



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İSTANBUL'DA YAŞAYAN MÜLTECİ
KADINLARIN AİLE PLANLAMASI
HİZMETLERİNE ERİŞEBİLME
DURUMLARI VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

MELEK KAYA

**EBELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

KASIM/2019





T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İSTANBUL'DA YAŞAYAN MİLTECİ KADINLARIN AİLE
PLANLAMASI HİZMETLERİNE ERİŞEBİLME DURUMLARI VE
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Melek KAYA

DR. ÖĞR. ÜYESİ BESEY ÖREN

EBELİK ANABİLİM DALI

TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KASIM/2019

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

MELEK KAYA

04/11/2019

İSTANBUL'DA YAŞAYAN MÜLTECİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNE ERİŞEBİLME DURUMLARI VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Amaç: Aile planlanması tutum ölçeğinin Suriyeli mülteci kadınlarda geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak ve mülteci kadınların aile planlamasına yönelik tutumlarını belirleyerek aile planlaması hizmetlerine erişme, kullanma durumlarını incelemek amacı ile yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma iki bölümden oluştu. Birinci bölüm; Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ)'nin Suriyeli mülteciler için Arapça geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak amacıyla metodolojik tipte, ikinci bölüm ise Suriyeli mülteci kadınların aile planlaması tutumlarını belirlemek, aile planlaması hizmetlerine erişebilme durumlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışma; İstanbul'da mültecilere gönüllü sağlık ve eğitim hizmeti sunan bir kuruluşa, Ocak-Nisan 2019 tarihleri arasında 320 mülteci kadın ile yapıldı. Veriler araştırmacı tarafından, üç tercüman eşliğinde, Anket Formu ile Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği kullanılarak toplandı. Elde edilen veriler SPSS 15.0 programında değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan mülteci kadınların ortalama $30,1 \pm 8,6$ (min:5, max:49) yaşında, evli, %47,80'inin ilkokul mezunu, %63,1'nin çalışmadığı saptandı. Kadınların %40,6'nın beş yıldan uzun bir süredir Türkiye'de yaşadığı, hepsinin Suriye'den geldiği belirlendi. Türkçe geliştirilen APTÖ ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapıldı. Cronbach alpha değerinin toplamda 0,89 olduğu ve toplam varyansının %57,62'ini açıklayan 29 maddelik beş faktörlü yapı elde edildi. Çalışma grubunun %50,60'sının Türkiye'de aile planlamasına yönelik danışmanlık aldığı, %66,9'unun aile planlaması yöntemi kullandığı; RİA'nın (%39,50) en çok kullanılan yöntem olduğu ve kullandıkları yöntemleri Aile Hekimliği (%24,20), Devlet Hastanesi (%22), Üreme Sağlığı Merkezi (%22), Göçmen Sağlığı Merkezi'nden ücretsiz bir şekilde temin ettikleri görüldü. Kadınların; APTÖ'nün tüm alt boyutlarının ortalama puanları ile Türkiye'de yaşadığı yıl sayısı arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada APTÖ ölçeğinin Arapça konuşan Suriyeli mülteciler için geçerli ve güvenilir olduğu görüldü. Suriyeli mültecilerin yarısının aile planlaması ile ilgili danışmanlık aldığı, çoğunluğunun en az bir aile planlaması yöntemi kullandığı, aile planlaması hizmetini büyük oranda ücretsiz aldıkları ve Türkiye’de aldıkları danışmanlık hizmetinin aile planlaması tutumlarını olumlu yönde etkilediği sonucuna varıldı.

Anahtar Sözcükler: Aile planlaması, kadınlar, mülteci, ölçek geçerlik ve güvenilirliği, tutum.



EVALUATION OF THE ATTITUDES AND ATTITUDES OF REFUGEE WOMEN LIVING IN ISTANBUL ACCESS TO FAMILY PLANNING SERVICES

ABSTRACT

Objective: Maintaining the reproductive health of refugee women is an important issue. Therefore, the study was planned to determine the attitudes of refugees towards family planning and examine their access to use of these services. The study consists of two parts.

Materials and Methods: First part; the Family Planning Attitude Scale was used to analyze the validity and reliability of the scale for Syrian refugees in Arabic and the second part was designed as a descriptive study to determine the attitudes of family planning services of Syrian refugee women and to examine their access to family planning services. The study was held with 320 refugee women in an organization providing voluntary health and education services to refugees in İstanbul between January and April 2019. The data was collected with the help of three interpreters by the researcher using a Questionnaire Form and Attitude Scale towards Family Planning. The obtained data was evaluated in SPSS 15.0 program. The mean age of the refugee women participating in the study was determined that of them $30,1 \pm 8,6$ (min: 5, max: 49) years, 47,80% of them were primary school graduates and 63,1% of them were not working. It was determined that 40,6'n% of all women coming from has been living in Turkey for more than 5 years.

Results: Reliability and validity of the APTÖ scale developed in Turkish was analyzed. It was explained that Cronbach alpha value was 0.89 in total and five-factor structure with 29 items explaining 57.62% of the total variance was obtained. It was concluded that 50,60's% of the study group that received counseling for family planning in Turkey, the use of family planning methods 66.9%; IUD (39.50%) is the most commonly used method and the methods they use are available free of charge from Family Medicine (24.20%), State Hospital (22%), Reproductive Health Center (22%) and Migrant Health Center. It was revealed that there is a significant difference between average scores of all subscales of APTO and between the number of years they survived in Turkey.

Conclusion: In the results of sutudy, it was decided that the scale was valid and reliable for speaking Syrian refugees speaking Arabic. It was concluded that Syrian refugees received

counseling related to family planning of the half, the majority of which used at least one method of family planning. And It was also discovered that they benefit family planning services free and family planning counseling services they receive in Turkey influences their attitudes positively.

Keywords: Family planning, women, refugee, scale validity and reliability, attitude.



TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında gsterdiği ilgi, anlayış ve profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen kıymetli danışmanım Dr. ğr. yesi Besey REN'e, değerli deneyimleri ile yolumu aydınlatan Ejder Gven'e, verilerin toplanmasında kolaylık sağlayan Suriyeli sağlık alışanlarına, alışmanın analizlerinde desteğini hissettiğim İstatistiki Filiz KK'e ve her daim yanımda olan canım aileme teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xiii
RESİM LİSTESİ	xiv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. MÜLTECİ KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARI	3
2.1.1. Mülteci ve Sığınma Olgusu.....	3
2.1.2. Dünyada Mülteci Hukukunun Gelişim Süreci	4
2.1.3. Türkiye’de Mülteci Hukukunun Gelişim Süreci	5
2.1.4. Mültecilerin Yaşadığı Sorunlar	7
2.2. TUTUM KAVRAMI VE TUTUMLARIN ÖLÇÜMÜ.....	15
2.2.1. Tutum Kavramı	15
2.2.2. Tutumun Ölçülmesi.....	16
2.3. ÖLÇEK UYARLAMADA GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK	17
2.3.1. Güvenirlilik.....	18
2.3.2. Geçerlik	20
2.3.3. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	24
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	24
3.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI	24
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	25
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	26
3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	27
3.6.1. Anket Formu	27
3.6.2. Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği	27
3.7. ÖLÇEĞİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ.....	28
3.7.1. Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi	28
3.7.2. Zamana Göre Değişmezliği.....	29
3.7.3. Yapı Geçerliliği.....	31
3.7.4. İç Tutarlılığı.....	36
3.7.5. Tepki Yanlılığı	43
3.8. VERİ DEĞERLENDİRİLMESİ	43
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	44
3.10. ARAŞTIRMANIN PLANI	45
4. BULGULAR	46
4.1. KATILIMCILARA İLİŞKİN BULGULAR	46
4.1.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	46
4.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	48
4.1.3. Katılımcıların Aile Planlaması Özelliklerine İlişkin Bulguları.....	49
4.2. KATILIMCILARIN AİLE PLANLANMASINA YÖNELİK TUTUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	52
4.2.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Aile Planlaması Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	54

4.2.2. Katılımcıların Obstetrik ve Aile Planlaması Özellikleri ile Aile Planlaması Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	57
5. TARTIŞMA	62
5.1.KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI ...	62
5.1.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması	62
5.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması	65
5.1.3. Katılımcıların Aile Planlaması Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması.....	67
5.2. KATILIMCILARIN AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANI VE ALT ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI.....	71
5.2.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Farkın Tartışması	71
5.2.2. Katılımcıların Obstetrik ve Aile Planlaması Özellikleri ile Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Farkın Tartışması.....	73
SONUÇLAR	76
KAYNAKLAR.....	80
EKLER	88
Ek 1: Ölçek Kullanım İzni	88
Ek 2: Enstitü İzni.....	89
Ek 3: Etik Kurul Onayı.....	90
Ek 4: Kurum İzni.....	91
Ek 5: Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Türkçe).....	92
Ek 5 (A): Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Arapça).....	95
Ek 6: Anket Formu (Türkçe).....	97
Ek 6(A): Anket Formu (Arapça)	100
Ek 7: Gönüllü Olur Formu (Türkçe)	102

Ek 7(A): Gönüllü Olur Formu (Arapça)	104
Ek 8: Uzmanlar Listesi	105
Ek 9: İntihal Raporu	106
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	107



ÇİZELGE LİSTESİ

Tablo 3.1. Aile planlaması tutum ölçeğinin kapsam geçerliliği	28
Tablo 3.2. Aile planlaması tutum ölçeği ve alt boyutlarının test ve tekrar test puan ortalamalarının karşılaştırılması ve korelasyonları	29
Tablo 3.3. Aile planlaması tutum ölçeğinin ön çalışmadaki iç tutarlılığı (n=30).....	30
Tablo 3.4. Aile planlaması tutum ölçeği ve alt boyutlarının açıklama oranları	33
Tablo 3.5. Aile planlaması tutum ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri	36
Tablo 3.6. Aile planlaması tutum ölçeğinin faktör yapısı	37
Tablo 3.7. Aile planlaması tutum ölçeğinin ve maddelerinin cronbach alfa güvenirlik katsayıları	38
Tablo 3.8. Aile planlamasına yönelik tutum ölçek maddelerinin madde-toplam puan korelasyon analizi.....	39
Tablo 3.9. Aile planlamasına yönelik tutum ölçek madde-alt boyut puan korelasyon analizi (n=320)	41
Tablo 3.10. Aile planlamasına yönelik tutum ölçeğinin alt boyutlarının toplam ölçek puanları ile korelasyonları (n:320)	42
Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular (n:320)	46
Tablo 4.2. Katılımcıların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular	48
Tablo 4.3. Katılımcıların aile planlamasına ilişkin bulguları	49
Tablo 4.4. Aile planlaması tutum ölçeğinin alt boyutlarının ortalamaları (n=320).....	52
Tablo 4.5. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre aile planlaması tutum ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.6. Katılımcıların obstetrik ve aile planlaması özelliklerine göre aile planlaması tutum ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.6.1. Katılımcıların daha önce düşük yapma ve isteyerek gebelik sonlandırma durumlarına göre aile planlaması tutum ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile karşılaştırılması	61

RESİM LİSTESİ

- Resim 3.1.** Maddelerin Faktör Yüklerinin Değerlendirilmesi (Scree Plot Testi) 32
- Resim 3.2.** Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi..... 35



SİMGELER VE KISALTMALAR

AFAD: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

AİLEDER: Aile Danışmanları Derneği

APTÖ: Aile Planlaması Tutum Ölçeği

BMMYK: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği

İHAD: İnsan Hakları Araştırmaları Derneği

MAZLUMDER: İnsan Hakları ve Mazlumlar İçin Dayanışma Derneği

MÜLTECİ-DER: Mültecilerle Dayanışma Derneği

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

UNHCR: United Nations Office of the High Commissioner for Refugees

UNFPA: United Nations Fund for Population Activities

OCHA: Office for the Coordination of Humanitarian Affairs

ORSAM: Ortadoğu Araştırmaları Merkezi

SPSS: Statistical Package of Social Sciences

TAPV: Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TTB: Türk Tabipleri Birliği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

WHO: World Health Organization

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Tüm devletleri yakından ilgilendiren uluslararası çatışmalar, küreselleşme ve kapitalizm ile birlikte yaşanan hareketlilik, son yıllarda mülteci ve sığınmacıların belirgin artışına neden olmuştur (1). Birçok insan çatışmalar, baskılar ve ekonomik nedenlerden ötürü yaşadıkları yeri terk etmek zorunda kalmıştır (2). Özellikle ülkelerinde düşünce ve inanç sistemlerinin baskılarından, insan haklarının gerilemesinden ötürü işkence, zulüm veya ölüm cezası gibi tehditlerinden kaçan milyonlarca mülteci bulunmaktadır (3). Zulüm nedeniyle ülkelerini terk etmek zorunda kalan kişilerin, geldikleri ya da vardıkları yerde, ulusal ve uluslararası seviyede korunması, hukuki olduğu kadar insani bir zorunluluktur (1).

Türkiye son yıllarda ülkelerinde çatışma yaşanan insanlara, inanç ve coğrafik yakınlığı nedeniyle hedef ülke konumuna gelerek binlerce kişinin yasadışı ve düzensiz bir şekilde göçüne maruz kalmıştır (4). Devletler politikalarında mültecilerin ve sığınmacıların insan haklarını koruyan yasal düzenlemeleri esas almalıdır (5). Türkiye’de son dönemde artan nüfus hareketliliği neticesinde gelişen sorunlar karşısında uygulamadan kaynaklanan aksaklıklar ve tecrübe edilen sıkıntıların çözümlenmesi gerekmektedir (6). Ayrıca mülteciler toplumsal sorunların kaynağı olarak görülme yerine, temel insan hakları ihlal edilmiş mağdurlar olarak uluslararası hukuk ilkeleri çerçevesinde ele alınmalıdır (7).

Dünyanın birçok bölgesinde savaş ve çatışmalar yerinden edilmiş nüfusun sağlık değişkenlerini çoğu yönden olumsuz etkilemektedir (8). Bu duruma istinaden son on yılda Türkiye’ye göç eden nüfusun çoğunluğunun kadın olması, maddi ve sosyal desteklerinin kısıtlı olması sorunu da eklenince mülteci kadınların sağlık risklerini arttırmaktadır (8). Sağlık risklerini azaltmaya yönelik uygulanan sağlık politikalarının ilk müdahale etmesi gereken alanlardan biri de anne sağlığını korumaktır. Fakat anne sağlığını korumaya yönelik sunulan üreme sağlığı hizmetleri sadece yerli nüfus ile sınırlı kalmamalı mültecilere yönelik uygulamalar da getirilmelidir (9). Bu durumda multidisipliner yaklaşım ile mülteci kadınların sağlığının iyileştirilmesi ve profesyonel hizmet ile güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (10).

Bu çalışma Türkiye’de yaşayan 15-49 yaş arası evli olan mülteci kadınların aile planlaması tutumlarını ve aile planlaması hizmetlerine erişme düzeylerini belirlemek amacıyla

planlanmıştır. Mltesi kadınlarn doğurgnlık dönemi olan 15–49 yaş aralığında aile planlamasına yönelik sahip olacakları olumlu tutum sağlıklı birey ve toplum oluşumuna katkı sağlayacaktır. Mltesi kadınlarn tutumlarının bilinmesi ebelerin bu gruba vereceği danışmanlık hizmetinin doğru planlanması ve uygulanmasında rehber olacaktır.

1.2. ARAşTIRMANIN AMACI

1. Aile planlamasına yönelik tutum leğinin Arapça geçerlilik ve güvenilirliğini yapmak
2. Türkiye’de yaşayan mültecilerin aile planlamasına erişebilme durumları ile aile planlamasına ilişkin tutumlarını belirlemek

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MÜLTECİ KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARI

Bu bölümde sığınma olgusu, Dünya’da ve Türkiye’de mülteci hukukunun gelişim süreci, mültecilerin yaşadığı sağlık sorunları, mülteci kadınların yaşadığı üreme sağlığı sorunları; tutum, geçerlik ve güvenilirlik ile ilgili ulusal ve uluslararası yapılmış araştırmalara yer verilmiştir.

2.1.1. Mülteci ve Sığınma Olgusu

Sığınma; bireyin uyruğunda bulunduğu ya da ikamet ettiği ülkeyi çeşitli baskılar ya da ayrımcı politikalar nedeniyle terk ederek; başka bir yabancı devletin ülkesine girmesini ifade eden kısa süreli barınma durumudur (4). II. Dünya Savaşı ve sonrası, sığınma olgusunun insan hakları bağlamında en çok tartışıldığı dönemdir (1,11). Sığınmacı, sığınma talebi hukuki anlamda henüz sonuçlanmayan kişileri tanımlamak için kullanılır (12). Sığınma hakkı; uyruğunda bulunduğu veya ikamet ettiği devletin baskılarından kaçarak yabancı bir ülkeye girme ve o ülkede kalabilme hakkıdır (4). Pazarıcı’ya (19) göre sığınma hakkı, ülkesinde sığınma talep edilen devlete ait bir haktır.

Devlet otoritelerinin, sığınma başvurusunu değerlendirdiği, uluslararası ve iç hukuk kurallarını uygulayarak sığınma hakkını verdiği kimseler mülteci olarak tanımlanmaktadır (1). Bir başka deyişle, yaşadıkları vatanı terk eden, başka bir ülkeden sığınma talep ederek o ülke tarafından kabul edilen insanlar, “mülteci” olarak nitelendirilmektedir (11). Ergüven ve Özturanlı’ya (1) göre mülteci terimi, katlanılamaz durum ya da koşullardan kaçan ve kaçmaya çalışan kişiyi ifade eder. Kaçışın nedeni genelde yargılanmaktan, savaştan ya da iç karışıklıktan kaynaklı olduğu gibi, yoksulluk, doğal felaketlerden de kaynaklı olabilir (13).

Cenevre Sözleşmesinde ise mülteci kavramı “*ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden, zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle, yararlanmak istemeyen kişi*” şeklinde tanımlanmıştır (20).

Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair 1951 tarihli Cenevre Sözleşmesi'nde ki mülteci tanımında zulmün kaynağı; ırk, din, tabiiyet, belirli bir sosyal gruba mensubiyet, siyasi düşünceler başlıklarında ele alınmıştır. Zulüm ve zulüm nedenleri mülteci tanımının merkezinde olmasına rağmen, 1951 sözleşmesinde açıkça tanımlanmamıştır (1). Mülteci kavramı genel anlamda özgürlük ya da güvenlik ihtiyacı olan kişiye yardım edilmesi kaçışın nedenleri ve sonuçlarından korunmasının gerekliliği varsayımına dayanmaktadır (14). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 14. maddesinde zulüm karşısında herkesin başka ülkeye sığınma hakkından yararlanabileceği belirtilmiştir. 1951 Sözleşmesi'ndeki korku yaratan durumun, haklı nedenlere dayalı olması gerekliliği ve haklı korku ifadesi hem subjektif hem de objektif unsur içerir (1). Yaşam, özgürlük, ölüm, işkence, ceza tehdidi, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele şeklinde; korku kavramının analizi yapılarak belirtilmesi, sözleşmedeki kilit unsurların daha geniş ve derinlemesine anlaşılmasına katkıda bulunacaktır (15).

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK), mülteci statüsünün karıştırılma ihtimaline karşı; çeşitli baskılar nedeniyle bir devletin ülkesinden kaçarak başka bir devletten sığınma arayan, henüz kendisine söz konusu statü tanınmamış olan kişiler arasında ayırım yapılmasını gerekli bulmuştur (16). BMMYK bu olasılığa karşı faaliyetlerinde “mülteciler” ve “yer değiştirmiş kişiler” ayırımını kullanmakta böylelikle sığınma hakkı arayanların “yer değiştirmiş kişiler” şeklinde belirtilerek, kavram karmaşasının önüne geçilmiştir (16). Zorunlu dışı göçe maruz kalan uluslararası göçmenler de, hukukta mülteci ve sığınmacı kavramlarıyla benzer niteliktedir (17). Göçmenleri kabul etmek ülkelerin inisiyatifinde iken sığınılan ülkenin mültecileri kabul etmemeleri mümkün değildir (18). Göçmenlik ile mültecilik arasında maksat, vasıta ve olanak açısından farklar bulunmaktadır (13). Göçmenler ekonomik olarak daha rahat yaşamak için göç etmekte iken mülteciler mal varlıklarını geride bırakarak, yaşama hakkı için daha güvenli bir ülkeye iltica etmektedirler (16).

2.1.2. Dünyada Mülteci Hukukunun Gelişim Süreci

Birinci Dünya Savaşı sonrasında nüfus hareketliliği ile yaşanan mevcut gelişmelerin tüm dünyayı etkilemesi devletlerin, mülteciler için ideal ilkeler benimsemelerini gerektirir (19). Milletler Cemiyeti döneminde ilkeler saptanmış ve devletler mülteci sorununa karşı birbirinden farklı yaklaşımlar sergilemişler (1). Kendi devletinin korumasından faydalanamayan kişilere, ulusal koruma sağlanıncaya kadar, uluslararası korumayı başlatmak ve kişilerin statülerini

saptamak için BM tarafından 1951 Cenevre Sözleşmesi imzalanmıştır (20). Sözleşme mültecilere verilen hakların temin edilme ve sorunlarına kalıcı çözümler temin etmek üzere 1954 yılından itibaren yürürlüğe girmiştir. Bozbeyoğlu'na (11) göre sözleşmenin sadece taraf devletlerle sınırlı olmadığını, dünyanın her yerinde uygulanabileceğini belirtmiştir. 1951 Sözleşmesi'ndeki mülteci tanımlamasında 1 Ocak 1951 yılından önce meydana gelen olaylardan kaynaklanan mülteci statüsünde tarihsel ve coğrafi sınırlamalar bulunmaktadır (14). Bu nedenle sözleşmenin kapsamına giremeyen yeni mültecilerin ortaya çıkabileceği dikkate alınarak, 1967 protokolü ile tanım içerisindeki sınırlamalar kaldırılmış, eşit hukuki statüden yararlanmaları sağlanmıştır (1).

1951 Sözleşmesi'nde mülteci statüsü kazanacak olan kişinin, ülkesi dışında bulunması gerektiği açıkça belirtilmiştir (21). Hukuki bir zemin oluşturulmadan mülteci hukukunun temel esaslarını devletlerin takdirine bırakmak hem ülkeler hem de mülteciler açısından içeriği belirsiz gri bir alan yaratacaktır (1).

2.1.3. Türkiye'de Mülteci Hukukunun Gelişim Süreci

Türkiye, iş göçü ile göç veren ülke konumundan çıkarak dünyanın en büyük mülteci nüfusuna sahip ülke durumuna dönüşmüştür (22). Türkiye son yıllarda transit, çoğu zaman hedef ülke konumuna gelerek binlerce kişinin yasadışı ve düzensiz bir şekilde göçüne şahit olmuştur (4). Türkiye; Irak, İran, Suriye, Afganistan, Pakistan gibi Asya ülkeleri ve Somali, Sudan, Nijerya gibi Afrika ülkelerinden çatışma, savaş, ekonomik koşullar nedeniyle, ulus ötesi göç dalgalarına maruz kalmıştır. Ayrıca Avrupa ülkelerine gitme amacını taşıyan bireyler için geçiş ülkesi olan Türkiye'nin, konumu itibarıyla sahip olduğu kritik coğrafya, küresel ve bölgesel krizlerden etkilenmesine neden olmuştur (22,23). Türkiye'nin özellikle doğudaki kara sınırlarının güvenliğinin sağlanamaması, sığınma arayan kişilerin sayısının fazlalığı, mültecilerin haklarının kanunlarda ayrıntılı belirtilmemesi ve farklı hükümlerle düzenlenmiş olması nedeniyle önemli sıkıntılar yaşanmıştır (6). Uluslararası çatışmalar, bölgede her zaman nüfus hareketlerinin yaşanmasına neden olmuştur. Kirişçi'ye (24) göre Türkiye, çok uzun bir süredir sığınma ve göç ülkesidir. Türkiye'ye sığınma talebinde bulunan insanların çoğunluğu Asya ve Afrika kökenlidir (25). Türkiye, 1951 tarihli Mültecilerin Hukuki Durumuna İlişkin Cenevre Sözleşmesi'ni "coğrafi sınırlama" ilkesi ile kabul ettiğinden, Avrupa dışından gelip iltica talep edenlere "mülteci" statüsü tanımamaktadır (26). Beyanını 1967 Protokolü'ne katılırken de muhafaza ederek Rusya ve Eski Sovyetler Birliği'ni ve Avrupa Konseyi üyesi

devletlerinden gelen sığınmacıları mülteci olarak kabul etmiştir (1). Türkiye, Cenevre Sözleşmesi (1951) ve Mültecilerin Statüsü ile İlgili Protokolü (1967)'nün onaylanmasında uygulanan coğrafi sınırlama nedeniyle iki aşamalı bir mülteci ve iltica rejimine sahiptir (26).

Türkiye devleti uluslararası standartlara uygun etkin bir ulusal sığınma sistemi inşa edebilmek için yasal ve kurumsal reformlar gerçekleştirmeye çalışmıştır (2). Geçmişte önemli göç akınlarıyla karşılaşan ve göçün artarak devam etmesiyle mevzuat hükümlerinin mevcut ihtiyaçlar karşısında yetersiz kalmasına karşılık Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK) kabul edilmiştir (27). Kanunda Türkiye'ye giriş, ikamet, vatansız kişiler, sınır dışı etme, uluslararası koruma çeşitleri, uluslararası korumanın haricinde tutulma gibi kavramlar ve durumlar da belirlenmiştir (11). YUKK yeterli hukuki alt yapı sağlanması adına reform sürecinin ilk önemli gelişmesi niteliğindedir (1). Yıldız ve ark. (28), YUKK ile birlikte Türkiye'de yabancılara sağlanacak korumanın kapsamına ve uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen hak ve hürriyetler ile kamu düzeninin korunması arasında denge kurulması amaçlandığını belirtmiştir. Kanun ile mülteci, şartlı mülteci ve ikincil koruma olarak üç tip uluslararası koruma statüsü düzenlemiş ve başvuru sürecinde mağduriyetin yaşanmaması için gerekli çerçeve çizilmiştir (11). Ayrıca şartlı mültecilerin üçüncü bir güvenilir ülkeye yerleştirilinceye kadar, Türkiye'de kalmaları için geçici ikamet izni verilmektedir (27).

Arap halklarının demokrasi, insan hakları ve özgürlük talepleri ile ortaya çıkan Arap baharı birlikte gelen kriz başta Suriyeliler olmak üzere Suriye'ye sınır olan ülkeleri ve bir bütün olarak Orta Doğu'yu etkilemiştir (6). Suriye'deki iç savaşın başlangıcı olarak kabul edildiği 15 Mart 2011 tarihinden itibaren binlerce Suriyeli çatışmaların şiddeti arttıkça büyük gruplar halinde "açık kapı politikası" uygulayan Türkiye'ye sığınmışlardır (24). Bu nedenle 2011 yılından itibaren Türkiye devletinden uluslararası koruma talep eden kişi sayısı artmıştır (22). AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) 2017 yılı verilerine göre Suriye'de yaşanan iç savaş nedeni ile Türkiye'ye sığınan yaklaşık 3 milyon mülteci bulunmaktadır (29). BMMYK Türkiye'nin bir sığınma ülkesi olduğu ve mülteci menşeinin en yüksek ülkenin Suriye olduğunu belirtmiştir (30).

Türkiye uluslararası koruma talep eden Suriyeli mültecilerin kitlesel girişleri sırasında, sürmekte olan iç çatışmalar nedeniyle; açık sınır politikası, zorla geri göndermeme, kalma suresinin sınırlanmaması ve kamplarda insani yardımın sağlanması ilkeleri çerçevesinde "geçici koruma statüsü" vermiştir (26). Geçici koruma, iç savaş ve benzeri şiddet sonucu yerinden olan kişilerin, kalıcı çözümler sağlanana dek ülkelere kabul edildiği statüdür (26).

Türkiye’de geçici koruma sağlanan kişilerin hakları, yükümlülükleri ve bu kişilere ilişkin prosedürleri ortaya koyan Geçici Koruma Yönetmeliği 2014 yılında kabul edilmiştir (31,32). Bu çerçevede Türkiye, Avrupa dışından sığınma talebiyle gelenlere “geçici sığınmacı” statüsü tanımaktadır (33). Mültecilik statüsü incelenen, bu süre içerisinde kendisine geçici koruma sağlanan sığınmacılar; asgari sosyal haklarından yararlanmaktadır (11). Acil ihtiyaçlara yanıt veren hızlı koruma sağlamada önemli bir araç olan geçici koruma rejimi, Suriyelilerin ülkeye kabulü ve sonrasında kalışlarını içermektedir (34). Hathaway ve Neve’ye (35) göre geçici koruma, mültecilerin sorunlarının çözümü için dikkatli bir şekilde tasarlanmış ve sağlanmışsa süreçteki müdahalenin önemli bir tamamlayıcısıdır.

Mültecilere sağlanan haklar ve sunulan yardımlar bağlamında Suriyeli sığınmacılar Avrupalı mültecilerden ayrı tutulmamıştır (18). Türkiye’de bulunan Suriye vatandaşlarının insani gerekçelerle misafir olarak kabul edilmesi hukuksal statü belirsizliğini beraberinde getirmiştir (24). Bu durum Suriyelilere yönelik keyfi uygulamalara yol açma riskini taşıyacağından geçici koruma bu nedenle faydalı olabilecektir (33,36). Böylelikle hukuksal zeminde karşılığı olmayan misafir kavramı yerini, yasal statüye kavuşturduğundan büyük önem taşımaktadır (11). Ayrıca Türkiye’de, Suriyelilerin yanı sıra Afrika ve Asya ülkelerinden gelen mülteciler de geçici koruma statüsüne sahiptir (23).

Türkiye’ye gelen mültecilerin sosyal profili, geldikleri ülke, cinsiyet ve eğitim durumları büyük bir çeşitlilik göstermektedir (37). Geçici statünün belirlenmesi ve sığınmacıların yeni bir ülkeye mülteci olarak yerleştirilmesi sürecinde BMMYK’dan yardım alınmaktadır (38). Ergüven ve Özturanlı’ya (1) göre silahlı çatışma yaşanan ülkelere yakın olan devletler, coğrafi yakınlık nedeniyle mültecilerin kitlesel sığınma taleplerini tek başına üstlenmek zorunda olmayıp uluslararası alanda, devletlerin ve örgütlerin paylaşması gereken bir sorumluluktur. Türk hukuk sisteminde mülteci ve sığınmacı statüsü birbirinden farklıdır, ancak yaşanan zorluklar ortaktır (39).

2.1.4. Mültecilerin Yaşadığı Sorunlar

Ulus ötesi göç hareketliliğinin her açıdan yıkıcı etkilerinin olması beraberinde büyük sorunları getirmektedir (40). Modern toplum ile savaşlarda kullanılan silahların tahrip gücü artmış; yaşam ortamlarına ve insanlara zarar vermiştir (41). BMMYK dünyada zorla yerinden edilmiş nüfusun 2014 yılında 63,5 milyon olduğu, 2017 yılı sonu itibariyle ile 68,5 milyona yükseldiğini belirtmiştir (42). Küresel dünyada yeniden yerleşim ihtiyacı duyan 1,4 milyon

kişinin daha bulunduğu tahmin edilmektedir (43). Gelişmekte olan ülkeler, zorla göç ettirilmiş nüfusun %86'sına ev sahipliği yapmaktadır (43). Mecburi göç edilen ülkenin ulaşım açısından yakınlığının yanı sıra yaşam şartlarının daha iyi olduğu düşüncesiyle de tercih edilmektedir (40). Bu göçlerin genel olarak az gelişmiş ülkelere yapılması ekonomik kaynaklı sorunları beraberinde getirmektedir (44).

Mülteciler ve sığınmacıların öncelikli bir sorunu olan barınma; güvenli, temel standartlara uygun olmak zorundadır (45). Türk Tabipler Birliği (TTB)'nin 2014 yılında yayınladığı rapora göre; Suriyeli sığınmacılar birden çok aile ile bir evde yaşadıkları için oda başına düşen kişi sayısının yüksek olduğu saptamıştır (41). Gültekin'e (47) göre sığınmacıların hane başına düşen birey sayısının 6,6 ile Türkiye ortalamasının (Kent:3,6-Kırsal:3,9) üstünde olduğunu saptamıştır (46,47). Kiralanan evlerin çoğunlukla bodrum katları, depolar, eski dükkanlar gibi temel ihtiyaçların karşılanamayacağı yerlerin olduğu görülmüştür (48). Mülteciler maddi durumunun elverişsizliğiyle birlikte izbe, rutubetli özellikle bodrum katlarında yaşamalarının fiziksel ve psikolojik sıkıntıya maruz kalabilecektir (45).

Birleşmiş Milletler İnsani İşler Koordinasyon Ofisi (OCHA)'nin 2019 yılında yayınladığı insani ihtiyaçlar raporuna göre; Suriyelilerin yüzde 83'ünün yoksulluk sınırının altında yaşadığını belirtmiştir (49). Suriye genelinde çok sektörlü insani yardıma ihtiyacı olan 11,7 milyon insan olduğu ve içerisinde 5 milyon insanın ihtiyaç düzeylerinin, kritik veya şiddetli seviyelere ulaştığı tahmin edilmektedir (49).

Üretimin olmaması, birikimlerin/tasarrufların tükenmesi, sınırlı ekonomik fırsatlar ve tarımla ilgili alt yapıların yaygın şekilde tahrip olması nüfus üzerinde derin bir sosyoekonomik etki yaratmıştır (23). Suriye'deki insanlar, geçim kaynaklarının kaybı veya eksikliği nedeniyle düşük başa çıkma stratejileri benimsemektedirler (49). Ağırlıklı olarak vasıfsız iş kollarında çalıştırılan mülteciler, istihdam içerisinde taahhüt edilen ücretin verilmemesi gibi emek gaspına uğramakta güvencesiz yaşamları ile minimuma razı olmaya zorlanmaktadır (23). Ayrımcılığa ve dışlanmaya maruz kalan dezavantajlı durumları ile mültecilerin kimlik belgelerinin tanınmaması, kayıt dışı çalıştırılmaları, yetersiz dil becerileri, bakmakla yükümlü olduğu eşi ve çocuklarının olması onların işverene çok yönlü bağımlılığını artırmıştır (50). Yerli işgücüne göre daha düşük ücretlendirilen, dinlenmeden, sağlıksız ve kötü şartlarda uzun çalışma saatleri ile ikincil iş gücünü oluşturan mülteci emeği, tüm ülkelerdeki mültecilerin yaşadığı ortak problemlerdendir (23). Taş ve Özcan'a (50) göre mülteciler, konumlandığı ülkenin yeni bir alt

sınıfı olmaya mahkûm olacaklardır. Ayrıca Aygül'e (23) göre profesyonel meslek sahibi olan mülteciler; mesleklerini icra edememekte ve aşağı doğru bir mesleki hareketlilik içinde olduklarını açıklamıştır.

Mülteci kadınlar toplumsal hayatta yer almakta, barınma ihtiyacını ve işgücüne katılmakta erkeklere göre daha çok sıkıntı yaşamaktadır (48). İstihdam alanlarının, sadece toplumun atfettiği geleneksel roller içerisinde sınırlandırılarak, çalışma hayatları daraltılmıştır (51). Düşük ücretli, üretim ve hizmet işlerinde iş güvencesi olmayan, gününbirlik işlerde mülteci kadın emeğinin sömürsü katmerlenmektedir (23,48). Ayrıca düşük eğitim seviyesine sahip olmaları mülteci kadınların, işgücü piyasasında gelir getirici bir mesleğe sahip olmamalarına (52), meslek sahibi olan mülteci kadınların ise öğretmenlik, hemşirelik, kuaförlük, terziilik gibi hizmet tabanlı mesleklerde ön plana çıktıkları görülmektedir (34,53).

Sığınmacıların bir ülkeye iltica etmeleri sorunların hallolduğu anlamına gelmemekte, gittikleri ülkedeki halkın yaşam koşullarına sahip olamama, hukuki belirsizlik, kültürel entegrasyon ve toplumsal kabul problemleriyle savaşmak zorunda kalmaktadır (28). Toplumun sosyal ve kültürel yapısını sürekli şekillendiren kesintiye uğratan yer değiştirme durumu, psikoloji ve sosyoloji disiplinleri tarafından geçmişten günümüze kadar incelenmiştir (40). Göç alan pek çok toplum içerisinde kültürel farklılıklardan kaynaklanan mesafe; uyum sorunlarının çözülmesini zorlaştırmaktadır (52). Literatürde yer değiştiren nüfusun; yaşadığı sosyal izolasyon nedeniyle sosyal ilişkiler kuramadıklarını göstermiş, adaptasyon sürecinde daha fazla zorluk yaşadıkları saptanmıştır (54). Erol ve Ersever'e (40) göre, sosyal ve fiziki çevrelerin değişmesi uyum sorununu da beraberinde getirdiğinden krize dönüşebilmektedir.

Mevzuatlarda mülteciler ile ilgili yapılan düzenlemeler gerçek anlamda o ülkeye kabul edilmelerini, diğer vatandaşlarla uyum içinde ve rahatça yaşamalarını sağlamaya yetmez (11). Mültecilerin geldikleri ülkede neden olduğu ucuz işgücü yüzünden yaşanan iş kayıpları, evlere olan talep yüzünden konut ve gayrimenkul fiyatlarının yükselmesi gibi etkenler saldırganlık duygularını pekiştirip bu gruba tavır alınmasına neden olabilmektedir (23,39). Şen'e (7) göre, sığındıkları ülkeler tarafından gözetim altında tutulma ve belirli mekânlarda ikamet etme şartlarıyla kabul edilen mültecilere ilişkin, ötekiliği kurgulayan en önemli mekanizmalardan biri de medyadır. Mültecilik; iltica edilen ülke ve iltica eden kişiler açısından toplumsal yaşamın her kademesinde bir sorun olarak görülen ve ötekileştiren bir ifadedir (7). Paksoy ve

Şentöregil'e (55) göre, medya haberlerinde doğrudan ilgisi yoksa ırk, etnik köken, din ve mezhep belirtmemeli ve olumsuz vurgu olarak kullanılmamalıdır.

Savaş sonrasında kayıp olarak belirtilen kişilerin büyük çoğunluğunu erkekler oluşturmakta ve geride kalan eşler bu durumla mücadele etmek zorunda kalmıştır (51). Kadınlar geleneksel olarak erkeklere göre daha fazla ve ek roller üstlenirler (56). Çalışma hayatında ve ev yaşantısında birçok olumsuz durumla karşı karşıya olduklarından; baskı ve stresi daha yoğun yaşamaktadırlar (10). Mülteci kadınlar, toplu barınaklar veya birkaç ailenin bir arada yaşadığı evlerde mahremiyete imkan tanımayan güvensiz ortamlarda tehlikelerle karşı karşıya kalmaktadır (57). İnsani ihtiyaçlara erişirken istismara maruz kaldıklarını belirtenlerin; kadınlar olduğu ve bunlarında çoğunluğunun kadın başlı haneler, yerinden edilmiş kadınlar, boşanmış veya dul kadınlar gibi gruplardan oluştuğu saptanmıştır (58). Kılıç ve ark. (3) Suriye'deki savaş sırasında eşleri ölen mülteci kadınlar en çok post travmatik stres bozukluğu, aile içi şiddet, cinsel şiddet yaşamakta olduğunu bildirmiştir. Suriyeli kadınların %49,5'inin psikososyal desteğe gereksinimine ihtiyacı olmuştur (29). Çatışma, sığınma ülkesinde yeniden entegrasyon ve geri dönüş sırasında kadınların şiddete maruz kalma riskinin artacağı belirtilmiştir (48).

İnsan Hakları ve Mazlumlar İçin Dayanışma Derneği (MAZLUMDER)'nin raporuna göre mülteci kadınların ve kız çocuklarının; cinsel ve fiziksel şiddete, istismara, ayrımcılığa maruz kalmaya karşı öncelikli korunmaya ihtiyaçları bulunmaktadır (59). Ayrıca Mültecilerle Dayanışma Derneği (MÜLTECİDER)'nin 202 sığınmacı hane halkı ile yaptığı görüşmede; kadınların birincil problemlerinin arasında güvenlik tehdidi olduğu saptanmıştır (60). Güvenlik konusunda büyük risk altında olan kadınların, şiddete eğilimli ve kalabalık toplumlarda gerçekleşme ihtimali cinsel şiddete maruziyeti ne yazık ki artırmaktadır (3).

Tüm kadınlar gibi mülteci kadınlarda fiziksel şiddet konusunda büyük sorunlar yaşamakta fakat bu durumu paylaşmak istemedikleri ve özellikle aile içinde yapılan şiddetin kapalı kapılar arkasında yaşanması çözüm açısından önlenbilirliğini azaltmaktadır (53). Bazı etkilenen topluluklardaki insanlardan toplanan geri bildirimler, cinsel istismarın psikososyal refahı bozan endişe kaynağı olduğunu göstermektedir (48). Cinsel şiddete maruz kalan bireylerin aileleri, kızlar için evlilikler düzenleyerek çocuklarını koruyacaklarına inanmaktadırlar (61). Mevcut şiddet sorununa; geri gönderilme korkusu, yoksulluk, dışlanmışlık, yaşanmış travmalar eklenince şiddet artacaktır (41).

Buz'a (51) göre kadınlar, esas olarak kadın oldukları için de şiddet ve baskılardan kaçarak başka bir ülkeye sığınabilmektedirler. Gültekin'in (47) kadın ve erkeğin toplumdaki ve aile içindeki yerini incelediği çalışmasında Suriyeli mültecilerin ataerkil bir yapı sergilediklerini saptamıştır. Özellikle aile yaşamına ve çok eşliliğe bakış açılarının kadınların aleyhine işleyen bir şekilde düzenlendiğini ve kadının çoğu konuda (evlilik, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, boşanma kararı gibi) neredeyse hiç söz hakkının olmadığını belirtmiştir (47). Toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılığın etkileri sığınılan ülkede de kendini göstermekte ve köklü sosyal normlar ile birlikte şiddet normalleştirilmekte; kadınların destek ve hizmetlere ulaşma konusunda birçok alanda engellerle karşılaşmasına neden olmaktadır (51).

2.1.4.1. Mültecilerin Sağlık Sorunları

Doğrudan yaşamı koruyan hizmetleri kesintiye uğratan afetlerden olan çatışmalar, yerinden edinilmiş nüfusun hastalık yayılımını kolaylaştırmakta, ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarını arttırmaktadır (62). Ayrıca geçim olanaklarının eksikliği ve artan yoksulluk toplu bir şekilde göç akını ile gelen insanlar; gıda tüketimini azaltarak, gerekli tıbbi bakımlarını erteleyerek yoksulluğa karşı zararlı başa çıkma stratejileri geliştirmişlerdir (58). Karadağ ve Altınbaş (54) mültecilerin; zorlu yaşam koşulları, sağlıklı ve güvenilir gıdaya ulaşamama gibi nedenlerden ötürü diğer sorunlara göre daha çok sağlık sorunları yaşadıklarını belirtmiştir. Mülteciler, yaşadıkları yerleri zorunlu göçe bağlı terk ettiklerinden 'vatansız' konuma düşmekte ve bu vatansızlık durumu, devletlerin sosyoekonomik hizmetlerinden yararlanmalarını engellemektedir (7). Ulaşılamayan hizmetlere mültecilerin hareket özgürlüğünün kısıtlanması da eklenince mağduriyetleri artmaktadır (58). TTB'nin sığınmacılar ve sağlık hizmetleri raporunda İstanbul ilinde yaşayan mültecilerin, genellikle akşam saatlerinde tek öğün şeklinde ve protein değeri oldukça düşük gıdalar ile beslendiklerini; vitamin desteği almadıkları tespit edilmiştir (41).

Göç nedeniyle sağlıksız koşullarda yolculuk yapmalarının ve kalabalık ortamda yaşamalarının bir sonucu olarak akut ve bulaşıcı (ÜSYE, ASYE, kızamık, menenjit, tüberküloz, uyuz) birçok hastalığa yakalanma riskleri oldukça fazladır (18,56). Çatışma öncesi ve sırasında dünyaya gelen bebekler aşılama hizmeti alamadığından çocuklarda bulaşıcı hastalıklar (boğmaca, kızamık, kabakulak, suçiçeği) artmıştır (18). Ayrıca erişkinlerde de cinsel yolla bulaşan hastalıklarda artma beklenmektedir (41). Sigara içme ve obeziteye bağlı

Kardiyovasküler hastalık ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan kronik sağlık sorunu olan mülteciler de bulunmaktadır (57).

OCHA (2019) Sağlık alanındaki en savunmasız olan grupların;

- 5 yaşın altındaki çocuklar
- Üreme yaş aralığındaki kadınlar (15-49)
- Yaşlılar (50 yaşından itibaren)
- Engellilerin

sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının sınırlı ve yaşam koşullarının daha zorlu olduğunu belirtmiştir (58). Halk sağlığı sorunlarından biri olarak görülen savaş ve çatışmalar incinebilir risk grubunda yer alan kadın ve çocukları daha çok etkilemektedir (3,8,53,63). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ülkelerinde yaşanan sorunlar nedeniyle, göç etmek zorunda kalan kadınların öncelikli ele alınması gereken riskli gruplardan olduğunu, özel gereksinimlerine acilen çözüm getirilmesi gerektiğini belirtmiştir (64). Sığınmacı kadınlar “yabancı” kimliğinin yarattığı kırılganlık ile sosyal yaşamdan mahrum kalma riski taşımaktadır (3). Sosyal izolasyon, dil engeli ve kültürel farklılıklar gibi bir çok stresörle karşı karşıya kalmaktadır (65). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) 2017 yılı verilerine göre son yarım yüzyılda göç paterninde, her zamankinden daha fazla kadının bulunmasının en önemli değişikliklerden biri olduğunu ve birçok ülkede %80’e ulaştığını bildirmiştir (64).

Aktif düşmanlıkların ve yeni yer değiştirmelerin etkisiyle, krizin stresi artırma getirisine bağlı kadının birçok yönden dinamiklerinin uzun vadeli etkilenmesine neden olacaktır (49). Savaş nedeniyle yerinden edinilmiş kadınların sağlık sorunları, hem erkeklere göre hem de mülteci olmayan diğer kadınlara göre daha fazla olduğunu belirtmiştir (65). Kısa süren basit muayenelerde dahi kadınlarda savaş travmaları gözlenmektedir (66). Erkeklerden farklı olarak toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılığa da maruz kaldıklarından, bedensel ve ruhsal sağlıkları daha çok etkilenmektedir (51). Savaş ya da çatışma sonrası mecburi yapılan göçlerin kadın sığınmacılarda daha fazla psiko-sosyal bozukluklar gelişmesine ve bu da adaptasyon süreçlerinde oldukça zorlanmalarına neden olmuştur (48). Tuzcu ve Ilgaz’a (10) göre, kadınlar fizyolojik ve psikolojik kökenli birçok sağlık problemi yaşamalarının en büyük risk faktörlerinden biri, stresle başa çıkma mekanizmalarının yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır.

2.1.4.2. Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları

Dünyada yaşanan savaşlar, sonrasında gelişen olaylar üreme sağlığı sorunlarını artıran temel faktörlerdendir (63). Mülteci kadınların doğrudan genel sağlığını etkileyen faktörler, üreme sağlığı problemlerini de dolaylı olarak etkilemektedir (57). Çatışma şiddetinin ve uzunluğunun jinekolojik durumlarla anlamlı şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır (67). Üreme kabiliyeti ve göçün getirdiği birçok sorun nedeniyle mülteci kadınların riskli grup olarak kabul edilmesi gerekmektedir (57). Bu nedenle üreme sağlığı riskleri mültecilerin sorunlarının başında gelmektedir (61).

Birleşmiş Milletler (BM) ‘‘Binyıl Kalkınma Hedefleri’’ arasında anne ölümlerinin öncelikli ekarte edilmesi (hedef-5) gereken bir halk sağlığı sorunu olduğunu; 2015 yılına kadar dörtte üç oranında azaltmayı hedeflediklerini belirtmiştir (68). Mülteci kadınların zorla yerinden edinilmesi sonucu; yoksulluk, düşük statü ve beslenme yetersizliği anne ölümünün yüksek olmasına neden olmaktadır (69). Mülteci/sığınmacı statüsünde ki kadınların anne sağlığı, göç ettikleri yerin şartlarına bağlı olarak değişmektedir (69). BMMYK yetkisi altındaki on mülteci dokuzda gelişmekte olan bölgelerde bulunmaktadır (70). Göç edilen ülkelerin anne ölümlerini önlemek için geliştirdiği politikalar, karşılaşılan mülteci akını ile birlikte yetersizliğini sürdürmektedir (57). Demografik, sosyoekonomik, çevresel etkenlere bağlı olarak anne ölümlerinin nedenleri incelendiğinde; gebelik öncesinden başlayarak bitimine kadar ki geçen süreçte ki sorunların çoğunluğunun önlenemez nedenlerle meydana geldiği bildirilmektedir (69). Anne ölümü ölçümlerinde, 15-19 yaş ergen çağıdaki gebeliğin, anne ölümlerinin tüm yaş grubu içerisinde ikinci sırada olduğu görülmüştür (71). Anne ölümlerinin büyük bir çoğunluğunun adölesan gebeliklerde gerçekleştiği bildirilmiştir (72). Sosyoekonomik durum özellikle ataerkil (erkek egemen yapı) toplum yapısı ile şekillenen kültür ve alışkanlıklar, erken yaşta evliliği teşvik eden, normalleştiren, meşrulaştıran etkiye sahiptir (73). Erken yaşta evlendirilen mülteci adölesan yaş grubu gebeler birçok komplikasyon ile karşı karşıya kalabilmektedir (69). Küçük yaşta evlenme, erken cinsel ilişkiyi sonrasında plansız gebeliğin yanında doğurganlık süresinin de uzamasına neden olduğundan çok çocuk doğurma eğilimini artırmaktadır (73). Sığınmacıların aile planlaması olanaklarına erişememesi plansız, istenmeyen, kısa aralıklı gebeliklerin yaşanması sonucunda bebek ölüm oranları artmaktadır (56). Türkiye’deki mültecilik tartışmalarında en çok üzerinde durulan konu, mülteci kadınların doğurganlığı veya sahip olunan çocuk sayısıdır (47). Ortadoğu Araştırmaları

Merkezi (ORSAM) Türkiye devletinin yüksek bir doğurganlık ve genç bir nüfusla karşı karşıya olduğunu açıklamıştır (44). Mülteci kadınların doğurganlık sayılarının yüksek olduğu saptanmıştır (47,57,62,63,74). Ayrıca birçok çalışmada hanelerin yaklaşık yarısının (%47), en az bir çocuğunun Türkiye’de doğduğunu ve “güvensiz koşullarda düşük yapma riskini” taşıdıklarını rapor etmiştir (61,63,75).

Savaş ortamından kaçarak gelen erken yaşta evlenen veya göç ettiği ülkede erken yaşta evlendirilen birçok mülteci kadının sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı artmaktadır (57). DSÖ üreme sağlığı hizmetlerine erişimi olmayan ve bu hizmetler konusunda bilgi sahibi olmayan kayıt dışı mültecilerin kadın, anne ve çocuk sağlığı açısından yaşamı tehdit edici sonuçlara yol açabileceğine dikkat çekmiştir (71). Mülteciler genellikle maddi yetersizlik, sağlık güvencesine sahip olmama, gidilen yerin dilini bilmeme, göç alan bölgedeki sağlık kuruluşu eksikliği ve mültecilere yönelik sağlık politikalarının yetersiz oluşu nedenleri sağlık hizmet sunumunu olumsuz etkilemektedir (8). Cinsel ve üreme sağlığı hizmetleri alanındaki profesyonellerin eksikliği veya yokluğu, ilaca ve donanımlı sağlık tesislerine ulaşmak için mesafenin uzak olması özellikle yerinden edilmiş kadınların yeteneklerini etkilemektedir (49). Mülteci kadınlar temel ihtiyaçlara dahi ulaşamadıkları hamilelik ve emzirme süreçlerinde daha fazla sorunla karşı karşıya kalmaktadır (76). Kadınlar gebelik döneminde sık takip edilmesi gerekirken oluşan sağlık problemlerinde dahi ekonomik yetersizlik nedeniyle hastaneye başvurmadıklarını belirtmişlerdir (53). MAZLUMDER Suriyeli sığınmacı kadınların, çok zorunlu olmadıkça sağlık hizmetlerine başvurmadıklarını, gebelik takibi için hastanelere gitmediklerini belirtmiştir (75). Mülteci kadınların %26,7’sinin gebelik nedeniyle doktora, ebeye, hemşireye hiç başvurmadıkları ve evlerde doğum yapmak zorunda kaldıklarını saptanmıştır (48,77). Mecburen evlerde doğum yapma riski ile karşı karşıya olan mülteci gebelerin erken doğum riskinin de yüksek olması yaşanabilecek sorunların ciddiyetini göstermektedir (57).

Mültecilerin göç etme öncesi ve sonrasında aile planlaması hizmetlerine ulaşamama, doğum öncesi bakım yetersizliği ve düşük yapma gibi sorunları artar (8). Türkiye Aile Planlaması Vakfı (TAPV) mülteci kadınların genel olarak kadın sağlığı ve aile planlaması konusunda desteksiz durumda olduklarını belirtmiştir (78). Türkiye’de düşük ya da ölü doğum ile gebelik kayıplarının yaşandığı ve birçoğunun aile planlaması ihtiyacının karşılanamadığı (%36,4) bulgulamıştır (77). Bu durum mülteci kadınların gebeliğini kontrolüne yönelik sorunlarının olduğunu ve plansız gebelik sayısında artışını kaçınılmaz kılmaktadır (57).

Lübnan’da 452 Suriyeli mülteci kadınla yapılan kesitsel çalışmada, doğum yapan kadınların %36,8’inin doğum komplikasyonları yaşadığını ve düşük doğum ağırlığı, preterm doğum riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır (67). Ayrıca büyük çoğunluğunun menstrual düzensizlik, pelvik ağrı, üreme sistemi enfeksiyonlarının yaşandığı belirlenmiştir (67). Gümüş ve ark. (63) mülteci kadınlarda üreme sağlığını koruyucu davranışlar açısından yetersizliklerin olduğunu ayrıca birçoğunun jinekolojik enfeksiyon belirtisi taşıdığını saptamıştır. UNFPA mülteci kadınların cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı yüksek risk taşımalarına rağmen tıbbi hizmetlere erişimlerinin oldukça zor ve sınırlı olduğunu belirtmiştir (64).

Yaşantılarının temelinde derin travmalar yaşamaları kaçınılmaz olan mültecilerin, aile ve toplum yaşamlarının kesintiye uğraması; riskli cinsel davranışlarda bulunmalarına neden olabilmektedir (61). Bu durum özellikle genç kızlarda küçük yaşta riskli cinsel davranışları beraberinde getirebilmektedir (78). Patel ve ark. (79) yapmış oldukları çalışmada, yerinden edilmiş mülteci konumuna düşmüş gençler arasında HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların arttığı; bu nedenle gençlerin aile planlaması hizmetlerine erişebilmelerinin çok önemli olduğunu belirtmiştir.

Mülteci kadınların ana-çocuk sağlığı hizmetleri arasında bulunan aile planlaması hizmetlerine erişiminin yetersiz olduğu söylenebilir. Ayrıca mülteci kadınların acil kontrasepsiyon yöntemlerine ilişkin bilgilerinin eksik olduğu tespit edilmiştir (80). Gümüş’e (63) göre mülteci kadınların aile planlaması hizmetlerinden yararlanmalarını engelleyen faktörlerden biri de geleneksel kültür ve inançları gereği gebelikten korunmayı doğru bulmamalarıdır. Bireylerin sahip olduğu geleneksel kültür ve inançların tutum ile yakından ilişkisi, korunmaya yönelik davranışların ortaya konulmasında büyük önem arz etmektedir (81).

2.2. TUTUM KAVRAMI VE TUTUMLARIN ÖLÇÜMÜ

2.2.1. Tutum Kavramı

Bilimsel olarak 19 yy. başlarında incelenen tutum kavramı ‘‘harekete hazır’’ anlamına gelmektedir (82). Bireylerin tutumları; düşünce, duygu ve tepki eğilimleri konusunda kendi

ifadelerine, fizyolojik tepkilerine ve görünen davranışlarının gözlemlenmesi ile öğrenilir (81). Tutumlar doğumdan sonra zamanla öğrenme yoluyla edinilir (83). Davranışları ve sosyal algıları etkileyen dolaylı olarak kendini gösteren tutum, bir kez geliştikten sonra değişikliğe karşı direnç gösterir (81). Tutumlar aşamalı olarak bilişsel, duyuşsal ve davranışsal öğeleri içeren bir süreçte ortaya çıkmaktadır (84).

Tutum ile ilgili tavrın olumlu ya da olumsuz yöndeki değişikliğinde tutumla ilişkili davranışsal öğelerde değişir (83). Tutumlar birey hakkındaki davranışlara ulaşmada bir araç olarak kullanılabilir. Bireyin edindiği bilgiler ile birlikte bilgiye ulaşmadaki istekliliğinde önemli bir araç konumundadır (85). Bu durum tutumun karşılıklı etkileşimlerden etkilediğini gösterir (86). Bu eğilimler uzun süre görüldüğünde tutum olarak ifade edilir (83). Birey tutumu oluşturduktan sonra, ona yansız bakması mümkün değildir (84). Tavşancıl (83), bireylerin tutumlarının büyük bir kısmının 12-30 yaşlarında şekillendiğini belirtmiştir.

Bireyin içinde bulunduğu değerler sistemi, inanç ve edindiği bilgiler tutumun şekillenmesinde etkilidir (86). Bireylerin aile planlaması yöntemleri hakkında edindikleri bilgiler duyuşsal olarak uyarlanır, olumlu veya olumsuz şekilde davranışa dönüştürme aşamasında da çevreden etkilenirler (81,86). Bireylerin korunmaya yönelik tutumlarının neler olduğunu belirleyebilmek için kadınların bilişsel, duyuşsal mekanizmalarının farklılıklarını incelemek gerekir (87). Aynı zamanda bireylerin korunmaya ilişkin aile planlamasına yönelik tutumunu ebeveyn ve akran tutumu gibi çevresel faktörlerinde etkilediği görülmektedir (81). Bu nedenle tutumların nedenlerinin irdelenmesi, yönünün olumlu veya olumsuzluğunun belirlenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Olumlu tutum ile bir konu hakkında öğrenmeyi kalıcı hale getiren birey ile olumsuz tutumu benimseyen birey arasında öğrenme ile ilişkili farklılıklar bulunur (84). Bu farklılıkların yanı sıra istedik tutumum oluşabilmesi için, bireyin konu ile ilişkili bir deneyim yaşaması oldukça önemlidir (88). İstelik tutumun ne denli başarılı edinildiği ise bu tutumun ölçülmesiyle ortaya konulabilir.

2.2.2. Tutumun Ölçülmesi

Tutum gibi psikolojik değişkenlerin ölçümü için kullanılan yöntemler fiziksel özellikler gibi doğada açıkça gözlemlenemediğinden oldukça farklıdır (87). Tutumların fiziksel bir boyutu olmadığı için ölçülmesi tanımlanabilmesine bağlıdır (89). Ancak tutumları ölçen araçların geliştirilmesi, bilimselliğe katkıda bulunacağından birey ve toplum açısından çok önemlidir (83). Tutumlar genellikle değer yargılarını etkileyen aile ve çevre faktörlerinin

incelenmesi amacıyla kullanılır (81). Bireylerin tutum ve değerlerine ilişkin tepkilerinin sayısal olarak değerlendirilmesi esasına dayanan ölçeklerde bir dizi madde oluşturularak bireylerin verdikleri tepkilerden çıkarımlar yapmaya yararmaktadır (89). Bunun dışında tutumu ölçmek için gözlem, soru listeleri, tamamlanmamış cümleler, yanlış seçme gibi çeşitli teknikler de kullanılır (83).

Soyut kavramların ölçümünde ölçeklerle çalışmak, sistematik bir yaklaşıma olanak sağladığı için uygundur (83). Basit olduğundan kullanıcıya ve cevaplayıcıya rahatlık ve verimlilik sağlar (89). Ancak önceden belirlenmiş problemle yönelik oluşturulan maddeler, yeni karşılaşılan sorunu tüm yönleriyle değerlendiremeyebilir (89). Varsayılan fakat gizlenebilen tutumların olumlu ya da olumsuz olduğunun bilinmesi uygulamada gerekli önlemlerin alınmasına daha etkin verimli bir hizmetin sunulmasına neden olacaktır (83,86).

Tutumlara verilecek olan yanıtlar kesin doğru veya yanlış olarak nitelendirilemediğinden iki seçenekli maddeler tutum ölçekleri için uygun değildir (87). Rensis Likert tarafından geliştirilen Likert ölçek tekniği en sık kullanılan etkili bir yöntemdir (84). Likert tipi ölçekler 3, 5, 7, 9 ve 11 dereceli olabilir. Ancak en ideali beşli derecelendirmedir (85). Bu tür ölçeklerde birey, maddelerdeki ifadelerle ne ölçüde katılıp katılmadığını derecelendirir (90). Tüm maddelere verilen cevaplar toplandıktan sonra ortaya çıkan toplam puan bireyin konu hakkındaki tutum puanını göstermektedir (84). Ayrıca sıralama ölçeği olan tutum ölçeklerinden bireylerin ortaya çıkan tutumunun, başka bir bireyin tutumu ile karşılaştırılması mümkün değildir (83). Yeni bir ölçü aracının geliştirilme aşamasında ya da geliştirilmiş olanı farklı dil ve kültüre uyarlama çalışmalarında geçerlik ve güvenilirlik gibi özellikler dikkate alınmalıdır (91,92).

2.3. ÖLÇEK UYARLAMADA GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK

Var olan tüm özelliklerin gözlenebilir, ölçülebilir olması bilimsel olmanın ön koşuludur (89). Ölçme işlemi bir gözlemeleme, algılama, anlama, kavramlaştırma işidir (93). Belirli bir amaç için yapılan ölçme işlemi, elde edilen değerlendirme sonuçlarına dayanarak belli kararlar vermeyi kolaylaştırmaktadır (91). Ölçülecek özelliğin diğer ölçme araçlarına göre en iyi şekilde

ölçebilen, araştırma sonuçlarının genelleyebilmek için standardize edilmiş bir ölçme aracı olması gerekmektedir (91,92).

Bilimsel çalışmalarda ölçülmek istenen özellik somutlaştırılır (89). Ölçü araçlarının ölçmede kullanılmak üzere geliştirdiği birime ölçek denir (93). Tutum ve inanç davranışları doğrudan gözlenemediğinden geliştirilen ölçek maddeleri veya önermeleri ölçümüne dikkat edilmelidir (89). Etnik, içsel (duygu, tutum, algı, kanaat) eğilimler ancak kuramsal alt yapı ile somutlaştırılarak ölçülebilir hale gelirler (89). Tutum, inanç ve algıların ortaya çıkışı belli bir ölçüde o andaki çevresel koşulların etkisi altında olduğundan kesinlik değişebilir (83). Veri toplama aracının standardize olması ve uygun bilgiler üretebilmesi için güvenilirlik ve geçerlik özelliklerine sahip olması istenir (92). Doğru kararı sağlayacak ölçümlerin olabilmesi için de ölçümleri gerçekleştirecek özelliklerin uygun bilgiler üretebilme yeteneği için geçerli ve güvenilir olması gerekir (89,93).

Nitel araştırmaların orijinalliği, ortaya konulan sonuçların geçerli ve güvenilir olmasına bağlıdır (92). Standart ölçme araçlarının kullanıldığı çalışmalar, güvenilirlik ve geçerlik açısından değerlendirildiğinden, objektif verilere dayanır (90). Bu tür araştırmalarda kullanılacak ölçek, araştırmacı tarafından kültür ve dil öğeleri gözetilerek psikometrik ölçümlerinin yapılmış olması ve bu ölçümlerin yeterli olması gerekir (90). Ölçeğin standardize olması sadece ölçmek istediği özelliği ölçmesi (geçerlilik) ve her seferinde aynı biçimde (güvenirlik) ölçme özelliği göstermesi ile gerçekleşir (94).

2.3.1.Güvenirlik

Ölçüm değerinin kararlılığını gösterir (94). Yapılan ölçmenin hatadan arınlık derecesidir (92). Güvenirlik, ölçmek için düzenlenen özellik ya da özellikler ölçmenin tutarlılığıyla ilgilidir (91). Bir ölçme aracıyla aynı özelliğin ölçülmesi iki ya da daha fazla tekrarlandığında aynı ya da bir önceki ölçüme yakın sonuç alınabiliyorsa ölçme aracına o oranda güvenilir bakılmalıdır (93,94). Sadece ölçme aracına ait bir özellik olmayan güvenilirlik,

aynı zamanda aracın sonuçlarına ilişkin bir özelliktir (94). İç tutarlılık, istikrarlılık, temsil edicilik, değerlilik, nesnellik güvenirlüğün temel bileşenleridir (95).

2.3.1.1. Güvenirlği Kestirme Yöntemleri

Güvenirlk; yeterliliğın, tutarlılığın, kararlılığın sağlanmasını anlatır (92). Bir özellik farklı zamanlarda ölçüldüğünde, aynı ölçümü elde etmek olanaksızdır (91). Ölçmenin hatadan tamamen arındırılması mümkün değildir (92). Hata ölçme aracı veya dışında herhangi bir nedenden kaynaklı olabilir (89). Ancak hatayı en aza indirmek ölçmenin güvenirlğini arttıracaktır (96). Bu bağlamda ölçme aracının bazı yöntemlerle güvenirlğının araştırılması gerekir. Değişkenlerin türüne, kaynağına, uygulama sayısına göre farklılık gösteren güvenirlk hesaplama yöntemleri: Korelasyona dayalı olarak Test Tekrar Test Yöntemi, Paralel Testler Yöntemi, Testin İki Yarıya Bölünmesi Yöntemi kullanılır. İç tutarlılık anlamında da ayrıca Kuder-Richharson Formülleri, Cronbach Alfa Yöntemi kullanılır (92). Bu çalışmada güvenirlk için zamana göre değişmezlik, iç tutarlılık yöntemleri kullanılmıştır.

2.3.1.2. İç Tutarlılık Analizi

Ölçeğın tüm yönlerinin ölçme yeteneğine sahip olup olmadığını belirler ve ölçeğın tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak için kullanılır (92). Yarıya bölme, Cronbach Alfa Katsayısı, Kuder-Richharson 20-21 Güvenirlk Katsayısı, Madde-Toplam puan Analizi olarak 4 yaygın yöntem kullanılır. Çalışmamızda iç tutarlılığı değerlendirmek amacı ile Madde-Toplam puan Analizi, Cronbach alpha yöntemi kullanılmıştır.

- ✓ Cronbach Alfa Yöntemi: Çoklu puanlanan maddelerden oluşan testlere uygulanır. Her maddenin kendi içinde aynı tutumu ölçtüğünü belirler (92). Kullanılan ölçeğın maddelerinin birbirleriyle tutarlılığını belirlemek amacıyla cronbach α katsayısına bakılır (97). Sıfır ile bir arasında değer alır. Sosyal bilim araştırmalarında en sık kullanılan ölçekleme tekniğı olan Likert tipi ölçeklerin güvenirlği bu yöntemle hesaplanır (93, 98). Beşli cevaplama kategorileri ve puan/sayısal değerleri görece daha kolay ve anlaşılabilir (92). Bireyin ölçülmek istenilen tutumunu "varlık-yokluk" ekseninde değil "düzey olarak" ölçmeyi tasarlamıştır (98).

Cronbach alfa katsayısı;

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ölçek güvenilir değil

- $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ölçek düşük güvenilirlikte
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ölçek oldukça güvenilir
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ölçek yüksek derecede güvenilir şekilde değerlendirilmektedir.

- ✓ Madde-Madde Puan Analizi: Ölçek maddelerinin birbirleriyle olan korelasyon analizindeki ilişkiyi gösterir (91).
- ✓ Madde- Toplam Puan Analizi: Ölçek toplam puanı ile her maddeye ait puanların ilişkisini göstermektedir. Hangi madde uygun ya da değiştirilmeli sorularının cevabını verir (92). Ölçek maddelerinin her birinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki korelasyon alınarak hesaplanır. Madde korelasyonun yüksek olması, hedeflenen davranışı temsil etmede yeterli ve etkin olduğunu aynı zamanda iç tutarlığının yüksek olduğunu gösterir (98).

2.3.1.3. Zamana Göre Değişmezlik

Test -tekrar test yöntemi; ölçme aracının bir tane olduğu en sık kullanılan güvenilirlik göstergesidir (92). Aynı ölçme aracı aralıklı olarak iki ayrı zamanda aynı gruba uygulanır. İki ayrı gruptan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanır (91). Bu değer kararlılık anlamında güvenilirlik katsayısını verir ve 1'e yakın olması beklenir (93,95). İki ölçme arasında bırakılması gereken zaman aralığı, test tekrar test güvenilirliğinin en kritik yönüdür (95). Zaman aralığının kısa olması yeniden anımsama, uzun olması aynı koşulların sağlanamaması riskini taşımaktadır. Bu durum güvenilirliğin hesaplanmasını güçleştirmekle beraber yapay değerler sunacaktır. Aralıklı yöntemde zaman aralığı iki haftadan az aynı zamanda dört haftayı geçmemelidir (95).

2.3.2. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özelliklerle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesi ve geliştirilmiş bulunduğu konuda maksada hizmet etmesidir (94). Erdoğan ve ark. (92) geçerliği araştırılan olgunun araştırmacı tarafından yansız gözlemlenmesi olarak ifade eder. Ölçtüğü özellik tutarlı olarak ölçen bir test geçerlidir (98). Bir ölçüt tamamen geçerli veya tamamen geçersiz olmaktan ziyade, daha çok veya daha az geçerli

olabilir (95). Maddelerin ayırt etme gücü, objektifliği ölçüm aracının geçerliliğın göstergesidir (94). Daima belli bir maksat için geçerlidir (92). Ölçülecek olan her maddenin hedef davranışlardan en az birini temsil etmelidir (93). Bu yargı, uygunluk ve güvenilirlik olarak geçerliğin iki önemli ögesini kapsar. Bu nedenle geçerlilik için güvenilirlik şarttır (92).

2.3.2.1. Kapsam Geçerliği

Ölçme yapılmadan önce neyin ölçüleceği net bir şekilde belirlenmelidir (99). Kapsam geçerliliği çalışmada ki örneklemin, evreni ve ölçeğin maddelerinin, ölçülecek özelliği temsil ediciliğine bağlıdır (100). Özetle iyi bir örneklem üzerinde ölçme yapılması ve içerisindeki her madde için ölçüm yapıyorsa kapsam geçerliliği vardır (92).

2.3.2.2. Görünüş Geçerliği

Ölçmek istenen kavramsal özelliğin konuyla ilgili uzmanların görüşleri alınarak temsil edip etmediği değerlendirilir (92). Uzmanlar bir ölçeğin, ölçmek istediği özelliği ne derecede ölçtüğünü ortaya koyar ve bu durum öznel bir süreçtir (93). Değerlendirme sonucunda yapılan öneriler göre maddelerde üzerinde düzenlemeler yapılır. Uzmanlar arasındaki uyumun 0,80'in üstünde olması beklenir (92). Değerlendirmede amaca hizmet eden maddeler ölçek kapsamına alınır (94).

2.3.2.3. Yapı Geçerliği

Ölçek maddelerinin amaca ve bütüne uygunluğu, tutarlı olma halidir (93). Ölçme aracının ölçülmek istediği hedeflerden en az bir tanesi ile ilişkili olmalıdır. Ölçekteki her madde ölçme aracının bütünü ile ilişkili olmalıdır (93). Zıt veya bilinen grupların karşılaştırılması, hipotez sınanması, matris yaklaşımı, faktör analizi yöntemleri kullanılır (92). Bu araştırmada kullanılan ölçekte alt boyutlar yer aldığından, yapı geçerliği adına uygulanacak faktör analizi şeklinde olacaktır.

Faktör analizi; benzer kavramları ölçen çok sayıdaki değişkenin anlamlı, birbirleriyle tutarlı ve tanımlanabilir nitelikte daha az sayıda faktör ile açıklanmasıdır (96). Ölçeğin yapısı hakkında bilgiye sahip olmak için yapılır (83). Alt boyutları olan ölçeklerde kullanılır (92). Faktör analizi ölçek geliştirme sürecinde araştırma evreninden örnekleme seçilimi ve maddelere verilen cevaplar puanlandırılmasıyla sağlanır (99). Ölçeğin bütünlüğünü test ederken ölçeği ilişkisiz değişkenlerden arındırılmasına yardımcı olur (92). Özetle ölçülmek

istenen yapıya ilişkin faktörleri ve yapıları ölçtüğünü belirler (96,99).

Faktör yük değeri; maddelerin yer aldıkları faktörle olan ilişkisini açıklayan bir değerdir (96). Maddelerin taşıdığı faktör yüklerine göre kendi aralarında ilişki gösterenler farklı alt boyutlar altında toplanır. Maddelerin faktör yük değerleri değişken çıkartma da dikkate alınır (96). Faktör sayısına ve aynı yapıyı ölçmeyen maddelerin ayıklanmasına karar verirken; öz değeri 1 ve daha fazla olan maddeler dikkate alınır (99).

Açıklayıcı faktör analizi; ölçek maddelerinin birbirleri ile ilişkili değişkenlerin farklı alt gruplar altında toplamak için kullanılır. Amaç ortak faktörleri oluşturmaktır (101). Açıklayıcı faktör analizinde: Veri setinin faktör analizi için Kaiser Meyer-Olkin (KMO) ile uygunluğu değerlendirilir. Bu değer 0,50'nin altında olması örneklem büyüklüğünün yeterli olmadığını gösterir (96). Faktörler elde edilir. Özdeğer ve Scree plot grafiği çıkarılır. Faktörlere Varimax rotation işlemi yapıldıktan sonra isimlendirilir.

Doğrulayıcı faktör analizi; ölçek maddelerinin açıklayıcı faktör analizi yapıldıktan sonra doğrulama işlemi için kullanılır (102). Maddelerinin alt boyutlarının temsil edilme yeterliliğini ve ölçek yapısını açıklama durumunu değerlendirmek için yapılır (95). Geçerlik güvenilirlik çalışmalarında ölçeğin güvenle kullanılabilecek hale gelmesi için ölçeğin faktör yapısının uygun olması istenir (102).

2.3.3. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması

Uyarlama çalışmalarında dil uyarlaması, psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlik ve güvenilirlik) ve kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması işlemleri yapılmalıdır (90). Kültürlerarası özelliklerin değerlendirilmesinde hem dil hem de kavramsal eşdeğerlik incelenir (92). Çevirisi yapılacak olan orijinal ölçeğin yazarından farklı bir topluma uyarlamada gerekebilecek küçük değişiklikler için izin alınmalıdır (90). Çevirmen her iki dili ve kültürü çok iyi bilen aynı zamanda ölçeğin nasıl kullanılacağına dair bilgiye sahip olması gerekir (103). Orijinal ölçeği hedef dile, hedef dile çevrilen ölçeği de orijinal dile çeviren en az iki bağımsız çevirmen olmalıdır (92). Çünkü ölçekler geliştirildiği kültürün özelliklerine uygundur (95).

Araştırmacı tarafından kullanılacak ölçeğin; farklı dil ve kültürde geliştirilmiş, Türk dili için güvenirlik ve geçerlik analizleri yapılmış veya kendisinin yeniden geliştirdiği ölçekler olabilir. Ancak her  farklı durum için güvenirlik ve geçerlilik analizleri yapılmalıdır (92).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma; iki aşamadan oluştu. Birinci aşamada; Özlem Örsal ve Gülümser Kubilay tarafından (2006) Türkçe olarak geliştirilen Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Arapça diline uyarlanması metodolojik olarak, ikinci aşamada; mülteci kadınların aile planlaması hakkındaki tutumlarını bilme, kontraseptif yöntemlere erişimini incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlandı.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Ocak-Nisan 2019 tarihleri arasında İstanbul ili Sultangazi ilçesinde; mültecilere gönüllü sağlık ve eğitim hizmeti sunan Tzu Chi Vakfı'na başvuran mülteci kadınlara uygulanmıştır.

Tzu Chi Vakfı: Türkiye'de sosyal sorumluluğu ve dayanışmayı geliştirmek; işgücü ve kaynak tasarrufu sağlamak için kamu hizmetlerinin yürütülmesinde destekleyici olabilmektedir. İstanbul'un Sultangazi ilçesinde kurulan vakıfta, Suriyeli mülteciler için gönüllü hizmet verilmektedir. Suriyeli doktorlar, ebeler ve hemşireler tarafından; jinekoloji, çocuk, diş ve göz alanında sağlık hizmeti sunulmaktadır. Ayrıca vakıf Uluslararası El Menahil Okulu'nda Suriyeli 6-18 yaş aralığındaki çocuklara eğitim vermektedir. Aynı zamanda yetişkin mülteci kadın ve erkeklere Türkçe dersi vermektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

- Aile planlamasına yönelik tutum ölçeği Arapça konuşan mülteci kadınlar için geçerli ve güvenilir mi?
- Aile planlaması tutumu gebelikten korunmayı etkiler mi?
- Aile planlamasına yönelik danışmanlık alma durumu, aile planlamasına yönelik tutumu etkiler mi?
- Yaş aile planlamasına yönelik tutumu etkiler mi?
- Eğitim aile planlamasına yönelik tutumu etkiler mi?

- Aile planlamasına yönelik tutum, gebeliğin planlanmasında etkili mi?
- Aile planlamasına yönelik tutum gebelik sayısını etkiler mi?
- Türkiye’de uzun ve kısa süreli yaşayan mültecilerin aile planlaması tutumu farklı mıdır?
- Evlenme yaşı aile planlamasına yönelik tutumu etkiler mi?
- Aile planlaması tutumu düşük yapma durumunu etkiler mi?

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Suriyeli mültecilerin sayıca fazla olduğu İstanbul ili Sultangazi ilçesinde bulunan 15-49 yaş aralığındaki mülteci kadınlar evreni oluşturmaktadır. Örneklemi ise Sultangazi ilçesinde; sağlık hizmeti sunan Tzu Chi Vakfı’nda hizmet veren polikliniklere başvuran mülteci kadınlar ve Uluslararası El Menahil Okulu’nda Türkçe eğitim alan çalışmaya katılmayı kabul eden mülteci kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- 15-49 yaşları aralığında olan,
- Mülteci kadın statüsünde olan,
- Evli olan,
- Okuryazar olan,
- Arapça bilen

Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen,
- 15-49 yaş aralığında olmayan,
- Erkek olan,
- Evli olmayan,
- Okuryazar olmayan,
- Arapça bilmeyen

Ölçek uyarlama çalışmalarında örneklem sayısının belirlenmesinde ölçeğin madde sayısının 5-10 katı olması, ölçek güvenilirliğinin sağlanabilmesi için ise en az 100 örneklem olması önerilmektedir (95,101).

$$N t^2 p q$$

n :-----

$$d^2 (N-1) + t^2 p q$$

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

N : Evrendeki birey sayısı (2815)

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,5)

q : İncelenen olayın görülmeme sıklığı (1-p =0,5)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,962)

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0,052)

$$2815 \times (1,962^2) \times 0,5 \times 0,5$$

n :----- = 315

$$(0,052^2) \times (2815-1) + (1,962^2) \times 0,5 \times 0,5$$

Yüzde 95 güven aralığı ve \pm %5 sapma ile örnekleme alınacak en az kişi sayısı yaklaşık 315 olarak hesaplandı. Araştırma kapsamında daha sağlıklı sonuç alabilmek amacıyla örneklem sayısı 350 olarak belirlenmiştir. Araştırmada tüm sorulara cevap vermeyen 30 kişi değerlendirmeye alınmadığından araştırma 320 mülteci kadın ile yapıldı.

3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğini geliştiren Özlem ÖRSAL'dan 01/06/2018 tarihinde ölçeğin Arapça geçerlik ve güvenilirliğinin yapılabilmesi için gerekli izin e-posta yoluyla alınmıştır (Bkz. EK-1). Çalışmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden 13/07/2018 tarihli 18777 sayılı Sağlık Bilimleri Enstitü izni (Bkz. EK-2); Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10/07/2018 tarihli 18351 sayılı 18/30 karar nolu etik kurul izni (Bkz. EK-3); Tzu Chi Vakfı'ndan yazılı olarak kurum izni alınmıştır (Bkz. EK-4).

Etik kurallarla çalışmayı esas almak güvenirlüğün sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir (92). Çalışmaya alınan kadınlara çalışmanın amacını anlatan bilgilendirilmiş onam formu (Bkz. EK-7) verilip, okumaları sağlanmış ve yazılı onamı alınan kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada veriler katılımcıların demografik verilerini içeren anket formu ve Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler; Ocak–Nisan 2019 tarihleri arasında Tzu Chi Vakfı polikliniğine başvuran mülteci kadınlar ve Uluslararası El Menahil Okulu’nda Türkçe eğitim alan mülteci kadınlardan yazılı onam alınarak elde edilmiştir. Veriler ölçek ile ilgili anlaşılmayan noktaların açıklanabilmesi amacı ile Arapça ve Türkçe bilen 3 tercüman eşliğinde bir araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.6.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen form 25 sorudan oluşmaktadır. Bu soru formu aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır.

- Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, kaç yıldır Türkiye’ de yaşadıkları, evlenme yaşı vb. sosyodemografik özelliklere ilişkin sorular
- Gebelik sayısı, düşük ve isteyerek sonlandırdığı gebelik sayısı, iki gebeliği arasındaki en kısa süre, çocuk sahibi olma isteği gibi obstetrik özelliklerine ilişkin sorular
- Kontraseptif yöntem kullanıp kullanmama nedenleri, hangi yöntemi kullandığı, ilişkin aile planlanmasına ilişkin sorular

3.6.2. Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği

Türkiye’de aile planlamasına yönelik tutumları ölçebilecek bir araç geliştirilmesi amacıyla Örsal ve Kubilay tarafından 2006 yılında Türkçe geliştirilmiş olan 34 sorudan oluşan ölçek 5’li likert tipi (tamamen katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, kısmen katılmıyorum ve tamamen katılmıyorum) bir ölçektir. Ölçekte ki her ifade 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. Ölçekten en az 34 en fazla 170 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça, Aile Planlaması tutumu da pozitif yönde artmaktadır. Ölçek, Örsal’dan e-posta yoluyla izin alındıktan sonra kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe olan orjinal formunun Cronbach alfa değeri 0,90’dır. Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,89 bulunmuştur.

3.7. ÖLÇEĞİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

3.7.1. Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Orijinal ölçek her iki dili çok iyi bilen, ana dili Arapça olan ve Türkiye’de yaşayan yeminli tercüman tarafından Türkçe’den Arapça’ya çevrilmiştir. Ölçeğin yeniden Arapça’dan Türkçe’ye çevirisi ana dili Türkçe olan, daha önce anketin Türkçe halini görmeyen bir dil bilimci tarafından yapılmıştır. Yapılan çeviri ile orijinal ölçek ifadeleri karşılaştırılarak Arapça formunun son hali oluşturulmuş ve ölçeğin dil geçerliliği için konu ile ilgili uzmanların görüşü alınarak bu doğrultuda tekrar düzenlenmiştir. İçerik geçerliliği için uzmanların büyük bir bölümünün aynı fikirde olması gereklidir (95). Çalışmamızda 34 maddelik aile planlamasına yönelik tutum ölçek maddelerinin dil ve kültüre uygunluğunu değerlendirmek amacıyla 10 uzmanın görüşü alınmıştır. Uzmanlar her soruya 1-2 arasında (1=Uygundur; 2=Uygun değildir) puan vermiştir. Uzmanlardan gelen maddelerle ilgili ifade şekli ve içerik konusundaki öneriler değerlendirilmiştir.

Tablo 3.1. Aile planlaması tutum ölçeğinin kapsam geçerliliği

Uzman Sayısı	KGİ (Kapsam Geçerlik İndeksi=CVI)	KGÖ (Kapsam Geçerlik ölçütü)
10	0,85	0,62

Maddelerin uzman görüşlerinin değerlendirilmesi, dil ve içerik eşdeğerliliğinin kanıtlanması için KGİ (Kapsam geçerlilik indeksi) kullanılır (100). Uzman sayısı beş olduğunda KGİ’nin değeri 0,99; kırka yükseldiğinde 0,29 olmalıdır. KGO (Kapsam geçerlik oranı) madde bazında 0,6-1 arasında değer almaktadır (100). KGİ ölçek bazında 0,85 değerini almıştır (Tablo 3.1). KGİ’nin 0,8’den büyük olması ölçeğin kapsam geçerliliğini söylemek için yeterlidir (92). Ayrıca $KGİ > KGÖ$ olduğundan, oluşturulan ölçeğin kapsam geçerliği istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 3.1).

Aynı konuyu ikiden fazla gözlemcinin değerlendirme sonuçlarının benzerliği Kendall’s W ile ölçülür (97). Bu tür bir ölçü özellikle güvenilirlik araştırmalarında değerlendirme kategorileri simetrik olmadığında uygulanır ve 0-1 arasında değer alır (97). Çalışmada Kendall’s W değerinin 0,125 olduğu saptanmıştır. Bu durum uzmanlar arasında istatistiksel görüş birliği olduğunu gösterir. Test sonucunda p değeri 0,149 olarak elde edilmiş bu durum

hakemler arasında sorulara verilen uygunluk oranlarının farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır. Ayrıca uzmanların değerlendirmelerinin iki seçenekli olduğu durumlarda frekansın birbirinden farkını saptayan Cochran q testi uygulanmalıdır (97). Cochran q test istatistiğinin 42,429 ve p değerinin 0,126 olduğu saptanmıştır. Bu sonuç 10 uzmanın 34 soruya ilişkin uygundur şeklindeki beyanları arasında farklılığın olmadığını göstermektedir.

3.7.2. Zamana Göre Değişmezliği

Tablo 3.2. Aile planlaması tutum ölçeği ve alt boyutlarının test ve tekrar test puan ortalamalarının karşılaştırılması ve korelasyonları

Ölçek ve Alt Boyutları	Aile Planlaması Tutum Ölçeği		Analiz Sonuçları	
	Puan Ortalaması(n=30)		Sınıf İçi Korelasyon Katsayıları	p
	İlk Uygulama X ± SS	İkinci Uygulama X ± SS		
Toplam Ölçek	123,70 ±14,71	123,63 ±14,63	0,945 (0,722-1)	0,000
Aile planlaması (1-15)	54,26 ±9,20	54,20 ±9,41	0,930 (0,882-1)	0,000
Orijinal Ölçeğin Alt Boyutları	Yöntem (16-26)	39,36 ±5,13 39,43 ±5,34	0,903 (0,847-0,990)	0,000
	Gebelik (27-34)	30,06 ±4,19 30,00 ±4,10	0,926 (0,722-1)	0,000

Çalışmada ölçüm güvenilirliği kestiriminde test tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Cronbach alpha ve korelasyon değerlendiriciler arası tutarlılığı ölçmek için kullanılır (99). Cronbach alpha katsayısı da güvenilirliğin kestirimde kullanılan ölçülerden biridir (94). Hesaplanan bu sayı güvenilirlik katsayısı olarak kabul edilir. Bu sayı +1'e ne kadar yakınsa güvenilirlik de o kadar yüksektir (92). Uzmanların görüş birliğine vardığı ölçeğin son şekli ön uygulama için seçilen örneklem ile aynı özelliklere sahip 30 kişilik bir gruba uygulanmış ve aynı test 4-6 hafta sonra tekrarlanmıştır. 34 maddelik orijinal ölçeğin ve alt boyutlarının alınan

test-tekrar test puan ortalamaları (Tablo 3.2) ile sınıf içi korelasyon ve Cronbach alpha değerleri ile hesaplanmıştır (Tablo 3.3). Cronbach alpha değerinin yorumu testin güvenilirliği hakkında bilgi vermektedir. Ölçeklerde test- tekrar test puanları arasındaki korelasyon katsayısının en az 0,70 olması istenir (99). Bu uygulama sonrası ölçeğin anlaşılabilirliği ile ilgili herhangi bir olumsuz geri dönüş olmamıştır. Daha sonra ölçek seçilen örneklemin tamamına uygulanmıştır. Ayrıca ön uygulama yapılan grubun verileri araştırma kapsamına alınmamıştır ve bu gruba tekrar ölçek uygulanmamıştır.

Tablo 3.3. Aile planlaması tutum ölçeğinin ön çalışmadaki iç tutarlılığı (n=30)

KİŞİLER	ICC	YORUM
KİŞİ 1	0,911	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 2	0,849	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 3	0,926	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 4	0,985	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 5	1,000	Mükemmel güvenirlige sahip olduğu görüldü.
KİŞİ 6	1,000	Mükemmel güvenirlige sahip olduğu görüldü.
KİŞİ 7	0,889	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 8	0,971	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 9	0,993	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 10	0,864	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 11	1,000	Mükemmel güvenirlige sahip olduğu görüldü.
KİŞİ 12	1,000	Mükemmel güvenirlige sahip olduğu görüldü.
KİŞİ 13	1,000	Mükemmel güvenirlige sahip olduğu görüldü.
KİŞİ 14	1,000	Mükemmel güvenirlige sahip olduğu görüldü.
KİŞİ 15	1,000	Mükemmel güvenirlige sahip olduğu görüldü.
KİŞİ 16	1,000	Mükemmel güvenirlige sahip olduğu görüldü.
KİŞİ 17	0,873	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 18	0,942	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 19	0,970	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 20	0,868	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 21	0,928	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 22	1,000	Mükemmel güvenirlige sahip olduğu görüldü.
KİŞİ 23	0,686	Güvenilirdir.
KİŞİ 24	0,916	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 25	1,000	Mükemmel güvenirlige sahip olduğu görüldü.

KİŞİ 26	1,000	Mükemmel güvenilirliğe sahip olduğu görüldü.
KİŞİ 27	1,000	Mükemmel güvenilirliğe sahip olduğu görüldü.
KİŞİ 28	0,995	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 29	0,926	Testin ölçümlerinin güvenilirliği yüksektir.
KİŞİ 30	1,000	Mükemmel güvenilirliğe sahip olduğu görüldü.

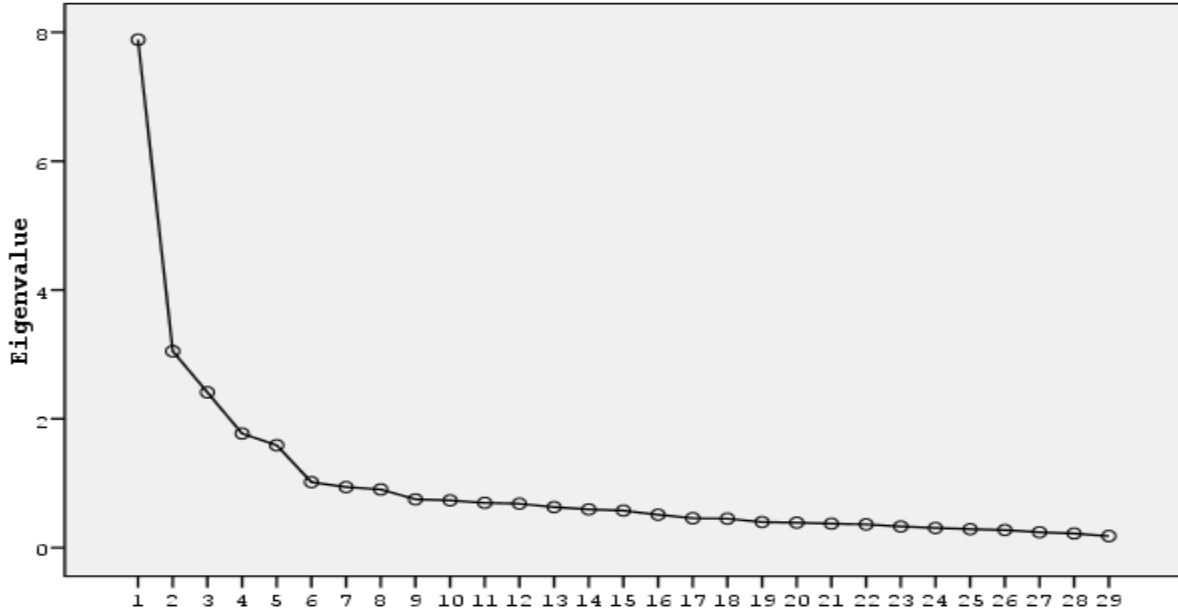
(ICC: Korelasyon katsayısı)

3.7.3. Yapı Geçerliliği

Ölçeğin Arapça'ya uyarlanması için yapı geçerliliği için faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi ölçek maddelerinin birbirleri ile ilişkili değişkenlerin, farklı alt gruplar altında toplamak için kullanılır. Amaç ortak faktörleri oluşturmaktır (101). Öz değerleri birden büyük faktör tespit edilmiştir. Döndürme yöntemini kullanmadan önce hangi tür döndürmenin seçileceğini belirlemek amacıyla faktörler arası korelasyonlara bakılmış ve faktörler arasında herhangi bir ilişki olmadığı görülerek Varimax dik döndürme tekniğinin kullanılmasına karar verilmiştir.

Analiz sırasında, faktör yük değeri 0,45 ya da daha yüksek olanlar analize alınmış, altında bulunan maddeler analizden çıkarılmıştır. Ayrıca birden fazla faktörde 0,1'den daha az bir farkla yer alan herhangi bir madde, binişik bir madde olarak değerlendirildiğinden, bu özellikteki maddeler de ölçekten çıkarılmıştır (96). Otuz dört madde ile başlanan faktör analizinin sonuçları incelendiğinde ölçeğin toplam varyansın %62'sini açıklayan öz değeri 1'den büyük 8 faktörde toplandığı, bazı değişkenlerin birden fazla faktörde belirlediği, bazı değişkenlerin hiçbir faktörde kuvvetli faktör yükü oluşturamadığı ve bazı faktörlerin sadece bir tane değişkene sahip olduğu görülmüştür. Böyle durumlarda; çok faktörlü bir yapıda maddelerin yorumlanamayacağı ve maddelerin çok fazla dağılacağı nedeniyle faktör sayısının azaltılması gerekir (96). Bunun için öz değerine dayalı olan Scree Plot testi yapılarak ve grafik eğrisinin düzleşerek devam ettiği nokta bulunur ve kaç faktör olduğu sayılır. Grafiğinin incelendiğinde ölçeğin kırılma indeksinin 5 olarak saptanması nedeniyle faktör sayısının beş ile sınırlandırılması uygun bulundu (Resim 3.1).

Resim 3.1. Maddelerin faktör yüklerinin değerlendirilmesi (Scree Plot Testi)



Analiz sonucunda 9, 10, 11, 21 ve 32. soruların herhangi bir faktöre girmemesi sebebiyle ilk önce sorular teker teker çıkarılıp analiz yapılmış fakat sorun olması sebebiyle sorun çıkartan sorulara bütün kombinasyonlar denenmiş; analiz yenilenmiştir. Fakat sorun olmasından dolayı herhangi bir faktöre dâhil olmayan 9, 10, 11, 21 ve 32. maddeler analiz dışında tutulmuş ve model 29 maddelik 5 faktörlü yapı elde edilmiştir. Sonuç olarak aile planlamasına yönelik tutum ölçeği için yeterli düzeyde toplam varyans elde edilmiştir. Ölçek maddelerinin alt boyutlarındaki temel bileşenler analizinde faktör yük değerleri orta ve yüksek seviyede bulunmuştur. Analizler sonucunda aile planlamasına yönelik tutum ölçeği yapı geçerliliğinin uygun olduğu ortaya konulmuştur. Faktörlerin bulunma işleminde temel bileşenler metodu kullanılmış ve faktör analizleri sonrası toplam varyansın %57,615'ini açıklayan ve özdeğerleri birden büyük olan beş faktörlü yapı ayrıntılı olarak tabloda verilmiştir (Tablo 3.4).

Tablo 3.4. Aile planlaması tutum ölçeği ve alt boyutlarının açıklama oranları

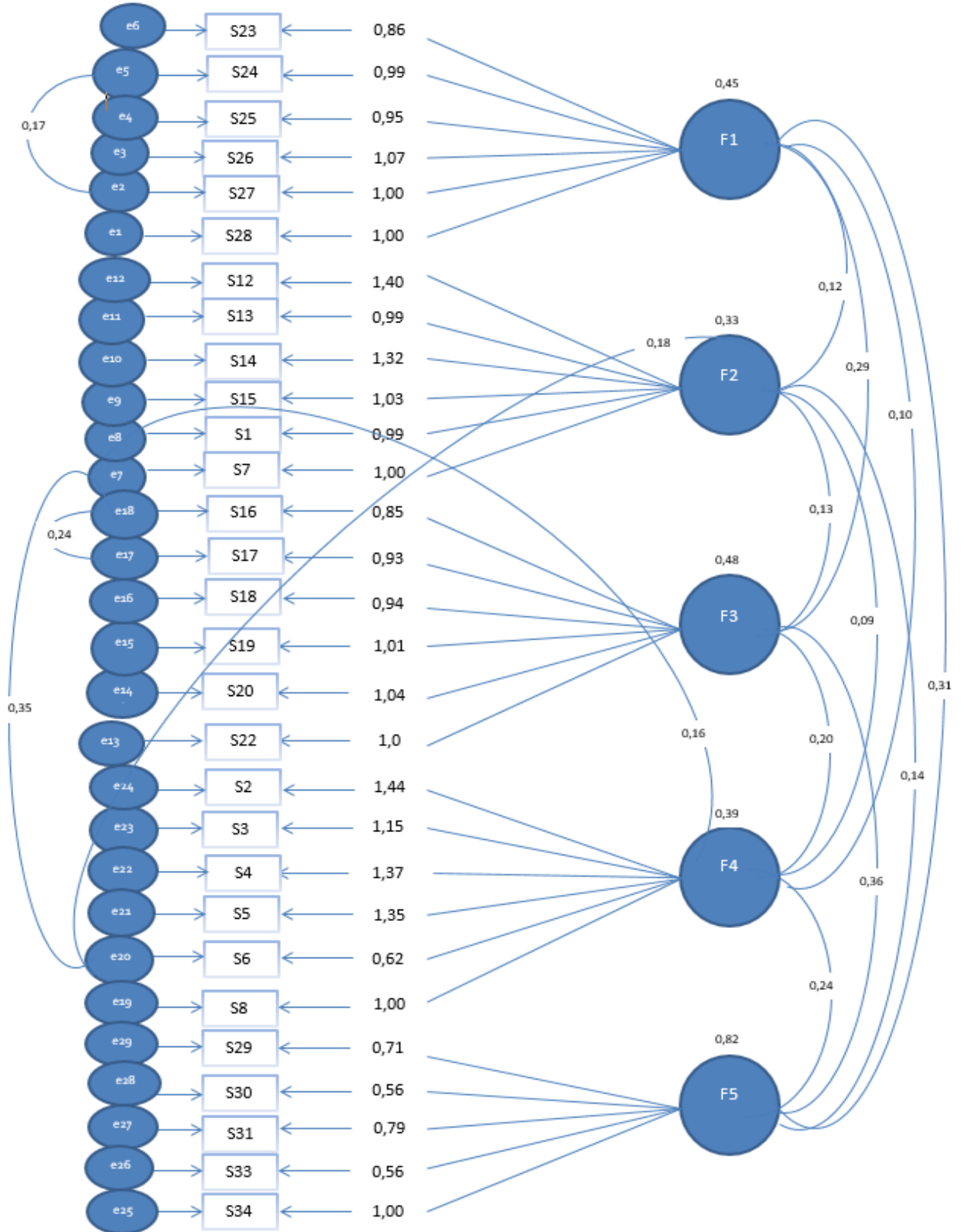
Faktörler	Temel Bileşenler Analizindeki Faktör Yük Değerleri	Faktörlerin Varyansları Açıklama Oranları
Üreme Sağlığına İlişkin Tutum (23, 24, 25, 26, 27, 28)	0,714	%27,194
	0,796	
	0,820	
	0,766	
	0,493	
	0,583	
Cinsiyete İlişkin Tutum (1,7, 12, 13, 14, 15)	0,838	%10,515
	0,532	
	0,850	
	0,632	
	0,571	
	0,629	
Korunma Yöntemine İlişkin Tutum (16, 17, 18, 19, 20, 22)	0,614	%8,315
	0,716	
	0,759	
	0,701	
	0,585	
	0,532	
Çocuk Sahibi Olmaya İlişkin Tutum (2, 3, 4, 5, 6, 8)	0,690	%6,109
	0,744	
	0,719	
	0,631	
	0,527	
	0,633	
Gebeliğe İlişkin Tutum(29, 30, 31, 33, 34)	0,602	%5,482
	0,604	
	0,727	
	0,730	
	0,757	
Ölçeğin Açıklama Oranı		%57,615

Üreme sağlığına ilişkin tutum alt boyutu toplam varyansın %27,19'unu, Cinsiyete ilişkin tutum alt boyutu toplam varyansın %10,51'ini, korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutu toplam varyansın %8,31'ini, çocuk sahibi olmaya ilişkin alt boyutu toplam varyansın

%6,10'unu, gebeliğe ilişkin tutum alt boyutu toplam varyansın %5,48'ini açıklamaktadır. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda üreme sağlığına ilişkin tutum alt boyutunun faktör yükleri 0,58-0,82 arasında, cinsiyete ilişkin tutum alt boyutunun faktör yükleri 0,53-0,85 arasında, korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutunun faktör yükleri 0,53-0,75 arasında, çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum alt boyutunun faktör yükleri 0,52-0,74 arasında, gebeliğe ilişkin tutum alt boyutunun faktör yükleri 0,60- 0,75 arasında olduğu saptanmıştır. Aile planlamasına yönelik tutum ölçeğinin açıklayıcı analizi öncesinde Barlett testi sonucu $X^2 = 4183,882$ ve Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO),866 çıkmıştır. Bu sonuca göre $p < 0,05$ olarak bulunmuştur. Bu durumda H_0 hipotezi red edilir ve alternatif hipotez kabul edilir. Yani değişkenler arasında yüksek korelasyon vardır.

Ölçeğin geçerlik çalışmaları belirtilen ve uzmanlar tarafından kabul gören APTÖ'nün özgün yapısı DFA ile sınanmıştır. İlk olarak özgün ölçekle belirtilen 5 faktörlü model için uyum istatistikleri hesaplanmıştır. Analiz sonuçlarına bakıldığında χ^2 / sd oranının 2,541 çıkması dolayısıyla 2 ve 5 arasında olduğundan modelin kabul edilebilir olduğunu göstermektedir. Uyum indeksleri değerlerine bakıldığında, RMSEA=0,07; GFI=0,85; AGFI=0,80; CFI=0,85; RMR=0,08; SRMR=0,07 olarak hesaplanmıştır. Bu indekslerden RMSEA, RMR ve SRMR'nin 0'a yakın değerler vermesi beklenir. Sonucunda 0,05'e eşit ya da küçük olması çok iyi bir uyum olduğunu gösterir. Çalışma için bulunan GFI=0,85 ve AGFI=0,80 değerlerinin 0,90'a yakın olmasından dolayı kabul edilebilir. Artmalı uyum indeksi olan CFI değerinin 0,95 üstü olması çok iyi uyumu 0,90-0,95 arasında olması kabul edilebilir uyumu göstermektedir. Bu çalışmada kurulan en iyi model için hesaplanan CFI (0,85) değerini genel olarak kabul edilen değer altında olmasına rağmen, modelin karmaşıklığı ve modifikasyon sonucu daha iyi bir sonuç elde edilemediğinden kabul edilebilir olduğu söylenebilir.

Resim 3.2. Aile planlaması tutum ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi



Tablo 3.5. Aile planlaması tutum ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri

UYUM ÖLÇÜLERİ	HESAPLANAN DEĞER	KABUL EDİLEBİLİR DEĞERLER	UYUM DURUMU
χ^2	920,001	$p>0,05$	
sd	362	-	
χ^2/sd	2,541	<5	Kabul edilebilir uyum
GFI	0,85	>0,90	Kabul edilebilir uyum
AGFI	0,80	>0,90	Kabul edilebilir uyum
CFI	0,85	>0,90	Kabul edilebilir uyum
RMSEA	0,07	<0,08	Kabul edilebilir uyum
RMR	0,08	<0,08	Kabul edilebilir uyum
SRMR	0,07	<0,08	Kabul edilebilir uyum

Şekildeki alt boyutlar ile maddeler arasındaki sayılar açıklayıcı faktör analizindeki faktör yüklerine denk düşen değerlerdir, bu değerlere yol katsayıları da denilmektedir. Bir anlamda bu değerler (faktör yükleri) her bir maddenin kendi boyutunun ne kadar iyi bir temsilcisi olduğuna ilişkin bilgi verir, değer ne kadar yüksek ise ilişki o kadar güçlüdür, yani o kadar iyi temsil eder.

3.7.4. İç Tutarlılığı

Kullanılan ölçeğin maddelerinin birbirleri ile tutarlılığını belirleyen Cronbach alpha katsayısı bire yaklaştıkça verinin güvenilirliği artar. Cronbach α katsayısı 0,80-1,00 arasında yüksek derecede güvenilir; 0,60-0,79 arasında ise oldukça güvenilir; 0,40-0,59 α katsayısı arasında ise düşük güvenilirlikte ve 0,40'dan küçük ise ölçeğin güvenilir olmadığı kabul edilir (83,92,95). Faktör analizi sonucu 5 faktöre ayrılan ölçeğin cronbach's alfa katsayıları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 3.6).

Tablo 3.6. Aile planlaması tutum ölçeğinin faktör yapısı

MADDELER	FAKTÖRLER				
	1	2	3	4	5
25.Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybederler	0,820				
24.Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz	0,796				
26.Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur/erkekleşir	0,766				
23.Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz	0,714				
28.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum.	0,583				
27.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	0,493				
14.Erkek adamın erkek oğlu olur		0,850			
12.Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir		0,838			
15.Kız çocuk varsa çocuğum var denilir		0,632			
7.Kadının asli görevi doğurmaktır özdeyişi doğrudur		0,629			
1.Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir		0,571			
13.Erkek adamın erkek damadı olur		0,532			
18.Spiralin mideye kaçacağından korkulur			0,759		
17.Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır			0,716		
19.Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur			0,701		
16.Spiral baş ağrısı yapar			0,614		
20.Doğum kontrol yönteminin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür			0,585		
22.Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zorunludur			0,532		
3.Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler				0,744	
4.Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur				0,719	
2.Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar				0,690	
8.Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır				0,633	
5.Ailede çok çocuk olması, gelecekte kardeşlerinin birbirini destekleyeceği anlamına gelir				0,631	
6.Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır				0,527	
34.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum					0,757
33.Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir					0,730
31.Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir					0,727
30.Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip eder					0,604
29.Gebelik kadını çekici hale getirir					0,602

Üreme sağlığına ilişkin tutum alt boyutu için 0,83; cinsiyete ilişkin tutum alt boyutu için 0,80; korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutu için 0,83; çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum

alt boyutu için 0,78; gebeliğe ilişkin tutum alt boyutunun için 0,78 olarak belirlenmiştir (Tablo 3.7). Ölçeğin Arapça formunun cronbach α katsayısı 0,89 ve orijinal ölçeğin cronbach α katsayısı 0,90 olup birbirine yakın değerlerdedir. Ölçeğin toplam cronbach α değerinin yüksek düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu alt boyutlarının da 0,78'in üstünde olması oldukça güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir. Yani bu ölçeğin bu tarz bir çalışmada veri toplayıp kullanmak ve sonuç elde edebilmek için uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.7. Aile planlaması tutum ölçeğinin ve maddelerinin cronbach alfa güvenilirlik katsayıları

Ölçek ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Alınabilecek Alt-Üst Puanlar	X \pm SS	Cronbach α Güvenirlik Katsayısı
Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği	29	29-145	101,74 \pm 15,55	0,897
Üreme Sağlığına İlişkin Tutum 23,24,25,26,27,28	6	6-30	19,11 \pm 4,25	0,833
Cinsiyete İlişkin Tutum 12,13,14,15,1,7	6	6-30	24,43 \pm 4,24	0,809
Korunma Yöntemine İlişkin Tutum 16,17,18,19,20,22	6	6-30	19,95 \pm 4,48	0,833
Çocuk Sahibi Olmaya İlişkin Tutum 2,3,4,5,6,8	6	6-30	21,06 \pm 5,07	0,785
Gebeliğe İlişkin Tutum 29,30,31,33,34	5	5-25	17,17 \pm 3,98	0,784

Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin güvenilirlik analizleri için 29 madde olan ölçek madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde (n=320), korelasyon kat sayılarının 0,30-0,57 arasında dağılım gösterdiği ve tüm maddelerde istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.8).

Tablo 3.8. Aile planlamasına yönelik tutum ölçek maddelerinin madde-toplam puan korelasyon analizi

Maddeler	Toplam Puan Korelasyonları	
	r	p
1. Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir	0,464	0,000
2. Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar	0,529	0,000
3. Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler	0,384	0,000
4. Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur	0,509	0,000
5. Ailede çok çocuk olması, gelecekte kardeşlerinin birbirini destekleyeceği anlamına gelir	0,494	0,000
6. Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır	0,304	0,000
7. Kadının asli görevi doğurmaktır özdeyişi doğrudur	0,389	0,000
8. Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır	0,336	0,000
12. Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir	0,384	0,000
13. Erkek adamın erkek damadı olur	0,491	0,000
14. Erkek adamın erkek oğlu olur	0,365	0,000
15. Kız çocuk varsa çocuğum var denilir	0,329	0,000
16. Spiral baş ağrısı yapar	0,527	0,000
17. Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır	0,561	0,000
18. Spiralin mideye kaçacağından korkulur	0,407	0,000
19. Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur	0,517	0,000
20. Doğum kontrol yönteminin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür	0,575	0,000
22. Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zorunludur	0,551	0,000
23. Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz	0,532	0,000
24. Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz	0,450	0,000
25. Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybederler	0,519	0,000
26. Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur/erkekleşir	0,567	0,000
27. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	0,520	0,000

28. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	0,417	0,000
29. Gebelik kadını çekici hale getirir	0,462	0,000
30. Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip eder	0,364	0,000
31. Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir	0,477	0,000
33. Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir	0,438	0,000
34. Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum	0,523	0,000

Aile planlamasına yönelik tutum ölçek madde-alt boyut puan korelasyonları incelendiğinde üreme sağlığına ilişkin tutum alt boyutunun korelasyon katsayılarının 0,50-0,74; cinsiyete ilişkin tutum alt boyutunun korelasyon katsayılarının 0,48-0,71; korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutunun korelasyon katsayılarının 0,56-0,64; çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum alt boyutunun korelasyon katsayılarının 0,37-0,65; gebeliğe ilişkin tutum alt boyutu korelasyon katsayılarının ise 0,43-0,65 arasında ve istatistiksel olarak da anlamlı düzeyde ($p<0,001$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.9).

Tablo 3.9. Aile planlamasına yönelik tutum ölçek madde-alt boyut puan korelasyon analizi (n=320)

	Maddeler	Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları	
		R	p
Üreme Sağlığına İlişkin Tutum	23.Kanalarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz	0,617	0,000
	24.Kanalarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz	0,637	0,000
	25.Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybederler	0,742	0,000
	26.Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur/erkekleşir	0,733	0,000
	27.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	0,503	0,000
	28.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	0,545	0,000
Cinsiyete İlişkin Tutum	12.Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir	0,712	0,000
	13.Erkek adamın erkek damadı olur	0,486	0,000
	14.Erkek adamın erkek oğlu olur	0,710	0,000
	15.Kız çocuk varsa çocuğum var denilir	0,509	0,000
	1.Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir	0,507	0,000
	7.Kadının asli görevi doğurmaktır özdeyişi doğrudur	0,523	0,000
Korunma Yöntemine İlişkin Tutum	16.Spiral baş ağrısı yapar	0,569	0,000
	17.Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır	0,647	0,000
	18.Spiralin mideye kaçacağından korkulur	0,603	0,000
	19.Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur	0,622	0,000
	20.Doğum kontrol yönteminin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür	0,625	0,000
	22.Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur	0,563	0,000
Çocuk Sahibi Olmaya İlişkin Tutum	2.Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar	0,611	0,000
	3.Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler	0,602	0,000
	4.Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur	0,651	0,000
	5.Ailede çok çocuk olması, gelecekte kardeşlerinin birbirini destekleyeceği anlamına gelir	0,547	0,000
	6.Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır	0,373	0,000
	8.Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır	0,451	0,000
Gebeliğe İlişkin Tutum	29.Gebelik kadını çekici hale getirir	0,505	0,000
	30.Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip eder	0,438	0,000
	31.Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir	0,609	0,000
	33.Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir	0,603	0,000
	34.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum	0,653	0,000

Aile planlamasının tutum ölçek alt boyutlarının toplam ölçek puan ortalaması korelasyonları incelendiğinde, üreme sağlığına ilişkin tutum alt boyutunun toplam ölçek ile korelasyonu pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,72$; $p=0,000$). Cinsiyete ilişkin tutum alt boyutunun toplam ölçek ile korelasyonu pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r= 0,63$; $p=0,000$). Korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutunun toplam ölçek ile korelasyonu pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($r= 0,77$; $p=0,000$). Çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum alt boyutunun toplam ölçek puanı ile korelasyonu pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($r= 0,70$; $p=0,000$). Gebeliğe ilişkin tutum duyarlılık alt boyutunun toplam ölçek puanı ile korelasyonu pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($r=0,69$; $p=0,000$). Bu sonuçlar, aile planlamasına yönelik tutum ölçeğinin bütün maddelerinin kendi alt boyutlarının toplam puanı ile yeterli korelasyona sahip olduğunu ve alt boyutlarının da madde güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir (Tablo 3.9).

Aile planlaması tutum ölçeğinin alt boyutlarının toplam ölçek puanları ile korelasyonları incelendiğinde, üreme sağlığına ($r=0,72$; $p=0,000$), cinsiyete ($r=0,63$; $p=0,000$), korunma yöntemine ($r=0,77$; $p=0,000$), çocuk sahibi olmaya ($r=0,703$; $p=0,000$), gebeliğe ($r=0,692$; $p=0,000$) ilişkin tutum alt boyutlarının toplam ölçek puanı ile korelasyonu pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3.10).

Tablo 3.10. Aile planlamasına yönelik tutum ölçeğinin alt boyutlarının toplam ölçek puanları ile korelasyonları (n:320)

Ölçek Alt Boyutları	Ölçek Toplam Puan ile Alt Boyutlar Puanları Arasındaki İlişki	
	r	p
Üreme Sağlığına İlişkin Tutum	0,724	0,000
Cinsiyete İlişkin Tutum	0,638	0,000
Korunma Yöntemine İlişkin Tutum	0,770	0,000
Çocuk Sahibi Olmaya İlişkin Tutum	0,703	0,000
Gebeliğe İlişkin Tutum	0,692	0,000

3.7.5. Tepki Yanlılığı

Tepki yanlılığı katılımcıların sorulara vereceği cevaba eğiliminin olması (grubun ya da toplumun kabul edilmiş görüşlerinden etkilenmesi) ve bu durumun araştırmacıyı yanıltabileceğidir (101). Araştırmada aile planlamasına yönelik tutum ölçeğindeki maddeleri eksiksiz dolduran kişilerin, ölçeğin maddelerine verdikleri tepkinin eşit olup olmadığı Hotelling T² testi ile değerlendirilmiştir. Bu test ile aile tutum ölçeği Hotelling T²=617,721 p=0,000 olarak belirlenmiştir. Ölçekte tepki yanlılığı yoktur.

3.8. VERİ DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Geçerlilik için;

Dil Geçerliliği

Güvenirlilik için

Zamana Göre Değişmezliği
Yapı geçerliliği
İç Tutarlılığı
Tepki yanlılığı

- Aritmetik ortalama
- Cochran Q test
- Kapsam Analizi
- Kendall's W Değeri
- Korelasyon Analizi
- Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı
- Madde Toplam Korelasyonu
- Test-retest analizi
- Açıklayıcı Faktör Analizi
- Doğrulayıcı Faktör Analizi
- Hotelling T² testi
- Yüzde, Ortalama, Standart Sapma
- Student t testi, tek yönlü varyans analizi
- İki yönlü manova analizi general model (multivarite)
- Varyansların eşitliği ve homojenliği için Levene Testi

Ankete İlişkin Verilerin Analizi

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerde ortalama ve standart sapma, uzman görüşlerinin uyumluluk analizi için uygunluk frekans dağılımı, Cochran q testi ve hakemler arasında sorulara verilen uygunluk oranlarının farklılık göstermediğini ortaya koyan p değeri, kapsam geçerlilik indeksi ve Kendall W değeri hesaplanmıştır. Verilerin analizinde Cronbach

alpha ve korelasyon değerlendiriciler arası tutarlılığı ölçmek için ölçüm güvenirliliği kestiriminde test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçek ve alt boyutların iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach α katsayısı, madde-faktör ilişkisinin belirlenmesi için açıklayıcı faktör analizi, bağımsız gözlemciler arası uyum için sınıf içi korelasyon (ICC katsayısı) analizi, ölçek alt boyutlarının toplam ölçek puanıyla korelasyonlarının belirlenmesi için korelasyon analizi yapılmıştır. Basit yapıya ulaşmak ve olumsuzlukları ortadan kaldırmak için faktör döndürme yöntemi kullanılmış, hangi tür döndürmenin seçileceğini belirlemek amacıyla faktörler arası korelasyonlara bakılmış ve faktörler arasında herhangi bir ilişki olmadığı görülerek Varimax dik döndürme tekniğini ve Scree Plot testi uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Versiyon 15.0 istatistiki paket programından yararlanılmıştır ve hata payı $p < 0,05$ olarak alınmıştır. Özetle çalışma; ölçeğin hedef dil olan Arapça'ya çevrilmesi, hedef dilden Türkçe olan orijinal dile geri çevrilmesi, uzman görüşlerinin alınması ile ölçeğin son halinin güvenilirliğinin ve geçerliliği değerlendirilmiştir. Ayrıca ankete ilişkin verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda student t testi, bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplarda iki yönlü manova analizi general model (multivariate) kullanılmıştır.

3.9. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, tez süresi içerisinde tüm mültecilere ulaşabilme imkanı olmadığından, İstanbul'da Sultangazi bölgesinde 4 ay içerisinde izlenen örneklem ile sınırlı kalmıştır. Mülteci ve sığınmacılar ile iletişim kurabilmek için araştırma yapılırken Arapça bilme şartı gözetildiğinden diğer dilleri bilen mülteciler çalışmaya dahil edilemediğinden tüm mültecilere genellenemez.

3.10. ARAŞTIRMANIN PLANI

Literatür tarama	Şubat - Haziran 2018
Tez Önerisi Hazırlama	Haziran 2018
Etik Kurul İzni Alınması	Temmuz 2018
Veri toplanacak kurumlardan izin alınması	Eylül- Kasım 2018
Uzman görüşünün alınması ve ölçeğin son şeklinin verilmesi	Aralık 2018
Veri toplama	Ocak – Nisan 2019
Veri analizi ve rapor yazma	Nisan- Mayıs 2019
Tezin hazırlanması ve raporlanması	Mayıs –Haziran 2019
Tez savunma sınavı	Kasım 2019

4. BULGULAR

Türkçe geliştirilmiş olan Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin, Arapça geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada ulaşılan bulgular 2 bölümde ele alınmıştır.

1. Bölüm: Katılımcılara İlişkin Bulgular

- ✓ Katılımcıları tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- ✓ Katılımcıları obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular
- ✓ Katılımcıların aile planlamasına ilişkin bulguları

2. Bölüm: Katılımcıların Aile Planlanmasına Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular

- ✓ Kadınların aile planlamasına yönelik tutum ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları ile tanımlayıcı özellikleri arasındaki farka ilişkin bulgular
- ✓ Kadınların aile planlamasına yönelik tutum ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları ile obstetrik ve aile planlaması özellikleri arasındaki farka ilişkin bulgular

4.1. KATILIMCILARA İLİŞKİN BULGULAR

4.1.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular (n:320)

Sosyodemografik Veriler	n (Sayı)	% (Yüzde)
Yaş ortalaması (min-max:15-49)	30,1±8,6	
Yaş		
15-19 yaş	31	9,7
20-24 yaş	56	17,5
25-29 yaş	96	30,0
30-34 yaş	46	14,4
35-39 yaş	37	11,6
40-44 yaş	31	9,7
44-49 yaş	23	7,2

Eğitim		
İlkokul	153	47,8
Ortaokul	74	23,1
Lise	55	17,2
Lisans ve Lisansüstü	38	11,9
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	118	36,9
Çalışmıyor	202	63,1
Hangi Ülkeden Geldi		
Suriye	320	100
Kaç Yıldır Türkiye’de Yaşıyor		
1 yıl	7	2,2
2 yıl	93	29,1
3 yıl	27	8,4
4 yıl	63	19,7
5 yıl ve üstü	130	40,6
İlk Evlenme Yaşı		
15 yaş altı	27	8,4
15-19 yaş	197	61,6
20-24 yaş	66	20,6
25-29 yaş	23	7,2
30-34 yaş	7	2,2

Araştırma grubundaki kadınların yaş ortalamasının $30,1 \pm 8,6$ (min-max:15-49) olduğu; 15-19 yaş aralığında %9,7; 20-24 yaş aralığında 17,5; 25-29 yaş aralığında%30,0; 30-34 yaş aralığında %14,4; 35-39 yaş aralığında %11,6; 40-44 yaş aralığında %9,7; 45-49 yaş aralığında %7,2 olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeylerine bakıldığında %47,8’i ilkokul mezunu ve %63,1’i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Formu dolduran mülteci kadınların hepsi Suriye’den geldiğini ve %40,6’sı beş yıldan daha fazla süredir Türkiye’de yaşadığını ifade etti. Kadınların ilk evlenme yaşına bakıldığında ise %61,6’sının 15-19 yaş aralığında, %59,4’ünün 18 yaşın altında evlendiği saptanmıştır (Tablo 4.1).

4.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Katılımcıların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular

Obstetrik Özellikler	n(Sayı)	%(Yüzde)
Gebelik sayınız?		
Gebelik yok	24	7,5
1	57	17,8
2	56	17,5
3	66	20,6
4 ve üzeri	117	36,6
Daha önce düşük yaptınız mı?		
Evet	141	44,1
Hayır	179	55,9
Kaç düşük yaptınız?		
1	99	30,9
2	36	11,3
3	4	1,3
4 ve üzeri	2	0,6
Daha önce isteyerek gebeliğinizi sonlandırdınız mı?		
Evet	56	17,5
Hayır	264	82,5
Herhangi iki gebeliğiniz arasındaki en kısa süre?		
1 yıl	124	38,8
2 yıl	103	32,2
3 yıl	23	7,2
4 yıl	8	2,5
5 yıl ve üstü	6	1,9
Son gebeliğiniz planlı mıydı?		
Evet	158	49,4
Hayır	138	43,1
Çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz?		
Evet	138	43,1
Hayır	182	56,9

Çalışmaya katılan mülteci kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde; ortalama gebelik sayısının $2,6 \pm 1,33$ (min-max:0-4) olduğu, %36,6'nun dört ve üzerinde, %20,6'sının üç, %17,5'inin iki, %17,8'inin bir gebeliği olduğu ve %7,5'sinin hiç gebelik yaşamadığı saptanmıştır.

Kadınların ortalama düşük sayısının $1,55 \pm 0,49$ (min:0, max:4) olduğu, %44,1'inin düşük yaptığı ve %30,9'unun en az bir kez düşük yaptığı saptandı. İsteyerek gebeliğini

sonlandırılanların %17,5 olduğu belirlendi. Kadınların herhangi iki gebeliği arasındaki en kısa süre incelediğinde ortalama 1.74 ± 0.90 (min:0, max:6) olduğu ve %38,8'inin bir yıl sonra tekrar gebe kaldığı saptandı. Çalışmaya katılan kadınların yaklaşık yarısı son gebeliğinin plansız olduğunu (%43,1) ve tekrar çocuk sahibi olmayı düşünmediklerini (%56,9) ifade ettiler (Tablo 4.2).

4.1.3. Katılımcıların Aile Planlaması Özelliklerine İlişkin Bulguları

Tablo 4.3. Katılımcıların aile planlamasına ilişkin bulguları

Aile planlaması	n (Sayı)	% (Yüzde)
Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?		
Evet	214	66,9
Hayır	106	33,1
Aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleriniz nelerdir?		
Eşim istemiyor	13	10,4
Yöntemler hakkında bilgim yok	4	3,2
Kilo aldırıyor	5	4,0
Kanamamı artırıyor	5	4,0
Çocuk istiyorum	50	40,8
Ekonomik gücüm yok	10	8,0
Ücretsiz temin edebileceğim sağlık merkezi yok	1	0,8
Halen gebe	13	10,4
Sağlığına zararlı (Tıbbi kontrendikasyon)	10	8,0
Emzirdiği için hamile kalmayacağını düşünüyorum	3	2,4
Diğer	11	8,8
Seçtiğiniz yöntemi tercih etme nedeninizi işaretleyiniz?		
Daha sağlıklı	63	21,1
Çocuk emziriyorum	25	8,4
Daha güvenilir	47	15,7
Kullanımı kolay	31	10,4
Çocuk istemiyorum	70	23,4
Uzman sağlık personeli tavsiyesi etti	22	7,4
Eşim korunmamı istiyor	27	9,0
Âdetimin düzelmesi için	5	1,7
Diğer	9	3,0
Şimdiye kadar kullandığınız korunma yöntemlerini işaretleyiniz ?		
Ria (Spiral)	121	39,5
Hap	46	15,0
Kondom	58	19,0
Enjektabl	9	2,9
Norplant		1,0

Geri çekme	3	2,0
Takvim	6	9,2
LAM	28	5,2
Vajinal duş	16	4,2
Diğer	13	2,0
	6	
Aile planlanması yöntemleri sizce etkili mi?		
Etkili	297	92,8
Etkili değil	23	7,2
Gebeliği önleyici yöntem karar verirken eşinize danışıyor musunuz?		
Evet	278	86,9
Hayır	42	13,1
Türkiye' deki herhangi bir sağlık personelinden (ebe, hemşire, doktor) korunma yöntemlerine yönelik kullanımı ve özellikleri ile ilgili bilgilendirildiniz mi?		
Evet	162	50,6
Hayır	158	49,4
Danışmanlık aldıktan sonra yöntem kullanmaya başladınız mı?		
Evet	136	42,5
Hayır	26	8,1
Korunma yöntemleri konusundaki bilgilere nasıl ulaştınız?		
Okul	7	2,7
Kitap – Dergi	12	4,5
İnternet-TV	26	9,8
Doktor	143	54,2
Ebe	52	19,7
Hemşire	14	5,3
Diğer	10	3,8
Korunma yöntemlerini nereden temin ettiniz?		
Devlet Hastanesi	50	22,0
Aile Hekimliği	55	24,2
Üreme Sağlığı Merkezi	50	22,0
Göçmen Sağlığı Merkezi	44	19,4
Diğer	28	12,3
Yöntemi temin etme yerini tercih nedeniniz?		
Ulaşım kolaylığı	33	14,9
Düşük maliyet/ucuz	24	10,9
Ücretsiz	93	42,1
Hizmet daha iyi	45	20,4
Sadece orada temin edebiliyorum	26	11,8

Çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlası (%66,9) korunma yöntemi kullanmaktadır. Şimdiye kadar kullandıkları yöntemler arasında RİA (%39,5), kondom (%19), hap (%15), takvim (%9,2), LAM (%5,2), vajinal duş (%4,2), enjeksiyon (%2,9), geri çekme (%2) yöntemleri bulunmaktadır (Tablo 4.3). Yöntem kullanan kadınların; çocuk istemediği

(%23,4), daha sağlıklı (%21,1) ve daha güvenilir (%17,7) olduğunu düşündüğü için, kullanımının kolaylığı (%10,4), eşinin korunmasını istediği (%9); uzman sağlık personeli önerdiğinden (%7,4) tercih etmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri incelendiğinde; çocuk istemesi (%40), eşinin yöntem kullanmaya izin vermemesi (%10,4), ekonomik gücünün olmaması (%8), halen gebe olması (%10,4), sağlığına zararlı olması (%8), kilo aldırıldığını düşünmesi (%4), yöntemler hakkında bilgisinin olmaması (%3,2), kanamasını artırması (%4) ve emzirme döneminde olması (%2,4) nedeniyle korunmadıklarını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu aile planlanması yöntemlerinin etkili olduğunu (%92,8) düşünmekte ve gebeliği önleyici yönteme karar verirken eşine (%86,9) danışmaktadır. Çalışmaya katılan kadınların yarısı (%50,6) Türkiye'deki herhangi bir sağlık personelinde (ebe, hemşire, doktor) korunma yöntemlerine yönelik kullanımı ve özellikleri ile ilgili bilgilendirildiğini belirtmiştir. Danışmanlık aldıktan sonra birçoğu (%42,5) yöntem kullanmaya başlamıştır.

Çalışmaya katılan kadınların korunma yöntemine ilişkin en çok doktordan (%54,2) ve ebeden (%17,2) bilgi aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca korunma yöntemlerini Aile Hekimliği (%24,2), Devlet Hastanesi (%22), Üreme sağlığı Merkezi (%22) ve Göçmen Sağlığı Merkezi (%19,4)'inden temin ettikleri saptanmıştır. Temin edilen yeri seçmelerinin en büyük nedeni ücretsiz (%42,1) olmasıdır.

4.2. KATILIMCILARIN AİLE PLANLANMASINA YÖNELİK TUTUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.4. Aile planlaması tutum ölçeğinin alt boyutlarının ortalamaları (n=320)

Maddeler	Min.	Max.	X	SS
Üreme Sağlığına İlişkin Tutum				
1.Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz	1	5	3,2250	0,80710
2.Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz	1	5	3,3063	0,84540
3.Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybederler	1	5	3,2813	0,77315
4.Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur/erkekleşir	1	5	3,3094	0,87166
5.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	1	5	3,1625	1,17651
6.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum	1	5	2,8344	1,19327
Cinsiyete İlişkin Tutum				
1. Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir	1	5	4,2219	1,03731
2.Kadının asli görevi doğurmaktır özdeyişi doğrudur	1	5	3,9906	1,02778
3.Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir	1	5	4,2063	0,93753
4.Erkek adamın erkek damadı olur	1	5	3,9125	1,02561
5.Erkek adamın erkek oğlu olur	1	5	4,1719	0,89153
6.Kız çocuk varsa çocuğum var denilir	1	5	3,9313	1,00233
Korunma Yöntemine İlişkin Tutum				
1.Spiral baş ağrısı yapar	1	5	3,4094	1,02534
2.Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır	1	5	3,4719	0,99803
3.Spiralin mideye kaçacağından korkulur	1	5	3,3844	1,03500
4.Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur	1	5	3,2031	1,02293
5.Doğum kontrol yönteminin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür	1	5	3,3688	0,98019
6.Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur	1	5	3,1156	1,01203

Çocuk Sahibi Olmaya İlişkin Tutum

1.Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar	1	5	3,5156	1,23928
2.Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler	1	5	3,7531	1,10499
3.Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur	1	5	3,8000	1,14908
4.Ailede çok çocuk olması, gelecekte kardeşlerinin birbirini destekleyeceği anlamına gelir	1	5	3,2188	1,29708
5.Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır	1	5	3,7469	1,16707
6.Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır	1	5	3,0344	1,33040

Gebeliğe İlişkin Tutum

1.Gebelik kadını çekici hale getirir	1	5	3,4469	1,10725
2.Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip eder	1	5	3,5906	1,04051
3.Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir	1	5	3,4094	1,05547
4.Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir	1	5	3,4250	1,06556
5.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum	1	5	3,3094	1,16959

Üreme sağlığına ilişkin tutum ortalamasının 2,83-3,28 ve standart sapmaların 0,77-1,19; cinsiyete ilişkin tutum ortalamasının 3,91- 4,22 ve standart sapmanın 0,89-1,03; korunma yöntemine ilişkin tutum ortalamasının 3,11-3,4719 ve standart sapmaların 0,98-1,03; çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum ortalamasının 3,03-3,80 ve standart sapmaların 1,10-1,33; gebeliğe ilişkin tutum ortalamasının 3,30-3,59 ve standart sapmaların 1,04-1,16 aralığında dağılım gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.4).

4.2.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Aile Planlaması Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre aile planlaması tutum ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile karşılaştırılması

Özellikler (Bağımsız değişkenler)	APTÖ	Üreme Sağlığına İlişkin Tutum	Cinsiyete İlişkin Tutum	Korunma Yöntemine İlişkin Tutum	Çocuk Sahibi Olmaya İlişkin Tutum	Gebeliğe İlişkin Tutum
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş grupları						
15-19(n:31)	3,34±0,51	3,16±0,68	4,14±0,67	3,25±0,76	3,12±1,01	2,97±0,80
20-24(n:56)	3,63±0,56	3,36±0,81	4,07±0,59	3,43±0,82	3,73±0,81	3,57±0,71
25-29(n:96)	3,53±0,61	3,20±0,72	4,02±0,82	3,40±0,71	3,51±0,87	3,52±0,80
30-34(n:46)	3,43±0,49	3,15±0,77	3,88±0,74	3,25±0,63	3,44±0,76	3,42±0,73
35-39(n:37)	3,38±0,43	3,11±0,52	4,18±0,54	3,17±0,70	3,60±0,88	3,29±0,82
40-44(n:31)	3,50±0,49	3,03±0,67	4,26±0,58	3,27±0,81	3,54±0,80	3,36±0,85
45-49(n:23)	3,47±0,50	3,08±0,55	4,04±0,74	3,27±0,82	3,37±0,55	3,63±0,72
Test değeri (F)	1,202	1,028	1,234	0,762	0,932	2,674
p değeri	0,305	0,407	0,288	0,600	0,075	0,015*
Eğitim durumu						
İlkokul (n:153)	3,46±0,55	3,23±0,75	3,89±0,72	3,32±0,81	3,39±0,92	3,36±0,84
Ortaokul (n:74)	3,56±0,54	3,20±0,69	4,10±0,61	3,32±0,73	3,65±0,74	3,49±0,76
Lise(n:55)	3,53±0,53	3,09±0,68	4,15±0,78	3,34±0,67	3,56±0,74	3,50±0,73
Lisans ve lisansüstü (n:38)	3,55±0,43	3,09±0,57	4,23±0,67	3,30±0,56	3,63±0,76	3,50±0,73
Test değeri (F)	0,772	0,809	1,832	0,031	2,168	0,808
p değeri	0,511	0,490	0,141	0,993	0,092	0,490

Kaç yıldır Türkiye' de yaşıyorsunuz?						
1 yıl (n:7)	2,77±0,71	2,47±0,72	3,07±1,08	2,69±0,57	3,04±1,03	2,57±0,53
2 yıl (n:93)	3,59±0,55	3,34±0,73	4,00±0,71	3,52±0,78	3,59±0,79	3,50±0,79
3 yıl (n:27)	3,55±0,60	3,20±0,73	4,25±0,58	3,24±0,95	3,52±0,87	3,56±1,03
4 yıl (n:63)	3,51±0,50	3,24±0,72	4,13±0,67	3,21±0,64	3,46±0,88	3,53±0,79
5 yıl ve üstü (n:130)	3,46±0,49	3,08±0,64	4,11±0,67	3,28±0,68	3,49±0,84	3,35±0,72
Test değeri (F)	4,266	3,828	4,606	3,566	0,823	3,054
p değeri	0,002*	0,005*	0,001*	0,007*	0,511	0,017*

İlk evlenme yaşıınız?						
15 yaş altı (n:27)	3,38±0,62	3,12±0,74	3,88±0,78	3,22±0,73	3,33±0,92	3,35±0,93
15-19 (n:197)	3,49±0,55	3,19±0,73	4,06±0,71	3,28±0,79	3,54±0,84	3,38±0,81
20-24 (n:66)	3,55±0,45	3,14±0,59	4,12±0,62	3,47±0,63	3,54±0,77	3,49±0,70
25-29 (n:23)	3,62±0,47	3,34±0,80	4,38±0,58	3,39±0,66	3,27±1,00	3,73±0,72
30-34 (n:7)	3,44±0,51	3,16±0,49	3,54±0,85	3,35±0,74	3,59±0,56	3,60±0,52
Test değeri (F)	0,796	0,375	2,720	1,029	0,889	1,239
p değeri	0,528	0,826	0,030*	0,393	0,471	0,294

* $p < 0,05$ anlamlı bir fark olduğunu gösterir. H_0 red edilir.

t: Student t testi

F: Tek yönlü anova testi

- **H01:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutumu ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- **H11:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutumu ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Katılımcıların yaş gruplarına göre APTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların gebeliğe ilişkin tutum alt boyutu dışında diğer dört alt boyutun (üreme sağlığına, cinsiyete, korunma yöntemine ve çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum) puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0,05$). Yaş grubu 45-49 olan katılımcıların ($3,63 \pm 0,72$); gebeliğe ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları yaş grubu 15-19 olan katılımcılara ($2,97 \pm 0,80$) göre anlamlı olarak daha yüksektir.

- **H02:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutumu ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- **H12:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutumu ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre APTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında her beş alt boyutun puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

- **H03:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutum puanları Türkiye’de yaşadığı yıla göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- **H13:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutum puanları Türkiye’de yaşadığı yıla göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Katılımcıların kaç yıldır Türkiye’de yaşadıklarına göre APTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum alt boyutu dışındaki diğer dört alt boyutun (üreme sağlığına, cinsiyete, korunma yöntemine ve gebeliğe ilişkin tutum) puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Türkiye’de yaşama yılını iki ($3,34\pm0,73$) olarak ifade edenlerin üreme sağlığına ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları ile Türkiye’de yaşama yılını bir ($2,47\pm0,72$) olarak ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Türkiye’de yaşama yılını üç ($4,25\pm0,58$) olarak ifade edenlerin cinsiyete ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları; Türkiye’de yaşama yılını bir ($3,07\pm1,08$) olarak ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Türkiye’de yaşama yılını iki ($3,52\pm0,78$) olarak ifade edenlerin korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları Türkiye’de yaşama yılını bir ($2,69\pm0,57$) olarak ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Türkiye’de yaşama yılını üç ($3,56\pm1,03$) olarak ifade edenlerin gebeliğe ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları; Türkiye’de yaşama yılını bir ($2,57\pm0,53$) olarak ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

- **H04:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutum puanları ilk evlenme yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- **H14:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutum puanları ilk evlenme yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Katılımcıların ilk evlenme yaşına göre APTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların üreme sağlığını, korunma yöntemine, çocuk sahibi olmaya ve gebeliğe ilişkin tutum alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). İlk evlenme yaşını 25-29 ($4,38\pm0,58$) olarak ifade edenlerin cinsiyete ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları ilk evlenme yaşını 30-34 ($3,54\pm0,85$) olarak ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

4.2.2. Katılımcıların Obstetrik ve Aile Planlaması Özellikleri ile Aile Planlaması Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Katılımcıların obstetrik ve aile planlaması özelliklerine göre aile planlaması tutum ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile karşılaştırılması

Özellikler (Bağımsız değişkenler)	APTÖ ve Alt Boyutları					
	APTÖ	Üreme Sağlığına İlişkin Tutum	Cinsiyete İlişkin Tutum	Korunma Yöntemine İlişkin Tutum	Çocuk Sahibi olmaya İlişkin Tutum	Gebeliğe İlişkin Tutum
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gebelik sayısının kaçtır?						
Gebelik yok (n:24)	3,32±0,47	3,04±0,63	4,24±0,57	3,20±0,61	3,08±1,00	3,00±0,61
1 (n:57)	3,53±0,60	3,24±0,75	4,10±0,72	3,41±0,85	3,50±0,82	3,39±0,86
2 (n:56)	3,71±0,55	3,37±0,74	4,16±0,68	3,49±0,67	3,89±0,85	3,64±0,79
3 (n:66)	3,46±0,57	3,13±0,82	3,97±0,81	3,29±0,73	3,46±0,77	3,45±0,75
4 ve üzeri (n:117)	3,45±0,45	3,12±0,59	4,03±0,66	3,24±0,74	3,44±0,79	3,43±0,79
Test değeri (F)	3,327	1,63	0,999	1,425	4,938	2,889
p değeri	0,011	0,166	0,408	0,225	0,001	0,023
Son gebeliğiniz planlı mıydı?						
Evet (n:158)	3,54±0,59	3,30±0,76	3,98±0,78	3,37±0,77	3,53±0,82	3,55±0,83
Hayır (n:138)	3,49±0,47	3,08±0,62	4,14±0,61	3,28±0,73	3,56±0,82	3,36±0,75
Test değeri (t)	0,905	2,706	-1,978	0,997	-0,324	2,048

p değeri 0,366 **0,007*** **0,049*** 0,320 0,746 **0,041***

Aile planlaması yöntemi

kullanıyor musunuz?

Evet (n:214)	3,55±0,52	3,21±0,72	4,09±0,70	3,40±0,74	3,56±0,85	3,47±0,78
Hayır (n:106)	3,41±0,54	3,11±0,67	4,01±0,71	3,16±0,73	3,41±0,81	3,34±0,80
Test değeri (t)	2,19	1,19	0,221	0,637	0,534	0,367
p değeri	0,029*	0,235	0,341	0,007*	0,139	0,178

Türkiye’de herhangi bir

sağlık personelinin

korunma yöntemlerinin

kullanımı ve özellikleri

ile ilgili bilgilendirildiniz

mi?

Evet (n:158)	3,54±0,56	3,27±0,74	3,97±0,74	3,41±0,71	3,54±0,85	3,50±0,76
Hayır (n:138)	3,47±0,50	3,09±0,66	4,16±0,65	3,23±0,77	3,37±0,83	3,36±0,82
Test değeri (t)	1,244	2,269	-2,427	2,249	0,724	0,579
p değeri	0,214	0,024*	0,016*	0,025*	0,470	0,115

* p<0,05

t: Student t testi

F: Tek yönlü anova testi

- **H05:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutum puanları gebelik sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- **H15:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutum puanları gebelik sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Katılımcıların gebelik sayısına göre APTÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların üreme sağlığına, cinsiyete ve korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Gebelik sayısını iki (3,89±0,85) olarak ifade edenlerin çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları ile hiç gebeliği olmayanlara (3,08±1,00) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Gebelik sayısını iki (3,64±0,79) olarak ifade edenlerin gebeliğe ilişkin tutum

alt boyutunun puan ortalamaları hiç gebeliği olmayanlara (3,00±0,61) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Ayrıca gebelik sayısına göre APTÖ'nün puan ortalaması karşılaştırıldığında gebelik sayısını iki (3,71±0,55) olarak ifade edenlerin hiç gebeliği olmayanlara (3,32±0,47) göre anlamlı olarak daha yüksektir.

- **H06:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutum puanları gebeliğin planlı olup olmamasına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- **H16:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutum puanları gebeliğin planlı olup olmamasına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Katılımcıların gebeliğin planlı olup olmaması durumuna göre APTÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların korunma yöntemine ve çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). Gebeliği planlı olanların (3,30±0,76) üreme sağlığına ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları gebeliği planlı olmayanlara (3,08±0,62) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Gebeliği planlı olmayanların (4,14±0,61) cinsiyete ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları gebeliği planlı olanlara (3,98±0,78) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Gebeliği planlı olanların (3,55±0,83) gebeliğe ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları gebeliği planlı olmayanlara (3,36±0,75) göre anlamlı olarak daha yüksektir.

- **H07:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutum puanları aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- **H17:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutum puanları aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Katılımcıların aile planlaması yöntemini kullanım durumuna göre APTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutu dışında diğer dört alt boyutun (üreme sağlığına, cinsiyet, çocuk sahibi olmaya ve gebeliğe ilişkin tutum) puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Aile planlaması yöntemini kullananların (3,40±0,74) korunmaya ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları aile planlaması yöntemini kullanmayanlara (3,16±0,73) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca aile planlaması kullanma durumuna göre APTÖ'nün puan

ortalaması karşılaştırıldığında aile planlaması yöntemini kullananların (3,55±0,52) aile planlaması yöntemini kullanmayanlara (3,41±0,54) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Genel olarak aile planlaması tutum ölçeği ortalamaları dikkate alındığında H0 hipotezi reddedilir ve H1 hipotezi kabul edilir.

- **H08:** Katılımcıları APTÖ alt boyutlarının tutum puanları Türkiye deki sağlık personelinden aile planlamasına yönelik danışmanlık alıp almaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- **H18:** Katılımcıları APTÖ alt boyutlarının tutum puanları Türkiye deki sağlık personelinden aile planlamasına yönelik danışmanlık alıp almaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Katılımcıların Türkiye'deki sağlık personelinden aile planlamasına yönelik danışmanlık alıp almaması durumuna göre APTÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların üreme sağlığına, cinsiyete ve korunma yöntemine ilişkin tutum dışında kalan, çocuk sahibi olmaya ve gebeliğe ilişkin tutum alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). Türkiye'deki sağlık personelinden aile planlamasına yönelik danışmanlık alanların (3,27±0,74) üreme sağlığına ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları danışmanlık almayanlara (3,09±0,66) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Danışmanlık almayanların (4,16±0,65) cinsiyete ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları danışmanlık alanlara (3,97±0,74) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Danışmanlık alanların (3,41±0,71) korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları danışmanlık almayanlara (3,23±0,77) göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.6.1. Katılımcıların daha önce düşük yapma ve isteyerek gebelik sonlandırma durumlarına göre aile planlaması tutum ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile karşılaştırılması

		APTÖ ve Alt Boyutları					
Özellikler (Bağımsız değişkenler)		APTÖ	Üreme Sağlığına İlişkin Tutum	Cinsiyete İlişkin Tutum	Korunma Yöntemine İlişkin Tutum	Çocuk Sahibi olmaya İlişkin Tutum	Gebeliğe İlişkin Tutum
Düşük yaptınız mı?	İsteyerek gebeliğinizi sonlandırdınız mı?	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
EVET	Evet (n:49)	3,42±0,69	3,15±0,76	3,85±0,91	3,27±0,95	3,41±0,88	3,42±0,89
	Hayır (n:92)	3,60±0,45	3,25±0,71	4,14±0,62	3,42±0,65	3,68±0,79	3,50±0,74
HAYIR	Evet (n:7)	3,25±0,37	2,92±0,47	3,85±0,71	3,14±0,40	3,09±0,92	3,25±0,47
	Hayır (n:172)	3,49±0,52	3,17±0,69	4,10±0,67	3,29±0,73	3,46±0,84	3,40±0,80
Test değeri (F)		0,055	0,220	0,027	0,001	0,067	0,051
p değeri		0,814	0,639	0,869	0,978	0,795	0,821

- **H09:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutum puanlarının düşük yapma durumları ve isteyerek gebelik sonlandırmalarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- **H19:** Katılımcıların APTÖ alt boyutlarının tutum puanlarının düşük yapma durumları ve isteyerek gebelik sonlandırmalarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Katılımcıların daha önce düşük yapma durumlarına ve isteyerek gebelik sonlandırma durumuna göre APTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların üreme sağlığına, cinsiyete, korunma yöntemine, çocuk sahibi olmaya ve gebeliğe ilişkin tutum alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

5.1. KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI

Bu bölümde mülteci kadınların tanımlayıcı, obstetrik ve aile planlaması özelliklerine ilişkin bulgular tartışıldı.

5.1.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırmaya katılan mülteci kadınların yaş ortalamasının $30,1 \pm 8,6$ olduğu, maksimum 25-29 yaş grubunda (%30) ve minimum 44-49 yaş grubunda (%7,2) dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.1). Yapılan çalışmalarda Türkiye'deki Suriyeli mülteci kadınların yaş ortalamaları 22-30 aralığındadır (63, 74, 104-106). AFAD 2014 verilerinde Suriyeli mülteci kadınların yaş grupları arasında %50'sinin 18 yaşın üzerinde olduğunu belirtmiştir. Lübnan'daki 452 Suriyeli mülteci kadınla yapılan bir çalışmada en fazla %42,9 ile 25-34 yaş grubunda oldukları saptanmıştır (67). Mazhar'ın (107) Ürdün'de yaptığı çalışmada Suriyeli mülteci nüfusunun yarısını kadınların oluşturduğunu ve %50'den fazlası 18 yaşın üzerinde üreme çağında kadınlardan oluştuğunu bildirmiştir. Benzer çalışmalardaki örneklem gruplarının yaşlarının dağılımı ve ortalaması bu çalışmanın sonuçları ile uyumluluk göstermektedir. Çatışma sonrası yerinden edinilen kadın nüfusunun doğurgan çağda oldukları söylenebilir.

Bu çalışmada kadınların eğitim seviyelerine göre; %47,8'i ilkökul, %23,1'i ortaokul, %17,2'si lise, lisans ve üzeri %11,9 olarak saptanmıştır. Literatürde mülteci kadınların eğitim durumlarının çoğunluğunun ilkökul mezunu oldukları saptanmıştır (47,63,76,108,109). AFAD'a (53) ve MAZLUMDER'e (75) göre Suriyeli kadınların eğitim seviyelerinin düşük olduğu birçoğunun okuryazar olmadığını bildirmiştir. Suriyeli mültecilerin bulunduğu diğer ülkelerden Lübnan ve Ürdün ülkelerinde de eğitim düzeylerinin oldukça düşük olduğu bildirilmiştir (67,107). Tunç'a (52) göre evrensel Suriyeli mülteci profili ve Türkiye'deki Suriyeli profilinin benzer olduğunu kadın oranının yüksek ve eğitim seviyesinin düşük olduğunu belirtmiştir. Türkiye'de ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalar ile bu çalışmada

Suriyeli mülteci kadınların ortaya çıkan benzerliği, eğitim seviyelerinin düşük olduğudur. Ortaya çıkan küçük farkların da okuryazar olmayan kişilerin çalışmaya dâhil edilememesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu (%63,1) herhangi bir işte çalışmamaktadır. AFAD (29) Türkiye’de yaşayan Suriyeli kadınların %51,3’ünün çalışma çağı nüfusu olarak da tanımlanan 19-54 yaş grubunda olduğunu fakat %61,1’inin herhangi bir mesleği olmadığı için vasıflı işlerde çalışmadıklarını açıklamıştır. Gümüş ve ark. (110) mülteci kadınların neredeyse hepsinin (%91,3) çalışmadığını saptamıştır. Literatürde mülteci kadınların düşük eğitilmiş oldukları için işgücü piyasasında düşük maliyetle çalıştıkları ve iyi bir konumda olmadıkları belirtilmektedir. Barın’a (48) göre ucuz iş gücüne olan yoğun talep, Suriyeli mülteci kadınların çalışma hayatında niteliksiz işlerde çalışmasına neden olmuştur. Diğer çalışmalara göre çalışma oranının daha yüksek çıkmasının araştırmanın kentsel alanda yapılmış olması ve kentteki iş imkanının daha fazla olmasından ayrıca Sultangazi ilçesinde mültecilere hizmet veren birçok kuruluşta çalışmaların olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

UNHCR’nin (43) raporuna göre; dünya genelinde 2018 yılı ikinci yarısı itibariyle zorunlu olarak yer değiştiren nüfusun %87’si beş büyük menşei ülkesinde (Suriye, Sudan, Kongo, Nijerya, Kuzey Afrika) toplandığını ve komşu ülkelere sığındıklarını belirtmiştir. Ülkelerin sosyal, ekonomik ve demografik faktörlerinin benzer olması mültecilerin varış ülkesi olma ihtimalini artırıyor (26). Dünyada, yerinden edinmelerin üçte birini Suriyeliler oluşturmaktadır (43). En fazla sığınma başvurusu alan ülkeler arasında birinci sırada Türkiye bulunmaktadır (43,111). Türkiye’yi sırasıyla Lübnan ve Ürdün takip etmektedir (25). Türkiye Suriye ile en uzun kara sınırını paylaştığı ülke olmakla birlikte, çatışmadan ve ardından gelen mülteci akınından en çok etkilenen ülkelerden biri olmuştur (26). Türkiye’nin jeopolitik konumu ve uyguladığı açık kapı politikası nedeniyle Suriye iç savaşından kaçan mültecilerin büyük gruplar halinde sığınmalarına neden olmuştur (112). Suriye’den gelen mültecilerin bir kısmı Türkiye’nin sınır illerinde geçici koruma kamplarına yerleştirilirken büyük çoğunluğu (2 782 146) kamp dışında yaşamaktadır (113). Türkiye’de 13/06/2019 tarihi itibariyle 3,6 milyona yakın kayıtlı Suriyeli mülteci bulunmaktadır (114). Dünyada yerinden edinilmiş nüfusun yaklaşık yarısını kadınlar oluşturmaktadır (34,115). T.C. İçişleri Bakanlığı’nın yayınladığı göç raporu (116) ve AFAD’ın (29) raporuna göre Suriye’den Türkiye’ye gelen mültecilerin yarısını kadınlar oluşturmaktadır. Ulus aşırı göç sürecine katılan kadınların sayıları gün geçtikçe

artmaktadır (48). Türkiye'ye yerleşen Suriyeli mülteci kadınlar en fazla Adıyaman (%58,3), Malatya (%55,6), Mardin (%52,9), Hatay (%51,6), Kahramanmaraş (%50,8) ve İstanbul (%49,8) illerinde yaşamaktadır (29). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 yılı verilerine göre 15 milyon kişi ile en çok nüfusa sahip il İstanbul'dur. TÜİK 2019 verilerine göre en büyük nüfusa sahip ilçeler arasında 8. sırada 528 bin kişi ile Sultangazi ilçesi bulunmaktadır (117). Mülteciler Derneği'nin yayınladığı verilere göre Mayıs 2019 tarihi itibarıyla Suriyeli nüfusunun da sayıca en fazla olduğu il 546 bin kişi ile İstanbul'dur (118). En çok Küçükçekmece, Bağcılar, Sultangazi, Fatih ve Esenyurt ilçelerine yerleşmişlerdir. Bu çalışmada da örneklem grubunun hepsini Suriyeli menşeli mülteciler oluşturmuştur.

Dünyada en yüksek sığınma talebi 2014 yılında Suriye'den Türkiye'ye olmuştur. AFAD tarafından Ağustos 2017 tarihi itibarıyla 10 farklı ilde toplam 20 Geçici Barınma Merkezlerine (GBM) yerleştirilmiş ve bu merkezlerin %97'sini Suriyeli mülteciler oluşturmaktadır (119). GBM'lerde Türk ve Suriyeli sağlık personeli çalışmaktadır (119). Yerleştirilme işlemleri, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün koordinasyonunda, valiliklerin bünyesinde gerçekleştirilmektedir (116). Uygulanan açık kapı politikası ile birlikte 2011 yılında Türkiye'ye giriş yapmaya başlayan yerinden edilmiş Suriyelilerin sayısı her yıl artmıştır (25). En büyük artışı 2013-2015 yılları arasında yaparak; 2,5 milyona ulaşmıştır (120). Bu çalışmada örnekleme alınan mülteci kadınların en fazla beş yıl ve üzerinde (%40,6) Türkiye'de yaşamakta olduğu görüldü. Mültecilerin Suriye'den Türkiye'ye 2013-2015 yılları arasında en çok geldiği ele alınırsa ortalama 5 yıldır Türkiye'de yaşamaları gerekmekte ve çalışmamız bunu doğrulamaktadır.

Çalışmamızdaki kadınların evlilik yaşlarının gruplara göre dağılımını incelediğimizde; evlilikler en fazla 15-19 (%61,6) yaş grubunda görülmektedir. Suriyeli mülteci kadınlarla yapılan çalışmalarda ortalama evlilik yaşının 18 yaş ve altında olduğu ayrıca yapılan evliliklerin en fazla 15-19 yaş grubunda dağılım gösterdiği saptanmıştır (56,63,74,121). Türkiye dışındaki ülkelerde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bildirilmektedir. Örneğin Lübnan'da ki bir çalışmada mülteci kadınların ortalama evlilik yaşı $19,0 \pm 4,0$ olduğunu saptanmıştır (67). Barın'ın (48) yaptığı araştırmada kadınlar arasında 18 yaş altı evliliklerin çok olduğunu belirtmiştir. Suriyeli mülteci kadınların göç ettiği diğer ülkelerde (Lübnan, Ürdün, Irak, Mısır), yaşam koşullarının zorluğu nedeniyle erken yaşta evlilikleri, kurtuluş yolu olarak gördüğü belirtilmiştir (122). Bunun nedeninin yaşam koşullarının zorluğu nedeniyle kız çocuklarının erken yaşta evlendirilmesi olduğu belirtilmektedir (57,123). Ayrıca mülteci davranışlarında; evliliğin kurtuluş olduğu düşüncesi ve maddi güçlük nedeniyle yapılması ileride daha büyük

sorunlara yol açabilecektir (52). Erken evlilik dezavantajlı gruplar arasında olan aile ortamlarında yoğun görülmektedir (73). Gümüş ve ark. (63) mültecilerle yaptığı çalışmada 15 yaş altında yapılan evliliklerin %25 olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada da 15 yaş ve altı evlilikler (%8,4) yüksek oranda saptanmıştır. Çalışmadaki evlilik yaş ortalaması diğer çalışmalarla benzerdir. Ancak Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 yılı verilerine göre yerel halkın ilk evlilik yaşının 25-29 aralığında değiştiği bildirilmektedir (46). Bu durum Türk halkı ve mülteciler arasında farklılıkların olduğunu göstermektedir. Ayrıca ilk evlenme yaşının erken yaşlara çekilmesi, kadının özellikle gebeliğe ilişkin risklerini artırabilir.

5.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmamıza katılan kadınların toplam gebelik sayısının ortalaması $2,60 \pm 1,33$ olup, %36,9 ile dört ve üzerinde gebelik geçirdikleri ve sırasıyla %20,6'sı üç gebelik, %17,8'i iki gebelik, %17,8'si bir gebelik geçirmiş ve %6,9'u hiç gebe kalmamıştır. Kördeve'nin (76) yaptığı çalışmada en fazla %30 ile dört ve üzeri çocuk sahibi olduklarını; Masterson ve ark. (67) ortalama gebelik sayısının $4,7 \pm 3,5$ olduğunu; Güngör ve ark. (105) 705 Suriyeli mülteci ile yaptığı çalışmada $1,8 \pm 1,2$ olduğunu; Gümüş ve ark. (63) Suriyeli 300 mülteci kadınla yaptığı çalışmada kadınların %42,7'sinin 5 ve üzeri çocuğa sahip olduklarını saptamıştır. Apak'a (108) göre Suriyeli göçmen kadınların, ilk gebelik yaşları küçük, doğurganlık sayılarının ise yüksektir. Mültecilerin ilk evlenme yaşının erken olması, beraberinde çok fazla gebe kalma ihtimalini artırabilir. Çalışmamızda da gebelik sayıları oldukça yüksek çıkmıştır. Türkiye'de ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamındaki kadınların yaklaşık yarısı (%44,1) düşük yapmış ve ortalama düşük sayısı $1,55 \pm 0,49$ 'dur. Bu oran Türk halkı için %23 (46) iken, Avrupa ülkelerinde daha da düşüktür. Kılıç ve ark. (3) mülteci kadınların savaş ortamında kaçarak gelmesi gibi birçok güçlüklerden etkilenmesi nedeniyle spontan düşüklere sık yaşanabileceğini bildirmiştir. Gümüş ve ark. (63) Suriyeli 300 mülteci kadından %39,3'ünün düşük yaptığını saptamıştır. Yağmur ve ark. (57) mültecilerin yaklaşık yarısının (%47,7) Türkiye'de düşük yaptığını bulgulamıştır. Masterson ve ark. (67) Suriyeli mülteci kadınların en az bir kez (%27,9) düşük yaptığını saptamıştır. Benzer çalışmalarda ki sonuçlar ile uyuşan bu çalışma, mültecilerin düşük yapma ihtimalinin yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda kadınların %17,5'i isteyerek gebeliğini sonlandırmıştır. TTB'nin Suriyeli sığınmacılar ve sağlık hizmetleri 2014 yılı raporuna göre, istenmeyen gebelikler sığınmacıların sosyal ve sağlık sorunları arasındadır (41). Masterson ve ark. (67) Suriyeli mülteci kadınların en az bir kez kürtaj (%2,4) yaptırdığını saptamıştır. Gümüş ve ark. (63) mülteci kadınlarla yaptığı çalışmada %11,3'ünün istemli düşük yaptığı saptanmıştır. Türkiye'de yaşayan yerli halkın isteyerek düşük oranı %4,7'dir (124). Erişilemeyen aile planlaması hizmetleri sonucu oluşan istenmeyen gebelikler, isteyerek düşüğü artırabilir. Bu durum mülteci konumunda olan kadınlarda oldukça fazla görülen isteyerek gebeliğini sonlandırma durumunun ulaşılabilir aile planlaması hizmetlerinin eksikliğinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızdaki kadınların %38,8'ünün son iki gebeliklerindeki aralığın 24 ayın altında olduğu belirlendi. Gebelikler arasındaki sürenin en az 2 yıl olması anne sağlığı üzerindeki etki alanını olumlu yönde genişletecektir (125). İstenmeden art arda oluşan sık gebelikler; aşırı doğurganlığa neden olabilecek bu durum anne ve bebek ölümlerinin görülme riskini artıracaktır (81). Dünyaya gelen bebeklerin yeterli sürede anne sütü ile beslenmesini de etkileyen kısa aralıklı gebelikler bebeğin morbidite riskini artırabilir. Kadının ara vererek gebe kalması ailesinin ve çocuklarının sağlığı için de çok önemli bir etkidir (125). Gebelikleri arasındaki süreyi ayarlayabilmesi, kadının sosyal refahı için önemli bir husustur. Bu nedenle aile planlaması yöntemlerine ulaşmaları ve bu konuda danışmanlık almaları sorunların önlenmesinde etkili olabilir.

Araştırmamızdaki kadınlar %49,1'i son gebeliğinin plansız olduğunu ve %55,9'u tekrar çocuk sahibi olmak istemediğini belirtmiştir. Planlanmamış gebelikler kadının doğan çocuğunun gereksinimini karşılayacak donanıma sahip olmaması nedeniyle kadının hem ekonomik hem de sosyal anlamda yaşam kalitesini azaltır (88). Mülteci kadınların eğitim seviyesinin düşük olması, gebeliğe karar vermede etkin taraf olmaması, ataerkil aile yapısı bu sonuçta etkili olmuş olabilir. Literatürde plansız gebeliklerin mülteci grubunda fazla olduğu vurgulanmış bizim çalışmamızda benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Benzerliğin nedeni bu ve diğer çalışmalarda ki mülteci kadınların aile planlaması yöntemine ilişkin bilgi ve erişim eksikliğinin; istedikleri zaman gebeliklerini planlamada yetersiz olmalarına neden olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.1.3. Katılımcıların Aile Planlaması Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Birleşmiş Milletler dünyada 15-49 yaş aralığında bulunan evli kadınların doğum kontrol yöntemi kullanımının 1990 yılında %55 iken; 2015 yılında %64'e yükseldiğini bildirdi (70). Ancak küresel kapsamda yer değiştirmenin artması ile hizmete erişim konusunda sıkıntı yaşayan öncelikli risk gruplarından olan yerinden edilmiş nüfus bu değerlerin değişmesine neden olacaktır (80). Mülteci kadınlarla yapılan birçok çalışmada aile planlaması yöntemi kullanmadıkları ve bu ihtiyacın karşılanmadığı belirtilmiştir (57,74,126). MAZLUMDER sığınmacı kadınların birinci basamak koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinden faydalanma oranının çok düşük olduğunu özellikle aile planlaması açısından desteksiz durumda oldukları belirtmiştir (75). Lübnan'da Suriyeli mülteci kadınların büyük çoğunluğunun (%65,5) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığını saptamıştır (67). Tezel ve ark. (127) mülteci kadınların %46,7'si herhangi bir yöntem kullanmadıklarını belirtmiştir. Şimşek'e (77) göre aile planlaması ihtiyacı karşılanmamış mülteci kadınların, çalıştığı örneklemin %36,4'ünü oluşturduğunu saptamıştır. Bu çalışmada mülteci kadınların %33,1'inin aile planlaması yöntemi kullanmadıkları belirlenmiştir. Çalışmadaki verilerin diğer çalışmaların sonuçlarına göre düşük çıkmasının nedeni; araştırmanın yürütüldüğü Sultangazi ilçesinde Göçmen Sağlığı Merkezi (3 adet) ve Tzu Chi Vakfı'nın ücretsiz sağlık hizmeti sunması sonucunda kadınların aile planlaması yöntem kullanmalarını artırmış olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda ki kadınların neredeyse hepsi (%92,8) korunma yöntemlerinin etkili olduğunu düşünmekte ve büyük çoğunluğu (%86,9) kullandığı yönteme karar verirken eşine danışmaktadır. Salisbruy ve ark. (80) mülteci kadınların büyük çoğunluğunun (%93) doğum kontrol yöntemlerini etkili bulduğunu belirtmiştir. Literatürde kadınların etkili olduğunu düşünmelerine rağmen herhangi bir yöntem kullanmadıkları saptanmıştır. Çalışmamızdaki mülteci kadınların yöntem kullanmama durumları incelendiğinde; çocuk istemesi (%40), halen gebe olması (%10,4), eşinin istememesi (%10,4), ekonomik gücünün olmaması (%8) gibi nedenler bulunmaktadır. Özellikle çiftlerