3.18, Tablo 6.3.19, Tablo 6.3.20, Tablo 6.3.21, Tablo 6.3.22, Tablo 6.3. 23, Tablo 6.3.24)

## 7.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların **sosyo-demografik özellikleri** incelendiğinde; kadınların yaş ortalaması  $34.02 \pm 8.54$  olup çoğunluğu 25-29 yaş aralığında (%19.3), çoğunluğu (%29.8) ilkokul mezunu ve 67.1'i gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Kadınlardan %14.7'si sosyal sağlık güvencesine sahip olmadığını ifade etmiştir. Karakaya ve Gençalp (2009) kırsal bölgede yaşayan evli kadınlarla yaptıkları bir çalışmada katılımcıların yaş ortalamalarını  $20 \pm 4$ , çoğunluğunun ilkokul (%72) mezunu olduğunu saptanmışlardır (112). 2013 yılında yapılan TNSA verilerine göre kadınların sadece %31'inin araştırma sırasında çalışmakta olduğu, %4'ünün araştırma sırasında çalışmamasına rağmen araştırmadan önceki son 12 ayda çalıştıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada sosyal sağlık güvencesi olmayan kadınların %11'lik oranlarının bizim verilerimize paralel olduğunu söylenebilir (55). Türkiye'de kadınların çalışma hayatında henüz yeterince yer alamaması dikkat çekicidir.

Katılımcıların **eşlerinin sosyo-demografik özellikleri** incelendiğinde; yarısının eşinin düzenli gelir getiren bir işte çalıştığı, yaklaşık yarısının eşinin ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir (**Tablo 6.1.2**). Çankaya (2013) tarafından evli kadınlarla yapılan çalışmada kadınların üçte birinin eşinin öğrenim düzeyinin ilköğretim olduğu, dörtte birinin eşinin memur olduğu öğrenilmiştir (113).

Katılımcıların **aile durumlarına ilişkin özellikleri** incelendiğinde; kadınların %72.5'si çekirdek aile tipinde olduğunu belirtmişlerdir. (**Tablo 6.1.3**). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, çalışma kapsamındaki illerde çekirdek aile yapısı oranları; İzmir (%90.5), Ankara (%86.3), İstanbul (%79.1), Trabzon (%79.7), Adana (%80.7), (%79.8), Erzurum (%71.0) şeklindedir (114). Toplumumuz geçmişinde çoğunlukla geniş aile yapısına sahip olmuş olsa da bunun yerini artık çekirdek aile yapısının aldığı görülmektedir.

Üreme sağlığı, genel sağlık değerlendirmesinde oldukça önemlidir. Katılımcıların **genel sağlık durumlarına ilişkin özellikler** incelendiğinde; çoğunluğunun genel

sağlık durumunu çevresindeki herkes gibi olarak algıladığı belirlenmiştir (**Tablo 6.1.4**). Çalışmamızla benzer kriterleri inceleyen bir çalışmada kadınların genel sağlık durumlarını 0-10 arasında değişen bir skala ile değerlendirmeleri istendiğinde genel sağlık algısı ortalama puanlarının orta seviyede olduğu görülmüştür (37). Kadınların genel olarak sağlık durumlarını ortalama düzeyde algıladıkları söylenebilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada katılımcılardan %15.0'nun kronik hastalığının bulunduğu belirlenmiştir (**Tablo 6.1.4**). 15-49 yaş grubu evli kadınlarla üreme sağlığına yönelik yapılan bir çalışmada kadınların %38.4'ünün bir hekim tarafından tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığının (n=111) olduğu sonucuna ulaşılmıştır (57). Araştırmamıza katılan kadınların kronik hastalık oranının bu çalışmadan daha düşük olmasının nedeni kronik hastalığa sebep olabilecek alışkanlıklarının (sigara ve alkol kullanımı) daha az olmasına ve beslenme alışkanlıklarına bağlı olabilir.

Çalışmamızdaki kadınların %17.6'sının beden kitle indeksine göre obez olduğu, %15.9'unun sigara kullandığı belirlenmiştir. Okumuş ve Demirci (2015) yaptıkları çalışmada kadınların %37.9'unun hafif şişman grubunda oldukları sonucuna varmışlardır (103). Akmalı (2017) tarafından üreme çağındaki kadınlarla yapılan çalışmada kadınların %38.3'ünün sigara kullandığı, %50.2'sinin normal kiloda olduğu saptanmıştır (115). Demir (2012) tarafından yapılan çalışmada ise kadınların % 26,4'ünün (n=77) sigara kullandığı, % 73,6' sının (n=215) sigara kullanmadığı belirlenmiştir (24). Buna göre çalışmamızdaki kadınların bir kısmı beden kitle indeksine göre risk grubunda olsa da sigara kullanımının diğer çalışmalardan daha az olması çalışmamız açısından olumlu olarak değerlendirilebilir.

Katılımcıların **obstetrik özellikleri** incelendiğinde; toplam gebelik sayısı ortalamasının  $2.30 \pm 1.29$ , toplam doğum sayısı ortalamasının  $1.79 \pm 1.02$ , kendiliğinden düşük sayısı ortalamasının  $0.24 \pm 0.42$ , kendiliğinden küretaj sayısı ortalamasının  $0.10 \pm 0.30$  olduğu saptanmıştır. Aynı ölçeğin (ÜSBÖ) kullanıldığı bir çalışmada kadınların toplam gebelik sayısı ortalamasının  $2.41 \pm 1.46$ , küretaj sayısı ortalamasının  $1.34 \pm 0.66$ , yaşayan çocuk sayısı ortalamasının  $2.03 \pm 1.09$  olduğu belirlenmiştir (116). Başka bir çalışmada ise kadınların ortalama gebelik  $1.98 \pm 1.42$ , ortalama doğum

sayısı  $1.69 \pm 0.66$  ve ortalama yaşayan çocuk sayısı  $1.69 \pm 0.64$ , %28.2'sinin en az bir kez küretaj yaptırdığı görülmüştür (26). Çalışmamızdaki kadınların toplam gebelik sayısı ortalamasının katılımcı sayıları göz önünde alındığında diğer çalışmalara yakın olduğu ancak küretaj sayısı ortalamasının ise daha düşük olduğu söylenebilir.

Kadınların %24.1'inin kendiliğinden düşük yapmayı deneyimlediği, %10.2'sinin isteyerek küretaj olduğu saptanmıştır. Kara (2013) tarafından yapılan çalışmada araştırma kapsamındaki kadınların %20'sinin daha önce kürtaj olduğu belirlenmiştir (117).

Çalışmamızdaki kadınların %13.0'ının erken doğum hikayesinin bulunduğu, %10.2'sinin düşük doğum ağırlıklı bebek doğurduğu, %5.4'ünün infertilite tedavisi aldığı, %54.2'inin vajinal doğum yaptığı, %12.7'sinin son doğumundan sonra bir yıldan az süre geçtiği belirlenmiştir. Türkiye'de yapılmış olan kadın sağlığı araştırmasına (2014) göre düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getiren kadınların %9.04 oranı ile bizim sonucumuza yakındır. Aynı çalışmada erken doğum öyküsü olan kadınların oranı (%4.87) ise çalışma bulgumuza göre düşüktür (77). Üreme çağındaki kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların çoğunluğunun son doğumlarının üzerinden bir yıldan fazla zaman geçtiği ve %47'sinin vajinal doğum yaptığı saptanmıştır (57). Vietnam'da yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre kadınların %18.1'i infertilite sorunu yaşamasına rağmen tedavi almadığı belirlenmiştir (25). Çalışmamızdan elde edilen bu yöndeki sonuçların literatüre katkı sağlayacağı söylenebilir.

Türkiye'de üreme kavramı içerisinde yer alan doğuma ve cinselliğe dair konular evlilikle bağdaştırıldığı için ilk evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşı üreme sağlığı açısından önemli bir yere sahiptir (26). Katılımcıların **jinekolojik özellikleri** incelendiğinde; kadınların %38.5'inin ilk evliliğini 18 yaş ve altında yaptığı ve %23.2'sinin ilk gebeliğini 18 ve yaş altında deneyimlediği bulunmuştur (**Tablo 6.1.6**). TNSA-2013'ten elde edilen ilk evlenme yaşı bilgilerine göre 25-49 yaşlarındaki kadınların %41'inin 20 yaşından önce, %22'sinin 18 yaşına kadar, %4'ünün de 15. yaş gününden önce evlendikleri belirlenmiştir (55). Çalışmalar çoğunlukla bölgesel yapılmış olduğu için sonuçları genellemek uygun olmamaktadır. Bu sebeple çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilebilmektedir. İstanbul'un çok göç alan bir ilçesinde evli adölesanların üreme sağlığı sorunlarını araştıran bir çalışmada kadınların ilk evlilik yaşı ortalamasının  $15.3 \pm 4$  olduğu belirlenmiştir (112). Bu sonuçlara göre ilk

evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşının küçük olduğu kesimlerde çalışan, özellikle birinci basamak sağlık çalışanlarına bu konuda önemli görevlerin düştüğü düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %39.1'inin **evlilik süresinin** dokuz yıl ve altında olduğu saptanmıştır. Kara (2013) tarafından yapılan araştırmaya katılan kadınların % 39.8'inin 5 yıl ve altı, % 26.5'inin 6-10 yıl, % 18.0'ının 11-15 yıl, % 15.8'inin 16 yıl ve fazla süredir evli olduğu tespit edilmiştir (117). Bu oranların farklı yaş ortalamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınlardan %31.5'inin son üç ay içerisinde gebelikten korunma yöntemi kullanmadığı belirlenmiştir. Çankaya (2013) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %74.3'nün modern aile planlaması yöntemleri kullandığı tespit edilmiştir (113). Çalışmamıza benzer olarak başka bir çalışmada; kadınlardan %31.6'sının hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmadığı %44.8'inin modern bir yöntem kullandığı saptanmıştır (23). Bu bulgular kadınların istenmeyen gebelikler konusundaki duyarlılıklarının henüz istendik seviyede olmadığını düşündürmektedir.

Katılımcıların **ÜSBÖ toplam puan ortalamaları** incelendiğinde; Araştırmaya katılanların ÜSBÖ puan ortalamasının  $129.43 \pm 20.20$  (min-max;75-177) olup ortalama değer üzerindedir (**Tablo 6.1.7**). Koştu ve Taşçı (2009) tarafından yapılan çalışmada kadınların ÜSBÖ puan ortalamaları  $122.14 \pm 19.6$  (118), Kayacı (2007) tarafından evli kadınlarda yapılan çalışmada ise ÜSBÖ ortalaması  $127.83 \pm 21.19$  saptanmış olup çalışma sonuçlarımızla benzerdir (119). Erbil ve Göktaşlar (2010) tarafından yapılan çalışmada ÜSBÖ puan ortalaması  $142.80 \pm 20.73$  (116), Er ve ark. (2008) ise  $156.0 \pm 17.3$  olarak bildirilmiştir (120). Bu çalışmalarda puan ortalamalarının yüksek ve farklı olması kent (Denizli, İzmir, Ordu) merkezlerinde ve farklı bölge kültürlerinin etkisindeki kadınlarla yapılmış olmasından da kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Er ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada ise lisansüstü eğitime devam eden kadınlarla yapıldığından eğitim faktöründen kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda kadınların ÜSBÖ alt boyutlarından altıkları puanlar sırasıyla; genital yol enfeksiyonlarından korunma  $55.08 \pm 7.70$ , üreme sağlığını korunmaya yönelik genel sağlık davranışları  $28.54 \pm 7.39$ , üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora

gitme davranışı  $27.67 \pm 6.57$ , istenmeyen gebeliklerden korunma  $9.92 \pm 3.18$  ve üreme organ ve meme kanserinden korunma  $8.20 \pm 3.80$  olarak bulunmuştur (**Tablo 6.1.7**). Kayacı ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı puan ortalamasını  $30.7 \pm 7.5$  (119), Erbil ve Göktaşlar (2010) üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı puan ortalamasını  $32.75 \pm 6.25$  (116), Koştu ve Taşçı (2009) ise bu alt boyuttan alınan puan ortalamasının  $28.25$  olduğu belirmişlerdir (118). Benzer bir çalışmada ise kadınların üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı puan ortalamasının eğitim öncesi  $29,8 \pm 6,1$ , eğitim sonrası  $31,8 \pm 5,1$  puan olarak saptanmıştır (26). Bu sonuçlara göre kadınların ÜSBÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının benzer olduğu söylenebilir.

## **7.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Katılımcıların **üreme sağlığı sorunları** incelendiğinde; en çok görülen üreme sağlığı sorunlarının sırasıyla %43.6 kaşıntı yanma ve kızarıklık, %35.4 anormal akıntı ve kötü koku, %27.5 alt karın ağrısı, %20.4, disparoni, %17 dizüri şikayetlerinin olduğu belirlenmiştir. Sharma et al. (2018) Hindistan’da yaptıkları bir çalışmada kadınlarda en sık karşılaşılan semptomlar; kötü kokulu vajinal akıntı ve ardından menstrüasyon ile ilişkili olmayan alt karın ağrısı şeklinde belirlenmiştir. Diğer semptomlar vulva çevresinde kaşıntı, idrar yaparken yanma, kasıkta şişlik ve genital ülser olarak belirlenmiştir (121). Hindistan’da yapılmış başka bir çalışmaya göre ise katılımcıların yaklaşık dörtte biri (%24) son 1 ay içinde genital enfeksiyon ve benzeri semptom öyküsünden bahsederken; % 38’i 6 ay içinde ve % 11’i 1 yıl içinde, toplam 352 (% 43.9) kadın genital enfeksiyon belirtisi bildirmiştir (122). Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış bir çalışmaya göre kadınlar jinekolojik rahatsızlıklara dair çoğunlukla (%71.35) anormal vajinal akıntı ve vajinal kaşıntı (%27.4) şikayeti bildirmişlerdir (77). Çankaya (2013) çalışmada gebe olmayan kadınların %40’nun son bir yıl içinde genital enfeksiyon geçirdiğini, %22.9’nun çalışma sırasında genital enfeksiyon şikâyeti olduğunu tespit etmiştir (113). Çalışma bulgularımıza desteklik niteliği taşıyan bir çalışma Çinli kadınlarla yapılmıştır. Bu çalışmaya göre genital şikâyet

yaşama prevelansının yüksek olduğu belirtilmiştir (123). Elde edilen bu bilgilere göre kadınların üreme sağlığı sorunlarına yönelik genital şikayetlerin büyük oranda risk oluşturduğu söylenebilir.

Çalışmamızdaki kadınlardan %12.7'sinin her ay genital şikayet yaşadığı ve %34.3'ünün genital şikayetlerinin günlük yaşamlarını etkilediği saptanmıştır. Daşkan ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada kadınların %50.4'ünün iki ay ve daha uzun zamandan beri genital şikayetlerinin devam ettiği belirlenmiştir (124). Bu çalışmada şikayetleri uzun sürenlerin oranının fazla olması genital şikâyet yaşamaları durumunda tedavi için doktora başvuru oranlarının %30.4'ü akıntı, % 28.8'i akıntı ve kaşıntı) az olmasından ve uygun olmayan genital hijyen alışkanlıklarından kaynaklandığı tahmin edilmektedir.

Katılımcıların **premenstrual sağlık sorunları** incelendiğinde; kadınların premenstrual dönemde, karında şişlik (%19.6), bel-kasık ağrısı (%19.6), sinirlilik (%17.6), huzursuzluk (%15.3), baş ağrısı (%14.0) ve göğüslerde gerginlik (%13.9) sorunlarını yaşadıkları belirlenmiştir. Isparta'da bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada ise premenstrual sorun yaşadığını belirten kadınların %76.4'ü gerginlik - sinirlilik, %67.4'ü meme hassasiyeti, %59'u kilo artışı-karında şişlik, %55.8'i adette ağrı, %46.4'ü fazla ya da az adet, %17'si baş ağrısı-baş dönmesi şikayetleri belirtmişlerdir (125). Bu çalışmaya göre yaşanan şikâyet oranlarının bizim çalışmamızdan yüksek olmasının coğrafi etkilerden ya da erken yaşta (ilk evlilik yaşı 14-19) yapılan evliliklerin fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %48.4'ünün **premenstrual sorunları** her ay yaşadığı ve %51.3'ünün premenstrual şikayetlerinin günlük yaşamlarını etkilediği saptanmıştır (**Tablo 6.2.2**). Kayacı ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada PMS yakınması olan kadınların %66'sının yakınmaları her ay yaşadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada PMS yakınma oranı diğer çalışmalardan yüksek bulunmuş; yakınmaların görülme oranının ve sosyal yaşamı etkileme durumunun ise diğer çalışmalarla benzer olduğu belirlenmiştir (119). Evli akademisyen kadınlarla yapılan bir çalışmada, premenstruel



sendrom (PMS) yaşama durumları incelendiğinde; iki kadın hariç kalanların tamamının (%97.5) PMS yaşadığı; PMS yaşayanların %71.4'ünün bu durumu her ay, %24.7'sinin 2–3 ayda bir ve %3.9'unun 4–5 ayda bir yaşadığı ve sosyal yaşamlarının etkilendiği belirlenmiştir (120). Bir hastanede çalışan üreme çağındaki kadınlarla yapılan çalışmaya göre kadınların %51'i PMS şikayetleri bildirmiş ve bu şikayetlerin %64.9'unun hafif şiddetli, %31.8'inin orta şiddetli ve %3.8'inin şiddetli PMS bulgusu olduğu saptanmıştır (115). Bu sonuçlara göre PMS'nin çalışan kadınların günlük hayatlarını dolayısıyla da çalışma hayatlarını olumsuz etkilediği söylenebilir.

Katılımcıların **üreme sağlığı sorunlarına ilişkin sağlık arama davranışları** incelendiğinde; katılımcıların %58.1'inin üreme sağlığına ilişkin sorun yaşadığında ilk başvuracağı yerin kamu hastanesi olduğu belirlenmiştir (**Tablo 6.2.3**). Türkiye'de (2004) yapılan bir çalışmada araştırmaya katılanların bir hastalık ya da rahatsızlık durumunda hiçbir durumu düşünmeden gittikleri ilk sağlık kuruluşunun %56.8 ile özel hastane, %10.8 ile üniversite hastanesi olduğu saptanmıştır (126). Sağlık hizmetlerine yönelik taleplerle ilgili İstanbul, İzmir ve Ankara'da 20 yaş üstü bireylerle yapılan bir çalışmada çeşitli nedenlerden dolayı ilk başvurunun çoğu (%48) zaman kamu hastanesine olması çalışmamıza katkı sağlamaktadır (127). Rajeev Nagar'da (Hindistan) yapılan bir çalışmada (2013) ise ilk başvurunun %36.4 oranında geleneksel şifacılarla yapıldığı saptanmıştır (128). Bu sonuçların ekonomik ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığı tahmin edilmektedir.

Çalışmamızdaki kadınlardan %15'i son üç ay içinde üreme sağlığına ilişkin sorunu olmasına rağmen sağlık kuruluşuna başvurmamıştır (**Tablo 6.2.3**). Hindistan'ın doğu Delhi kentinde gecekondü bölgesinde yapılan bir çalışmada ise kadınların %26.8'i üreme sistemine ait hastalıklarının tedavisi için herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığı saptanmıştır (122). Bu çalışmadaki sağlık kurumuna başvurmama oranının bizim çalışmamızdan daha yüksek olmasının daha kırsal bir bölgede çalışılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların üreme sağlığı sorunlarında sağlık kuruluşuna gidilmesi gereken durumlar incelendiğinde; kadınların %52.5'inin günlük işlerinin etkilenmesi

durumunda sağlık kuruluşuna gideceği saptanmıştır (**Tablo 6.2.3**). Türkiye’de yapılan kadın sağlığı araştırmasında kadınlar “yatağa düşme” derecesinde sağlık sorunu yaşamaları şeklinde ifade ederek günlük işlerini etkilemesi durumunda sağlık kuruluşuna başvurabileceklerini belirtmişlerdir (77). Demiray (2014) kadınların %46.7’si ancak çok acil bir rahatsızlık olması durumunda sağlık kuruluşuna gideceklerini bildirmiştir (129). Bu sonuçlar kadınların sağlıklarını günlük hayat içinde geri plana attıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda kadınların üreme sağlığı sorunlarında sağlık kuruluşuna gitmeme nedenleri incelendiğinde; katılımcıların %26’sının üreme sağlığı sorununun **kendiliğinden geçeceğini düşündüğü için** sağlık kuruluşuna gitmediği tespit edilmiştir (**Tablo 6.2.3**). Okumuş ve Demirci (2015) tarafından yapılan çalışmada benzer olarak üreme sağlığına ilişkin sorun yaşayan kadınların sağlık kuruluşuna başvurmama nedeni kendiliğinden geçeceğini düşünmeleri olarak saptanmıştır (103). Kadınların önemli sağlık sorunlarını kendiliğinden geçeceğini düşünerek sağlıklarını ihmal etmeleri daha ciddi sorunlara neden olabileceğinden dikkat çeken bir bulgudur.

Çalışmamızda **maddi imkânsızlıklar** (%12.5), üreme sağlığı sorunu yaşandığında sağlık kuruluşuna başvurmama nedeni olarak 3. sırada yer almaktadır (**Tablo 6.2.3**). Tanzania’da (2018) yapılan bir çalışmada ise sağlık hizmetlerine erişimdeki en büyük sorunun maddi yetersizlik olduğu saptanmıştır (130). Kamu ve özel sağlık kurumlarına başvuran kadınlarla yapılan bir çalışmaya göre, katılımcıların %40’ı maddi imkânsızlıklar, iş yoğunluğu, muayene şeklinin zorluğu, muayenede rahat olamama veya muayeneye bağlı korku sebebiyle üreme sağlığına yönelik sorunlarda doktora gitmediğini belirtmiştir (129). ankaya (2013) yaptığı çalışmada katılımcıların %60.7’nin genital enfeksiyon olması durumunda doktora gittiği tespit etmiştir (113). Nijeryalı kadınlarla üreme sağlığına yönelik yapılan bir çalışmada (2010) sağlık hizmeti almayan kadınların %15’i şikayetlerinin kısa sürmesini sebep olarak belirtmişleridir (131). Pakistan’da yapılmış (2005) bir çalışmada sağlık bakım talebinde bulunmama nedenleri arasında ekonomik yetersizlik, ulaşım, şikayetlerin yaşanma süresi, sağlık algısı, hastalığın şiddeti ve bilgisizlik gibi etkenler belirtilmiştir (132). Türkiye’de evli adölesan kadınlarla yapılan bir çalışmaya (2009) göre

kadınların **utanma**, sıkılma, önemsememe ve sağlık güvencelerinin olmaması gibi sebeplerle sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmadıkları saptanmıştır (112). Etiyopya’da (2018) yapılan bir çalışmada göre kadınların sağlık hizmeti kullanmama nedenleri; **bilgisizlik**, ekonomik sorun, cinsiyet ayrımcılığı korkusu şeklinde belirtilmiştir (133). Kadınların sahip oldukları farklı imkanlar nedeniyle sağlık arama davranışları önündeki engellerin de değişkenlik gösterdiği söylenebilir.

Türkiye’de yapılan bir çalışmada, ödeme güçlüğü olmadığı halde sağlık hizmetlerinden yararlanamama sebeplerinin %58.2’sinin rahatsızlığını önemsememe, %12.7’sinin ise sağlık **hizmetlerine ulaşamama** olduğu belirtilmiştir (126).

Okumuş ve Demirci (2015) yaptıkları çalışmada zamanı olmadığı için sağlık kuruluşuna gitmeyenlerin oranı %11, evdeki sorumluluklar %6, sağlık çalışanlarının ilgisizliği %3 olarak saptamışlardır (103). Belirtilen bu etkenler bizim sonuçlarımızda da yer almakta ancak oranların değişkenlik göstermesi çalışma bölgelerinin ve örneklem sayısı farklılığından kaynaklanmış olabileceği söylenebilir.

Bu sonuçlara göre gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ya da düşük sosyoekonomik seviyedeki bölgelerde yaşayan kadınların üreme sağlığına yönelik sağlık arama davranışlarının yetersiz olması daha çok maddi kaynaklı gibi gözükse de sağlığın önemi konusunda bilincin sağlık aramada ayrı bir öneminin olduğu düşünülmektedir.

Buraya kadar anlatılanlar araştırmamızın “**Üreme çağındaki evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve sağlık arama davranışları nelerdir?**” sorusunun yanıtı niteliğindedir.

### **7.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin ÜSBÖ Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Katılımcıların **sosyo-demografik özellikleri** ÜSBÖ toplam puan ortalamalarına göre incelendiğinde; yaş gruplarına göre ÜSBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken “Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları” alt boyutundan 40 yaş altı kadınlar 40 yaş üzeri kadınlara göre daha yüksek puan almıştır ( $p \leq 0.001$ ) (**Tablo 6.3.1 ve Tablo 6.3.2**). Tanzanya’da üreme çağındaki kadınların doktora başvurma durumlarını araştıran bir çalışmada

özellikle artan yaşla birlikte sağlık kurumuna başvurularında önemli düzeyde düşüklük gözleendiği ve farklı problemlerin arttığı belirtilmiştir (130). Kara (2013) yaptığı çalışmada 20-29 yaş aralığındaki kadınların üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı puanının, 40-49 yaş aralığındaki kadınların puanından yüksek olduğunu bildirtirmiştir (117). Kadınların ileri yaşlara doğru üreme sağlığını ilgilendiren konularda daha az duyarlı oldukları söylenebilir.

**Öğrenim düzeyleri** lise/üniversite düzeyinde olan kadınların ÜSBÖ puan ortalaması ilkokul/ortaokul olan kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p \leq 0.001$ ) (**Tablo 6.3.1**). Koştu ve Taşçı (2009) tarafından yapılan çalışmaya göre eğitim durumu lise/üniversite olanların üreme sağlığını korumaya yönelik davranış puanı diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur (118). Benzer bir çalışma yedi farklı ilde (İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Gaziantep, Erzurum, Trabzon) yapılmış ve eğitim durumu iyi olanların üreme sağlığına yönelik davranışlarının daha iyi durumda olduğu saptanmıştır (114). Bu sonuçlara göre kadınların öğrenim düzeyi yükseldikçe üreme sağlığı konusunda daha duyarlı oldukları söylenebilir.

**Çalışma durumuna** göre çalışan kadınlarda ÜSBÖ puan ortalamasının çalışmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p \leq 0.001$ ) (**Tablo 6.3.1**). Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarla yapılan bir çalışmada herhangi bir işte çalışmayan kadınların üreme sağlığını korumaya yönelik davranışlarının yetersiz seviyede olduğu saptanmıştır (134). Bir başka çalışmada ise çalışan kadınların üreme sağlığını korumaya yönelik davranışlarının ev hanımı olan kadınlardan daha iyi olduğu belirlenmiştir (135). Bu sonuç çalışan kadınların sağlık davranışlarının daha iyi olmasının ekonomik özgürlüğün getirdiği karar verebilme gücü ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu sonuçlar “**Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre ÜSBÖ puanları arasında fark var mıdır?**” sorusunun yanıtı niteliğindedir.

Katılımcıların eşlerinin sosyo-demografik özellikleri ÜSBÖ toplam puan ortalamalarına göre incelendiğinde; eşinin öğrenim durumu lise/üniversite olan kadınların ÜSBÖ puan ortalamalarının daha yüksek ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 6.3.3**). Katılımcıların ve eşlerinin düşük

öğrenim düzeyinde olduğu bir çalışmaya göre kadınların üreme sağlığı kapsamındaki bilgi tutum ve davranışların değerlendirildiği ölçekten (GHDE) alınan puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır (136). Evli kadınların üreme sağlığı davranışlarına yönelik yapılan bir çalışmada eşleri üniversite mezunu olan kadınların ‘Üreme organ ve meme kanserinden korunma’ alt ölçeği dışında kalan üreme sağlığını koruyucu tutumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (117). Türkiye’de evli kadınların genital enfeksiyonlardan korunma durumlarını inceleyen bir çalışmada; eşleri %33.6 oranında ilkokul mezunu olup ölçekten aldıkları puanların düşük olması sonuçlarımıza benzerdir (114). Üreme sağlığını ilgilendiren konularda olumlu davranışlar edinmenin bireylerin öğrenim düzeyi ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Bu sonuçlar “**Evli kadınların eşlerinin sosyo-semografik özelliklerine göre ÜSBÖ puanları arasında fark var mıdır?**” sorusunun yanıtı niteliğindedir.

Katılımcıların **aile durumlarına ilişkin özelliklerinin** ÜSBÖ toplam puan ortalamalarına göre incelendiğinde; aile tipi ile ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken “Genital enfeksiyonlardan korunma” alt boyutunda çekirdek aile tipindeki kadınların aldığı puan, geniş aile tipindeki kadınların puanından daha yüksektir ( $p < 0.05$ ). (**Tablo 6.3.5 ve Tablo 6.3.6**). Benzer çalışmalarda çekirdek aile tipine sahip olan kadınların geniş aile tipine sahip olan kadınlara göre üreme sağlığı koruyucu tutumların daha iyi olduğu bildirilmiştir (23, 116, 117). Çekirdek aile tipinde yaşayan kadınların geniş aile tipindeki kadınlara göre daha bağımsız hareket edebilmeleri üreme sağlığı koruyucu tutumlarının artmasına neden olduğu düşünülebilir.

Bu bilgiler çalışmamızın “**Kadınların aile özelliklerine göre ÜSBÖ puanları arasında fark var mıdır?**” sorusunun yanıtı niteliğindedir.

Katılımcıların **genel sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin** ÜSBÖ toplam puan ortalamalarına göre incelendiğinde; sigara içen kadınlarda ve kronik bir hastalığı olan kadınlarda diğerlerine göre daha düşük ortalama olduğu saptanmıştır (**Tablo 6.3.7**). Benzer bir çalışmada ise kronik hastalığı olan kadınların üreme sağlığına ilişkin durumlarda doktora gitme davranışlarının yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır (132). Sigara içen kadınların ve kronik hastalığı olan kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının diğer kadınlara göre daha düşük olması beklenen bir sonuçtur. Kadınların

genel sağlık durumları ile ilgili özelliklerinin üreme sağlığı ile ilgili tutumlarını da etkileyebileceği düşünölmektedir.

Bu sonuçlar “**Kadınların genel sağlık durumu özelliklerine göre ÜSBÖ puanları arasında fark var mıdır?** sorusunun yanıtı niteliğindedir.

Katılımcıların **obstetrik özelliklerinin** ÜSBÖ toplam puan ortalamalarına göre incelendiğinde; toplam doğum sayısı iki ve daha az olan kadınların ÜSBÖ puan ortalaması, doğum sayısı üç ve daha fazla olan kadınlara göre daha yüksektir (**Tablo 6.3.9**). Hindistan’da yapılan bir çalışmaya göre doğum yapmayan kadınlar, doğum yapanlara göre üreme sağlığı yönünden daha iyi oldukları belirlenmiştir (60).

Çalışmamızda toplam doğum sayısı değişkeninin **üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme** alt ölçek puanlarında anlamlı farklılığa neden olmadığı belirlenmiştir (**Tablo 6.3.10**). Buna göre toplam doğum sayısı iki ya da daha az olan kadınların üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme alt ölçeğinden aldıkları puanların üç veya daha fazla doğum yapanlara göre daha yüksek ancak farkın anlamlı olmadığı görölmüştür. Kara (2013) aynı ölçeği kullandığı çalışmada bir çocuk sahibi olan kadınların üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı puanı, üç çocuk sahibi olan kadınların puanından yüksek bulunmuştur (117). Elde edilen bu sonuçlara göre farklı çalışma grubundaki kadınlarda doğum sayısının üreme sağlığına yönelik tutumlarına olan etkilerinin değişkenlik gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamıza göre **toplam gebelik sayısı** değişkeninin ÜSBÖ puan ortalamalarını etkilemediği tespit edilmiştir (**Tablo 6.3.9**). Kara (2013)’nın bildirdiğine göre ise toplam gebelik sayısı değişkeni açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Buna göre gebelik sayısı 1 olan kadınların ÜSBÖ toplam puanı, gebelik sayısı dört ve üstü olan kadınların ÜSBÖ toplam puanından yüksek olduğu saptanmıştır (117).

Okumuş ve Demirci (2015) yaptıkları çalışmada doğum ve gebelik sayılarının üreme sağlığını ilgilendiren durumlarda sağlık arama davranışını etkilemediğini bildirmişlerdir (103). **Genital yol enfeksiyonlarından korunma** alt boyutundan alınan puanların gebelik sayısı 2 veya daha az olanlarda üç veya daha fazla olanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır (**Tablo 6.3.10**). Çin’in (2010) kırsal bir bölgesinde yapılan çalışmada da gebelik sayısı az olan kadınların üreme sağlığını koruma

davranışları konusunda diğerlerine göre daha iyi durumda oldukları sonucuna varılmıştır (123). Mevcut çalışmalardan elde edilen farklı sonuçlar nedeniyle toplam gebelik sayısı ve üreme sağlığı ilişkisinin daha çok incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Yapmış olduğumuz araştırmaya göre; erken doğum hikâyesi olan ve olmayan kadınların ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen **“Genital enfeksiyonlardan korunma”** alt boyutunda erken doğum ve DDA bebek doğurma hikâyesi olan kadınların lehine anlamlı bir düşüş gözlenmiştir (**Tablo 6.3.10**). Gebelikte erken doğuma yol açan faktörlerden biri; tedavi edilmemiş genital yol enfeksiyonlarıdır (25). Araştırmamızdaki kadınların genital enfeksiyonlardan korunma davranışlarının düşük olması erken doğum ve dolayısıyla DDA bebek doğurmaya neden olduğu düşünülebilir.

Bu sonuçlar **“Kadınların obstetrik özelliklerine göre ÜSBÖ puanları arasında fark var mıdır?”** sorusunun yanıtı niteliğindedir.

Katılımcıların **jinekolojik özelliklerinin** ÜSBÖ toplam puan ortalamalarına göre incelendiğinde; ilk evlenme yaşı attıkça ÜSBÖ puan ortalamasının da attığı görülmüştür (**Tablo 6.3.11**). Güney Kerala bölgesinde yapılan bir çalışmada (2014) ilk evliliğin 18 yaşından önce yapılması kadınlar için üreme sağlığına yönelik tutum ve davranışları açısından önemli bir risk olarak belirlenmiştir (137). Rahman (2008) tarafından yapılan çalışmada ilk evlenme yaşı 17 yaş altında olanların üreme sağlıklarının istenen düzeyde olmadığı saptanmıştır (138). Evli adölesan kadınlarla yapılan çalışmada (2009) da üreme sağlığına yönelik davranışların yetersiz olduğu belirlenmiştir. Çalışmada üreme sağlığı sorunu olduğunda sağlık kuruluşuna başvurma (%46.6), CYBE’lerden korunmak için kullanılan yöntem (%3) gibi oranlar düşük bulunmuştur (112). Yeterli üreme sağlığı bilinci kazanılmadan erken yaşta yapılan evliliklerin toplumun üreme sağlığı açısından ciddi risklere sebep olabileceği söylenebilir.

Araştırmada katılımcıların ilk gebelik yaşı arttıkça ÜSBÖ puan ortalamasının da attığı görülmüştür (**Tablo 6.3.11**). Rahman (2008) yaptığı çalışmada ilk gebelik yaşı 18-30 yaş grubunda olan kadınların üreme sağlığına yönelik tutum ve davranışlarının 17 yaş altı olan kadınlardan daha iyi düzeyde olduğunu saptamıştır (138). Henüz ergenliğin

sonu sayılabilecek erken yaşlarda yaşanan gebeliklerin fiziksel ve biyolojik olumsuzlukları yanında kadınların psikososyal davranışlarını da önemli düzeyde etkilenebileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak çalışmamızda ilk evlenme yaşı arttıkça “Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı”, “Üreme organ ve meme kanserinden korunma”, “Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları”, “Genital yol enfeksiyonlarından korunma” alt boyutlarından alınan puanlarda da artış olduğu gözlenmiştir (**Tablo 6.3.12**). Evlilik yaşı ortalaması düşük olan ( $19.6\pm 3.4$ ) kadınlarla yapılan çalışmaya (2006) göre erken yaşta evlenen kadınların bizim çalışmamızdaki ölçek alt boyutlarını içeren konularda yetersiz oldukları saptanmıştır (125). Er ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada ise kadınların evlilik yaş ortalamalarının  $25.6\pm 2.4$  ve ölçek alt boyutlarından alınan puanların yüksek olduğunu saptamışlardır (120). Bu çalışmada puan ortalamalarının yüksek oluşu katılımcıların lisansüstü eğitime devam eden kadınlardan oluşmasının da etkisi olabilir.

Araştırmamızda gebelikten korunmaya göre ÜSBÖ puan ortalamasında fark olmadığı tespit edilmiştir (**Tablo 6.3.11**). Buna karşın, üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt boyutunda geri çekme yöntemi kullanan kadınlarda daha yüksek puan ortalaması olduğu görülmüştür (**Tablo 6.3.12**). Benzer bir çalışmaya göre etkili aile planlaması kullanan kadınların üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme ve istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır (116). Koştu ve Taşçı (2009) yaptıkları çalışmada etkili bir korunma yöntemi kullananların, etkisiz korunma yöntemi kullananlara göre bu alt ölçekten alınan puanlarının yüksek çıktığını bildirmişlerdir (118). Tepe (2018) yaptığı çalışmada modern aile planlaması kullanımının düşük ve kadın sağlığını ilgilendiren konularda doktora başvurunun yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır (57). Bizim çalışmamızda diğer çalışma sonuçlarının aksine etkili yöntem kullananların üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışlarının düşük olması diğer çalışmaların büyük kent merkezlerinde yaşayan kadınlarla yapılmış olmasından ve dolayısıyla bilinç düzeyi farklılığından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu sonuçlar “**Kadınların jinekolojik özelliklerine göre ÜSBÖ puanları arasında fark var mıdır?** sorusunun yanıtı niteliğindedir.



## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $34.02 \pm 8.54$  olup çoğunluğu 25-29 yaş grubundadır.
- Kadınların çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu, yarıdan daha azının gelir getiren bir işte çalıştığı ve tamamına yakınının sosyal sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların yarısı aile gelirinin gider ile denk olduğunu, dörtte üçü çekirdek aile tipine sahip olduğunu ve çoğunluğu ailede yaşayan kişi sayısının beş kişi ve üzerinde olduğunu bildirmiştir.
- Kadınların yarıya yakınının normal beden kitle indeksine sahip olduğu, sigara kullanım oranının düşük olduğu, beşte birinden daha azının kronik bir hastalığının olduğu, yarisından fazlasının beslenme alışkanlığının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların çoğunluğu genel sağlık durumlarını çevresindeki herkes gibi olduğunu söylemiştir.
- Araştırmaya katılan kadınların gebelik sayısı ortalaması  $2.30 \pm 1.29$  olup çoğunluğu dört ve daha fazla gebe kaldığını, doğum sayısı ortalaması  $1.79 \pm 1.02$  olup çoğunluğu 3 ve daha fazla doğum yaptığını ifade etmiştir.
- Kadınların dörtte biri düşük öyküsü, onda biri küretaj öyküsü olduğunu ifade etmiştir.
- Katılımcıların bir bölümü erken doğum ve DDA bebek öyküsü olduğunu söylemiştir.
- Kadınların çoğunluğu son doğumunu vajinal yolla gerçekleştirmiş ve son doğumundan sonra geçen sürenin 1-3 yıl olduğunu bildirmiştir.
- Kadınların çoğunluğunun 19-24 yaş aralığında olduğu, önemli bir kısmının 18 yaşından önce evlendiği, çoğunluğunun ilk gebelik yaşının 19-24 yaş arası olduğu belirlenmiştir. Kadınların yarısına yakını 9 yıl ve daha az süredir evli olduklarını söylemişlerdir. Katılımcıların yarısı gebelikten korunmak için modern bir yöntem kullandığını, daha az bir kısmı ise geri çekme ile gebelikten korunduğunu belirtmiştir.

- Araştırmaya katılan kadınların ÜSBÖ puan ortalaması  $129.43 \pm 20.20$  olup ÜSBÖ alt boyutlarından altıkları puanlar sırasıyla; Genital yol enfeksiyonlarından korunma  $55.08 \pm 7.70$ , Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları  $28.54 \pm 7.39$ , Üreme sağlığı ile ilgili konularda doktora gitme davranışı  $27.67 \pm 6.57$ , İstenmeyen gebeliklerden korunma  $9.92 \pm 3.18$  ve Üreme organ ve meme kanserinden korunma  $8.20 \pm 3.80$  olarak bulunmuştur.
- Kadınlarda son üç ayda en çok görülen üreme sağlığı sorunları sırasıyla; kaşıntı, yanma ve kızarıklık, anormal akıntı ve kötü koku, alt karın ağrısı, disparoni, dizüri olarak belirlenmiştir.
- Kadınların yaşadıklarını ifade ettikleri premenstrual sorunlar görülme çoğunluğuna göre sırasıyla; karında şişlik, bel- kasık ağrısı, sinirlilik, huzursuzluk, baş ağrısı ve göğüslerde gerginliktir.
- Katılımcıların yarısı her ay düzenli olarak PMS yaşadıklarını ve yine yarısı premenstrual şikayetlerin günlük yaşamı etkilediğini ifade etmişlerdir.
- Araştırmada kadınlar bir sağlık sorunu yaşadıklarında çoğunlukla, kamu hastanesine başvurdıklarını, beşte birinden daha azının son üç ayda sağlık sorunu yaşadığı halde doktora gitmediğini, yarısından fazlası ancak günlük işlerinin etkilenmesi durumunda doktora gittiğini ifade etmiştir.
- Kadınların sağlık sorunu yaşadığında doktora gitmeme nedenleri sırasıyla; kendiliğinden geçeceğini düşünme, bilgisizlik, maddi imkansızlıklar, utanma, evdeki sorumluluklar, zamansızlık, ulaşım zorlukları, sağlık çalışanlarının ilgisizliğidir.
- Öğrenim düzeyi lise/üniversite olanlar, ilkokul/ortaokul olanlara göre ÜSBÖ ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışan kadınların ÜSBÖ puan ortalamaları çalışmayan kadınlara göre daha yüksektir.
- Kadınların yaşları ÜSBÖ toplam puan ortalamasını etkilememesine rağmen üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları alt boyutu ortalama puanı 40 yaş altı kadınlarda daha yüksek çıkmıştır.
- Kadınların sağlık güvencesinin olması ÜSBÖ toplam puan ortalamasını etkilemesine rağmen üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık

davranışları alt boyutu ortalama puanı sosyal sağlık güvencesi olmayan kadınlarda daha yüksek çıkmıştır.

- Katılımcıların eşlerinin öğrenim düzeyi lise ve üniversite olanların ÜSBÖ toplam puan ortalaması ilkokul/ortaokul olanlara göre daha yüksektir.
- Aile gelir düzeyi ÜSBÖ toplam puan ortalamasını etkilememesine rağmen üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt boyutu puan ortalaması gelir giderden denk olanlarda, gelir giderden fazla ve gelir giderden az olanlara göre daha yüksektir.
- Kadınların çekirdek ya da geniş aile tipinde olması ÜSBÖ puan ortalamasını etkilememiştir.
- Ailede yaşayan kişi sayısı beş ve üzerinde olanlar, dört ve daha az olanlara göre ÜSBÖ puan ortalaması daha düşük bulunmuştur.
- Ailede yaşayan kişi sayısı üç ve altı olanlarda üreme sağlığı ile ilgili durumlarda doktora gitme davranışı alt boyutu en düşük puana sahiptir.
- Araştırmada kronik bir hastalığı olmayan kadınların ÜSBÖ toplam puan ortalaması kronik hastalığı olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Kadınların toplam doğum sayısı iki ve daha az olanlarda ÜSBÖ puan ortalaması doğum sayısı üç ve üstünde olanlara göre yüksek bulunmuştur.
- Toplam gebelik sayısı açısından ÜSBÖ toplam puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Erken doğum hikâyesi ve DDA bebek doğumu ile ÜSBÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna rağmen genital yol enfeksiyonlarından korunma alt boyutu erken doğum öyküsü ve DDA öyküsü olan kadınlarda daha düşük bulunmuştur.
- Kadınlardan ilk evlenme yaşı 18 ve altında olanlar, ilk evlenme yaşı 19-24 yaş arasında, olanlara göre; 19-24 yaş arasında olanların puan ortalaması ise 25 yaş ve üzerinde olanlara göre ÜSBÖ toplam puan ortalamaları daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların ilk gebelik yaşı 18 yaş ve altında olanların, 19-24 yaş arasında, 25 ve üzerinde olanlara göre ÜSBÖ toplam puan ortalaması daha düşüktür.
- Son üç ay içerisinde kullandığı gebelikten korunma yöntemi, kadınların ÜSBÖ puan ortalamasını etkilememesine rağmen istenmeyen gebeliklerden korunma

alt boyutu puan ortalaması yöntem kullanmayanlarda en düşük olduğu bulunmuştur

- Gebelikten korunmak için modern bir yöntem kullanan kadınların üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt boyutu puan ortalaması gebelikten korunma yöntemi kullanmayan ve geri çekme yöntemi kullanan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur.
- Kadınların ÜSBÖ genel ve alt boyutlardan aldıkları puan ortalamaları arttıkça üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarının pozitif yönde olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Üreme sağlığı sorunları olduğu halde sağlık kuruluşuna gitmeyen kadınlar ve gitmeme nedenleri daha kapsamlı çalışmalarla ele alınarak kadınların üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarının pozitif yönde desteklenmesi önerilir.
- İleri yaş grubu, çalışmayan, düşük eğitim seviyesine sahip, geniş ailede yaşayan, kronik hastalığı olan, doğum sayısı fazla olan, erken doğum ve DDA bebek öyküsü olan, ilk gebelik ve ilk evlenme yaşı 18 yaş ve altında olan kadınlar üreme sağlığı açısından özel öneme sahip gruplar olarak ele alınmalıdır. Bu gruptaki kadınların özellikle birinci basamak sağlık kuruluşu çalışanları tarafından üreme sağlıklarını koruyucu tutum ve davranışları yönünden desteklenmesi önerilir.
- Kadınların sağlık arama davranışlarına olumsuz etkisi olan durumlar için daha kapsamlı ve çözüm odaklı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu konuda başta çalışmanın yürütüldüğü sağlık kurumu olmak üzere, bölgede özellikle kadınların daha kolay ve sıklıkla başvurdukları birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında üreme kavramına ait gerekli tüm bilgilerin içinde olduğu eğitim programları planlanıp, uygulanmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır. Tüm bunlar bu kurumlarda çalışan ebe ve hemşirelere önemli sorumluluklar düştüğünü göstermektedir.

## 9. KAYNAKLAR

1. Ünsal A, Özyazıcıoğlu N, & Sezgin S. Doğu Karadeniz'deki bir belde ve ona bağlı dokuz köyde yaşayan bireylerin genital hijyen davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13(2); 19-12, 2010.
2. Mustafaoğlu N. İstanbul ili Ümraniye ilçesindeki kadınların vajinal akıntı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamaya yönelik niteliksel bir çalışma. M. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, s. 55-28, s.69, İstanbul, 2011.
3. Çetintaş S. Gebelerde genital hijyen eğitiminin idrar yolu enfeksiyonu semptomlarına etkisi. Ege üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, s. 41-30, İzmir, 2015.
4. Yuvacı HU, Cevrioğlu AS. Kadın üreme sistemi mikrobiyotası. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 1;103-95, 2017.
5. Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı, s. 4-18, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2016.
6. Yağmur Y. Malatya ili Fırat Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların genital hijyen davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 6(5); 330-325, 2007.
7. Hacıalioğlu N, İnandı T, Pasinlioğlu T. Erzurum ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezine başvuran kadınlarda genital yol enfeksiyonlarının sıklığı ve risk faktörleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(2); 17-11, 2000.
8. Karatay G, Özvarış ŞB. Bir sağlık merkezi bölgesindeki gecekondularda yaşayan kadınların genital hijyene ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 10(1); 7-14, 2006.
9. Zincir H. RİA'ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanması ve genital hijyen eğitiminin vulvovajinal enfeksiyonlarının görülmesine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, s. 97-62, İzmir, 2006.

10. Usta R. Mardin İli Ömerli İlçe Devlet Hastanesi Toplum Sağlığı Merkezine başvuran kadınların genital hijyen davranışları ve etkileyen faktörler. O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.28-27, İstanbul, 2017 .
11. Crann SE, Cunningham S, Albert A, Money DM, & O'Doherty KC. Vaginal health and hygiene practices and product use in Canada: a national cross-sectional survey. BMC women's health. 18(1); 52, 2018.
12. World Health Organization. Human Reproduction Programme (HRP) (No. WHO/RHR/HRP/17.19). Programme budget 2018-2019: 2017.
13. Ward H, Mertens TE, Thomas C. Health seeking behaviour and the control of sexually transmitted disease. Health Policy and planning, 12(1); 28-19, 1997.
14. Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg, W, Wodchis, WP, Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a Qualicopc study. BMC family practice, 17(1); 38, 2016.
15. Akman M. Sağlık arama davranışı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 19(2); 53-54, 2015.
16. Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER. . Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara, 2007.
17. Adıbelli D, Kılınç NÖ, Akpak YK, Kılıç D. Genital hygiene behaviors and associated factors in women living in rural areas of Turkey. Elective Medicine Journal. 2(3); 210-214, 2014.
18. Özer A. İki Farklı Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Doğurgan Çağdaki Kadınların Genital Hijyen Davranışları. P.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 28-18, Denizli, 2013.
19. Corno, L. Learning (or not) in health-seeking behavior: Evidence from rural Tanzania. Economic Development and Cultural Change. 63(1); 27-72, 2014. .
20. Bosch FX, De Sanjosé S. The epidemiology of human papillomavirus infection and cervical cancer. Disease markers, 23(4); 213-227, 2007. .

21. Cangöl E. Uzunköprü kadın-doğum ve çocuk hastalıkları hastanesine jinekolojik muayene için başvuran kadınlarda genital enfeksiyonların sıklığı ve genital hijyen davranışlarının değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, s. 45-29, 2010. .
22. Samanta A, Ghosh S, Mukherjee S. Prevalence and health-seeking behavior of reproductive tract infection/sexually transmitted infections symptomatics: A cross-sectional study of a rural community in the Hooghly district of West Bengal. *Indian journal of public health.* 55(1); 38, 2011. .
23. Yıldırım F. Kırsal veya kentsel bölgede yaşayan kadınlarda genital hijyen davranışları ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 30-16, Konya, 2009.
24. Demir S. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 35-26, s. 60, İstanbul 2012. .
25. Nielsen A, Lan PT, Marrone G, Phuc HD, Chuc NTK, & Stålsby Lundborg C. RR reproductive tract infections in rural Vietnam, women's knowledge, and health-seeking behavior: a cross-sectional study. . *Health care for women international.* 37(4); 411-392, 2016. .
26. Demirci, H. Çalışan evli kadınlarda üreme sağlığını koruyucu davranışların geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2004.
27. Ilgaz A, Sevinç Ö, Uzun SU. İki farklı aile sağlığı merkezine kayıtlı doğurgan çağıdaki evli kadınların genital hijyen davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin,* 14(2); 160-153, 2015.
28. Mainuddin, AKM, Begum HA, Rawal LB, Islam A, Islam SS. Women empowerment and its relation with health seeking behavior in Bangladesh. *Journal of family & reproductive health.* 9(2); 65, 2015.

29. World Health Organization. Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe (No. EUR/00/5017822). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000.
30. Akdur R. Sağlık sektörü “Temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu . s. 12-15, Ankara Üniversitesi Basımevi. Ankara, 2006. .
31. Çelik, Y. Sağlık ekonomisi, Siyasal Kitabevi, Gözden geçirilmiş 2. baskı, Ankara, 2013.
32. Organization, World Health. Global ObservatoryforeHealth, & WHO Global ObservatoryforeHealth. BuildingfoundationsforeHealth: progress of MemberStates: report of the WHO Global ObservatoryforeHealth, 2006.
33. Özvarış ŞB, Ertan A. Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşımı. Hacettepe Tıp dergisi, 9-10, 2005.
34. Alır İ. Ankara Sincan Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.67-37, s.69-67, Ankara, 2018.
35. Bakanlığı S. Kitabı ÜSGK. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009. .
36. Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, sayfa 19-38, 9. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2009.
- 37.** Yaltı Y. Üsküdar İlçesinde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Üreme Sağlığı Konularında Birinci Basamak Sağlık Kurumlarından Yararlanma Durumları. M.Ü. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, s.58-33, İstanbul, 2016.
38. Willings, Kaye, Mitchell, Kirstin, Collumbien, Martine,. SexualHealth: A Public Health Perspective. 177-36, 2012.
39. Akın A. Haklar Üİ, Sağlığı Ü. Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet). Ankara : T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 15-19, 1994.



40. Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. Sexualand reproductive health: a matter of life and death. The Lancet, 368(9547), 1595-1607, 2006.
41. Wagner N. Female genital cutting and long-term health consequences—nationally representative estimates across 13 countries. The Journal of Development Studies. 51(3); 226-246, 2015.
42. Ahmadnia E, Kharaghani R, Maleki A, Avazeh, A, Mazloomzadeh S, Sedaghatpisheh T, et al. Prevalence and associated factors of genital and sexually transmitted infections in married women of Iran. Oman medical journal. 31(6); 439, 2016 .
43. Sağlığı Ü. Hizmetlerinde AP Sağlık eğitimi, İletişim ve danışmanlık. Türkiye Klinikleri, 1(2); 28-34, 2015.
44. Çalışandemir F, Bencik S, Artan İ. Çocukların cinsel eğitimi: geçmişten günümüze bir bakış. Eğitim ve Bilim, 33(150), 2010. .
45. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 25(4); 73-82, 2003.
46. Bal MD. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine genel bakış. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 1(1); 15-28, 2014.
47. Başar F. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Kadın sağlığına etkisi. ACU Sağlık Bil Dergisi. 3; 137-131, 2017.
48. Reproductive Health Matters. United Nations Children's Fund, Gupta GR Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change,. 2013, 184-190. Erişim Tarihi: 04.10. 2018.
49. Günaydın S, Dinç H. Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Genital Mutilasyon. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2(3); 363-371, 2015 .
50. Gölbaşı Z. Adölesan dönem üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 8(1); 100-108, 2005.

51. Şimşek H, Ş. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 25 (2); 119-126, 2011.
52. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. . Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler, 3(1); 2011.
53. Bilge Ç. Kızılkaya Beji N. Adölesan gebelikler ve üreme sağlığı sorunları . Androloji Bülteni, 17(61); 154-156, 2015.
54. Hillis SD, Anda RF, Dube, SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. Pediatrics. 113(2); 327-320, 2004.
55. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013, Ankara, 2014.
56. Tedavi CE, Derneği A. Bilgilendirme dosyası 7. Gençlik ve cinsellik. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, 2006.
57. Tepe P. Ümraniye’de Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı Durumları ve İlişkili Faktörler. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, p. 81-29, İstanbul, 2018.
58. Khazae-Pool M, Yargholi F, Jafari F, Ponnet K. Exploring Iranian women’s perceptions and experiences regarding cervical cancer-preventive behaviors . BMC women's health. 18(1); 145, 2018.
59. Reis N. Cinsel olgunluk dönemindeki kadının üreme sağlığı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1); 2001.
60. Balamurugan SS, Bendigeri ND. Community-based study of reproductive tract infections among women of the reproductive age group in the urban health training centre area in Hubli, Karnataka. Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine. 37(1); 34, 2012.

61. Özpınar S, Eser E. Sağlık hizmeti sunanların güvenli düşük ve tıbbi düşük konusundaki tutum ve algıları; manisa örneği. . TAF Preventive Medicine Bulletin. 14(2), 2015.
62. Öztürk Y. Ankara’da Bir Hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’ne Başvuran Doğurganlık Yas Grubundaki Bir Grup Kadının Üreme Sağlığı ve Cinsel Yolla Bulasan Hastalıklar Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, s. 14-28. Ankara, 2010.
63. Lafort Y, Greener R, Roy A, Greener L, Ombidi, W, Lessitala F, Smit JA. Sexualand reproductive health services utilization by female sex workers is context-specific: results from a cross-sectional survey in India, Kenya, Mozambique and South Africa. Reproductive Health. 14(1); 13, 2017.
64. Bilgiç D, Şahin NH. Lezbiyenlerde Üreme Sağlığı. Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences, 2(1), 30-39, 2017.
65. Müdürlüğü TBKSG. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması. Elma Teknik Basım Matbaası. Ankara: T.C Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayınları, 2015.
66. Tunç SY, Görük NY, Ceylan B, Tunç N. Kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlarda gebelik ve demir eksikliği anemisi ilişkisi. J ClinExpInvest www.jceionline. Org Vol, 3(1); 2012.
67. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. ERÜ sağlık bilimleri fakültesi dergisi. 1(1); 56-50, 2013.
68. A, Akın. Toplumsal Cinsiyet Kadın ve Sağlık. . Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2013.
69. Aktaş AM. Türkiye’de Kadın Sağlığını Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörler ve Yoksulluk. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 12(12), 2007.
70. Arousell J, Carlom A, Johnsdotter S, Essén B. Are ‘Low Socioeconomic Status’ and ‘Religiousness’ Barriers to Minority Women’s use of Contraception? A Qualitative Exploration and Critique of a Common Argument in Reproductive Health Research. Midwifery, 2019.

71. Pons-Duran C, Lucas A, Narayan A, Dabalén A, Menéndez C. Inequalities in sub-Saharan African women's and girls' health opportunities and outcomes: evidence from the Demographic and Health Surveys. *Journal of global health*, 9(1), 2019.
72. İlçioğlu K, Keser N, Çınar N. Ülkemizde kadın sağlığı ve etkileyen faktörler Women's Health and Affecting Factors in Turkey. *Journal of Human Rhythm*. 3(3); 112-119, 2017.
73. Erbaydar T. Kadın Sağlığı ve Üreme Hakları Bağlamında Doğurganlık. . *Dini Araştırmalar*. 19(49); 163-174, 2016.
74. Zhang R, Li S, Li C, Zhao D, Guo L, Qu P, Yan H. Socioeconomic inequalities and determinants of maternal health services in Shaanxi Province, Western China. *Plos one*, 13(9); 7-3, 2018.
75. Chakrabarti S, Chakrabarti A. Self-reported reproductive tract infection/sexually transmitted infection and health care seeking behavior among the women living in a slum of Kolkata. *IAIM*. 4(4); 46-52, 2017.
76. Lan PT, Lundborg CS, Mogren I, Phuc HD, Chuc NTK. Lack of knowledge about sexually transmitted infections among women in North rural Vietnam. *BMC infectious diseases*. 9(1); 85, 2009.
77. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması. <https://docplayer.biz.tr/3192969-Turkiye-cumhuriyeti-saglik-bakanligi-saglik-arastirmalari-genel-mudurlugu-2014.html>. <http://>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 25 03 2019.]
78. Koç İ, Schumacher R, Campbell O, Türkyılmaz S, Ergöçmen B, & Yüksel İ. Üreme Sağlığı Programı Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 Ana Rapor. basım yeri bilinmiyor : Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Elma Teknik Basım Matbaacılık, Ankara, 2005.
79. Api O, Bayer F, Akıl A, Bektaş M, Api M, Dabak R, Ünal O. İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran gebelerde anemi prevalansını etkileyen etyolojik ve demografik faktörler. *Perinatoloji Dergisi*. 17(1); 28-33, 2009.

80. Kaya D, Akan N. Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Gebelerde Anemi Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2(2); 100-109, 2010.
81. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 154-145, 2011.
82. Türkyılmaz M, Hacıkamiloğlu E, Baran Deniz E, Boztaş G, Dünder S, Kavak Ergün A. Türkiye kanser istatistikleri 2015. . Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, 2018.
83. Gümüş G, Kaya A, Yılmaz, SG, Özdemir S, Başbüyük M, Coşkun AM. Suriyeli mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 3(1); 1-17, 2017.
84. Yıldız H, Küçükşahin N. Kırsal bölgede annelerin doğum sonu yaşadıkları sorunlar ve bakım gereksinimleri. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 15(4); 2011.
85. Akdur R. Sağlık sektörü “Temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumunu. Ankara : Ankara Üniversitesi Basımevi, 2006.
86. Çelikay F, Gumus E. Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. *Journal of the Faculty of Political Science*. 66(3); 55-92, 2011.
87. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html> . [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 25 04 2019.]
88. Bakanlığı S, Sağlığı AÇ, Müdürlüğü, APG. Üreme sağlığına giriş katılımcı rehberi. *Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı*. (1-B), 2009.
89. Marmot M. The influence of income on health: views of an epidemiologist. *Health affairs*. 21(2); 31-46, 2002.
90. Gökkaya D. Bireylerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. S.D.Ü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.86-60, Isparta, 2016.

91. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/15343,aile-sagligi-hizmetlerinde-kadin-ve-ureme-sagligi-izlem-ve-danismanligipdf.pdf?> [Çevrimiçi] [Alıntı tarihi 20.02.2019]
92. Gazete, R. (2004). Aile hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun. Resmi Gazete, (25665).
93. Önder R. Sağlık Arama Davranışı ve Etki Eden Etkenler . Adnan Menderes Ü. Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, s.80-53, s.94-91, Aydın, 2014.
94. Cornally N, Mc Carthy G. Help-seeking behaviour: A concept analysis. International journal of nursing practice. 17(3); 280-288, 2011.
95. Gökkaya D, Erdem R. Sağlık hizmetleri kullanımına etki eden faktörlerin hastalık şiddeti algısıyla değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. (26); 149-184, 2017.
96. Angus JE, Lombardo AP, Lowndes RH, Cechetto N, Ahmad F, Bierman AS. Beyond barriers in studying disparities in women's access to health services in Ontario, Canada: A qualitative metasynthesis. Qualitative health research, 23(4), 476-494, 2013.
97. Adebisi A, Obaro S, Ayede I, Uchendu O, Falade A, Asuzu M. Healthcare seeking behaviour for fever in a rural community. International Journal of Infectious Diseases. 21, 113, 2014.
98. Çapık C. Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 39- 42, İzmir, 2006.
99. Orhaner E. Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi. 1(1); 1-22, 2006 .
100. Esin MN, Aktaş E. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 20(2); 166-176, 2012.
101. Bourne PA. Bir Karayip Toplumunda Üst Sosyal Gruplarda Sağlık, Hastalık ve Sağlık Hizmeti Arama Davranışlarının Varyasyonları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 12(4); 425- 436, 2013.

102. Kapadia-Kundu N, Storey D, Safi B, Trivedi G, Tupe R, Narayana G. Seeds of prevention: The impact on health behaviors of young adolescent girls in Uttar Pradesh, India, a cluster randomized control trial. *Social Science & Medicine*, 120, 169-179, 2014.
103. Okumuş F, Demirci N. Kırsal bölgede yaşayan kadınların vajinal akıntı durumunda sağlık arama davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 18(3); s. 212-204, 2015.
104. Van der Hoeven M, Kruger A, Greeff M. Differences in health care seeking behaviour between rural and urban communities in South Africa. *International journal for equity in health*. 11(1); 31, 2012.
105. Karatay G. Kars İli 1 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınların Sağlıkla İlgili Bazı Acil Durumlarda Başvurdukları Uygulamaların Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 1(1), 3-16, 2009.
106. Dündar C, Öz H. Samsun il merkezindeki sağlık kuruluşlarına başvuranlarda kurumsal tercihi etkileyen faktörler. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2012, August.
107. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3948026/pdf/ehp.>] 2018.
108. Perera ESJ. Fertility transition in Sri Lanka: is it a temporary phenomenon? *Journal of biosocial science*. 49(S1); s. 130-116, 2017.
109. Chomi EN, Mujinja PG, Enemark U, Hansen K, Kiwara, AD. Health care seeking behaviour and utilisation in a multiple health insurance system: does insurance affiliation matter? *International journal for equity in health*, 13(1); 25, 2014.
110. Tamang L, Raynes-Greenow C, McGeechan K, Black KI. Knowledge, experience, and utilisation of sexual and reproductive health services amongst Nepalese youth living in the Kathmandu Valley. . *Sexual & Reproductive Healthcare*.11; 25-30, 2017.
111. Ergin A, Özcan M, Acar Z, Ersoy N, Karahan N. Determination of national midwifery ethical values and ethical codes: In Turkey.. *Nursing ethics*, 20(7), 808-818. 2013.

112. Karakaya E, Gençalp NS. Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayan adölesan evli kadının üreme sağlığı sorunları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 6 (1); 34-40. 2009.
113. Çankaya S. Gebe olan ve olmayan kadınların genital hijyen davranışları ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. s. 36-25, s.51, Konya, 2013.
114. Apay SE, Özdemir F, Nazik E, Potur DC, Hadımlı A, Tanrıverdi D, Alaca C. Yedi farklı ildeki kadınların genital hijyen davranışlarının belirlenmesi: Çok merkezli kesitsel bir çalışma. . Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(4); 250-245, 2014.
115. Akmalı N. Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınların premenstrual sendrom (PMS) prevalansı ve PMS'nin yaşam kalitesi üzerine etkisi. E.O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, p. 37-31, Eskişehir, 2017.
116. Erbil N, Göktaşlar Z. Evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumları ve etkileyen faktörlerin Belirlenmesi . Türkiye Klinikleri. 20(5), 295-303, 2010.
117. Kara H. Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Üreme Hakları Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Haliç Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.94-46, s.108-104, İstanbul, 2013.
118. Koştı N, Taşçı K. 15-49 Yaş evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 12(1); 97-91, 2009.
119. Kayacı M, Demirci H, Özbaşaran F. Kırsal alanda yaşayan evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara (265), 2007.
120. Er S, Şen S, Taşpınar A, Şirin A. Lisansüstü eğitime devam eden evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(3), 231-236, 2008.



121. Sharma D, Goel NK, Thakare MM. Prevalence of reproductive tract infection symptoms and treatment-seeking behavior among women: A community-based study. *Indian journal of sexually transmitted diseases and AIDS*. 39(2); 79, 2018 .
122. Bhilwar M, Lal P, Sharma N, Bhalla P, Kumar A. Prevalence of reproductive tract infections and their determinants in married women residing in an urban slum of North-East Delhi, India. *Journal of natural science, biology, and medicine*, 6(Suppl 1), p.29, 2015.
123. Li C, Han HR, Lee JE, Lee M, Lee Y, Kim MT. Knowledge, behaviors and prevalence of reproductive tract infections: a descriptive study on rural women in Hunchun, China . *Asian Nursing Research*. 4(3); 122-129, 2010.
124. Daşıkan Z, Kılıç B, Baytok C, Kocairi H, Seher K. Genital akıntı şikâyetiyle polikliniğe başvuran kadınların geninal hijyen uygulamaları. . *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4(1); s. 124 -113, 2015.
125. Erten H, Özen T, Yılmaz H, Arslan H. Isparta İli Karaağaç Sağlık Ocağına Bağlı 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığına Yönelik Bilgi, Alışkanlık ve Sorunlarının Değerlendirilmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*. 3(2); 32-39, 2007.
126. Ateş M, Erbaydar T, Demirkıran K, Özhan G, Cevahir E, İşçi E. Gebze halkının sağlık hizmetlerini kullanımı ve sağlık kuruluşlarını tercih etme nedenlerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 7(3); 2004.
127. Saraçoğlu S. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talep Analizi: Türkiye Örneği. . G.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.133-127, Ankara 2014. .
128. Kakkar R, Kandpal SD, Negi KS, Kumar S. To study health seeking behavior of population catered by rural health training centre, Rajeev Nagar. *Indian J Prev Soc Med*. 44; 3-4, 2013.
129. Demiray A, Korhan EA, Çevik K, Khorshid L, Yücebilgin MS. Kamu ve özel kurumlara başvuran hastalarda jinekolojik Muayeneye bağlı durumluk anksiyetenin karşılaştırılması. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*. 4(4); 122-129, 2014.

130. Bintabara D, Nakamura K, Seino K. Improving access to healthcare for women in Tanzania by addressing socioeconomic determinants and health insurance: a population-based cross-sectional survey. *BMJ open*. 8(9); e023013, 2018.
131. Rabiou KA, Adewunmi AA, Akinlusi FM, & Akinola OI. Female reproductive tract infections: understandings and care seeking behaviour among women of reproductive age in Lagos, Nigeria. *BMC women's health*, 10(1); 8, 2010.
132. Durr-e-Nayab. Health-seeking behaviour of women reporting symptoms of reproductive tract infections. *The Pakistan Development*. 44(1); 1-35, 2005.
133. Habtu Y, Yohannes S, Laelago T. Health seeking behavior and its determinants for cervical cancer among women of childbearing age in Hossana Town, Hadiya zone, Southern Ethiopia: community based cross sectional study . *BMC cancer*. 18(1); 298, 2018.
134. Beydağ KD. Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları. 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, 2007.
135. Orak NŞ, & Canuygur A. Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların genital hijyen davranışlarının incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(3); 134-130, 2014 .
136. Şatıroğlu N, Hıdıroğlu S, Karavuş M. Vajinal akıntı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları saptamaya yönelik niteliksel bir çalışma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(5); 545-558, 2012.
137. Abraham, A, Varghese S, Satheesh M, Vijayakumar K, Gopakumar S, Mendez A. Pattern of gynecological morbidity, its factors and Health seeking behavior among reproductive age group women in a rural community of Thiruvananthapuram district, South Kerala. *Indian Journal of Community Health*. 26(3); 230-237, 2014.
138. Rahman S. Elâzığ Sara Hatun Kadın Doğum Polikliniklerine Genital Akıntı Nedeniyle Başvuran Kadınlarda Sık Görülen Bazı Genital Yol Enfeksiyonları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 65-26, Elâzığ, 2008.

## 10. EKLER

### Ek I

**“Evli Kadınlarda Üreme Sağlığı Sorunlarında Sağlık Arama Davranışları”** konulu bir araştırma yapmaktayız. Öncelikle bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu araştırma, kadınların üreme sağlığı sorunları ile ilgili sağlık arama davranışlarının ortaya çıkarılması amacıyla yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Eğer araştırmaya katılırsanız elde edilen veriler eğitim ve bilimsel amaçlarla toplu olarak kullanılacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Size de katılmanız halinde herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum size herhangi bir zarar getirmeyecektir.

Dr. Öğr. Üyesi Filiz OKUMUŞ, Ebe Selin DEMİRTAŞ

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı

### TANITICI BİLGİ FORMU

#### A. SOSYODEMOGRAFİK SORULAR

1. Doğum tarihiniz nedir? .../... / .... Yaşı hesaplayınız: ...
2. İlk evlenme yaşı nedir? .....
3. İlk kez gebe kaldığınızda kaç yaşındaydınız? .....
4. Kaç yıllık evlisiniz? .....
5. Öğrenim düzeyiniz nedir?  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite
6. Eşinizin öğrenim düzeyi nedir?  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite
7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?  Evet  Hayır
8. Eşinizin çalışma durumu nedir?  Düzenli geliri olan bir işte çalışıyor  Düzensiz geliri olan bir işte çalışıyor  İş yeri sahibi  Çalışmıyor

9. Aile gelirinizi nasıl değerlendirirsiniz?  Gelir giderden fazla  Gelir gidere denk  
 Gelir giderden az

10. Aile yapınız nedir?  Çekirdek aile  Geniş aile

11. Ailede yaşayan kişi sayısı: .....

12. Sosyal sağlık güvenceniz var mı?  Var  Yok

## B. GENEL SAĞLIK DURUMU İLE İLGİLİ SORULAR

13. Kilo ve boyunuz nedir? ..... Kg, ..... Cm. BKİ hesaplayınız: .....

14. Sigara kullanıyor musunuz?  Evet  Hayır 15. Alkol kullanıyor musunuz?  
 Evet  Hayır

16. Kronik bir hastalığınız var mı?  Evet  Hayır Varsa nedir?  
.....

17. Kronik hastalığınızla ilgili ilaç tedavisi alıyor musunuz?

Kronik hastalığı yok  Tedavi alıyor  Almıyor

18. Beslenme durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?  İyi beslenmeye dikkat ederim  Ortalama  Kötü

19. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Çevremdeki herkes gibi  Herkesten daha iyi  Herkesten daha kötü

## C. DOĞURGANLIK VE ÜREME SAĞLIĞI İLE İLGİLİ SORULAR

20. Toplam gebelik sayınız: .... 21. Toplam doğum sayısı: ... 22. Kendiliğinden  
Düşük sayısı: .... 23. Kürtaj sayısı: .....

24. Erken doğum hikâyeniz var mı?  Var  Yok

25. Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma hikâyesi  Var  Yok

26. İnfertilite tedavisi aldınız mı?  Evet  Hayır

27. Son doğum şekliniz nedir?  Vajinal  Sezaryen  Doğum yapmadı

28. Son doğumunuzun üzerinden ne kadar süre geçti? ..... Ay

## D. ÜREME SAĞLIĞINA İLİŞKİN SORULAR

**29. Son 3 ay içerisinde aşağıdaki genital şikâyetlerden hangilerini yaşadınız?**

Anormal akıntı  Evet  Hayır

Kaşıntı  Evet  Hayır

Yanma  Evet  Hayır

Koku  Evet  Hayır

Cinsel ilişkide ağrı  Evet  Hayır

Kızarıklık  Evet  Hayır

Alt karın ağrısı  Evet  Hayır

İdrar yaparken yanma  Evet  Hayır

**30. Genital şikâyetler yaşama sıklığınız nedir?**  Her ay  2-3 ayda bir  Yılda iki kez  Yılda bir

**31. Genital şikâyetleriniz günlük yaşamınızı etkiler mi?**  Genellikle evet  Genellikle hayır

**32. Son 3 ay içerisinde adet öncesi hangi sorunları yaşadınız?**

Göğüslerde gerginlik  Evet  Hayır

Huzursuzluk  Evet  Hayır

Sinirlilik  Evet  Hayır

Baş ağrısı  Evet  Hayır

Karında şişlik  Evet  Hayır

Bel ve kasık ağrısı  Evet  Hayır

**33. Adet öncesi şikâyetler yaşama sıklığınız nedir?**

Her ay  2-3 ayda bir  Yılda iki kez  Yılda bir

**34. Adet öncesi şikâyetler günlük yaşamınızı etkiler mi?**  Genellikle evet  Genellikle hayır

## E. ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARINA İLİŞKİN SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARI

**35. Üreme sağlığı sorunlarınız için çoğunlukla aşağıdakilerden hangisine başvurmayı tercih edersiniz?**

Kamu Hastanesi

Özel hastane

Özel muayenehane

Aile sağlığı merkezi

Eczane

Şifacı

**36. Son 3 ayda Üreme sağlığı sorunlarımız için herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiniz mi?**

Sağlık sorunu olduğu halde gitmeyen  Sağlık sorunu olmayan  Sağlık kuruluşuna giden

**37. Üreme sağlığı sorunları yaşadığınızda sağlık kuruluşuna gitmeniz için aşağıdakilerden hangisi olmalıdır?**

Günlük işlerimi etkilerse giderim

Günlük işlerimi etkilemese bile giderim

Öncelikle kendi kendime tedavi denerim, düzelmezse giderim

**38. Üreme sağlığı sorununuz olduğunda sağlık kuruluşuna gitmeme nedeniniz genellikle nedir?**

Kendiliğinden geçeceğini düşünürüm

Maddi imkânsızlıklar  Evet  Hayır

Evet  Hayır

Utandığım için  Evet  Hayır

Ulaşım zorlukları  Evet  Hayır

Zamansızlık  Evet  Hayır

Evdeki sorumluluklar  Evet  Hayır

Bilgisizlik  Evet  Hayır

Sağlık çalışanlarının ilgisizliği  Evet  Hayır

## EK II

### EVLİ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU TUTUMLARINI BELİRLEME ÖLÇEĞİ (ÜSBÖ)

Aşağıda üreme sağlığını korumaya yönelik tutumlarınızla ilgili ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeye sizin için en uygun olan cevabı vermeye ve boş bırakmamaya özen gösteriniz. Her bir ifadenin karşısında ve size uygun olan seçeneğin altında bulunan kutucuğun içini X şeklinde işaretleyiniz. Size verilen ölçek üzerine adınızı yazmayınız. Cevaplarınız gizli tutulacak, hiç kimse neyi işaretlediğinizi bilmeyecektir.

**Katıldığınız için teşekkür ederim.**

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman / Düzenli
1. Kadın sağlığı ilgili çeşitli kitap, dergi ve gazete haberi okurum.					
2. Tuvalete girmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkarım.					
3. Tuvaletten çıktıktan sonra ellerimi su ve sabunla yıkarım.					
4. Adetliyken banyo yaparım.					
5. Halka açık yerlerde klozet tipi tuvaletlere otururum.					
6. Külotumu değiştirmek için kirlenmesini beklemem, her gün değiştirmeye özen gösteririm.					
7. Dış üreme organlarımı kuru tutmak için taharetlendikten sonra tuvalet kâğıdı 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 lavaboların 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 şikâyetim olsa da utandığım için doktora gitmem.					
17. Akıntım için doktora gidersem doktorun verdiği tedaviyi sonuna kadar eksiksiz uygularam.					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman / Düzenli
18. Adetliken kullandığım ped veya bezi 3-4 saatte bir değiştiririm.					
19. Hazneme herhangi bir ilaç uygulamam gerekirse önce ellerimi yıkarım.					
20. Şikâyetim olmasa da her yıl düzenli olarak kadın hastalıkları doktoruna muayene olurum.					
21. Yılda bir kez kontrol amacıyla akıntı örneği aldırırım.					
22. Şikâyetim 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 personelinden (doktor, ebe, hemşire) 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. Adetliken 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 ağrı, sızı, yanma gibi şikâyetlerim olursa doktora giderim.					
34. Günde en az 6-8 bardak su içerim.					
35. İdrarım geldiğinde hemen tuvalete giderim.					
36. Kabız olmamaya özen gösteririm.					
37. Cinsel ilişkide sırasında, bulaşıcı hastalıklardan korunmak için prezervatif (kılıf) kullanmanın gerekli olduğuna inanırım.					
38. Cinsel ilişki sırasında kuruluk ve ağrım olursa, kayganlaştırıcı kremler kullanırım.					
39. Cinsel ilişki sırasında ağrı ve kanamam olursa hemen doktora giderim.					



## EK III

### ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

Ölçeğiniz hakkında Gelen Kutusu X



Selinb DEMİRTAŞ

8 Kas 2017 20:30 ☆

Merhaba Hülya hocam,yüksek lisans tez öğrencisiyim ismim Selin. Geçerlik güvenirliğini yapmış olduğunuz "Evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarını be

Hülya DEMİRÇİ <cbu\_ebelik@hotmail.com>

12 Kas 2017 21:05 ☆ ↩ ⋮

Alıcı: ben ▼

Merhaba Selin, ölçeği tez çalışmada kullanabilirsin. İyi çalışmalar..

Yrd.Doç.Dr.Hülya DEMİRÇİ

Celal Bayar Üniversitesi

Manisa Sağlık Yüksekokulu

Ebelik Bölümü

## 11. ETİK KURUL ONAYI



**T.C.**  
**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı**

E-İmza

Sayı : 10840098-604.01.01-E.53728  
Konu : Etik Kurulu Kararı

21/12/2018

**Sayın Selin DEMİRTAŞ**

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13/07/2017 tarihinde 246 karar no ile onay verilen "Kırsal bölgede yaşayan kadınlarda genital hijyen ve sağlık arama davranışları" isimli çalışmanız ile ilgili aşağıdaki değişikliklerin yapılması hususunda isteğiniz uygun bulunmuş olup kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

<b>Eski başlık;</b> Kırsal bölgede yaşayan kadınlarda genital hijyen ve sağlık arama davranışları	<b>Yeni başlık;</b> "Evli kadınlarda üreme sağlığı sorunlarında sağlık arama davranışları"
<b>Araştırmanın yapılacağı merkez</b> <b>Eski;</b> Karaman ili Ayrancı ilçesi	<b>Araştırmanın yapılacağı merkez</b> <b>Yeni;</b> Aksaray Ortaköy Devlet Hastanesi
<b>Başvuru sahibi</b> <b>Eski;</b> Selin DEMİRTAŞ	<b>Başvuru sahibi</b> <b>Yeni;</b> Filiz OKUMUŞ

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 21.12.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 4C3F909DX2 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

**İstanbul Medipol Üniversitesi**

Kavacık Mah. Ekinçiler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz  
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

E-İmzalıdır

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 10840098-604.01.01-E.21333  
Konu : Etik Kurulu Kararı

14/07/2017

Sayın Selin DEMİRTAŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Kırsal Bölgede Yaşayan Kadınların Genital Hijyen ve Sağlık Arama Davranışları" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

Ek:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 14.07.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 5E5EC29FX9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

**İstanbul Medipol Üniversitesi**

Kavacak Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacak Kavşağı 34810  
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44

İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)

Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kırsal Bölgede Yaşayan Kadınların Genital Hijyen ve Sağlık Arama Davranışları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Selin Demirtaş			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR**  
**ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	10.07.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	HİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	10.07.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	Karar No: 246	Tarih: 13/07/2017				
Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.						

<b>İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>	
BAŞKANIN UNYANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÖÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

## 12. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Selin	<b>Soyadı</b>	Demirtaş
<b>Doğum Yeri</b>	Malatya	<b>Doğum Tarihi</b>	25.09.1988
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>T.C. Kimlik No</b>	43654665706
<b>E-mail</b>	Seli44_dmrts@hotmail.com	<b>Tel</b>	5069969192

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
<b>Doktora</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>	İstanbul Medipol Üniversitesi	<b>2019</b>
<b>Lisans</b>	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	<b>2011</b>
<b>Lise</b>	Bahçelievler Yenibosna Lisesi	<b>2005</b>

### İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	
<b>1.</b>	<b>Ebe</b>	<b>Malatya Özel Müjde Hastanesi</b>	<b>2011</b>
<b>2.</b>	<b>Ebe</b>	<b>Malatya Fırat ASM</b>	<b>2012</b>
<b>3.</b>	<b>Ebe</b>	<b>Hakkâri Yüksekova 3Nolu ASM</b>	<b>2013-2015</b>
<b>4.</b>	<b>Ebe</b>	<b>Karaman Ayrancı Kıraman Sağlık Evi</b>	<b>2015-2018</b>
<b>5.</b>	<b>Ebe</b>	<b>Aksaray Ortaköy Devlet Hastanesi</b>	<b>2019- Halen</b>

### Sertifikalar

<b>Eğitim Hemşireliği Sertifikası</b>
<b>Gebeliğe ve Doğuma Hazırlık Eğiticiği Sertifikası</b>
<b>Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi Sertifikası</b>
<b>SPSS Uygulamalı Temel İstatistik Sertifikası</b>

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Program Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi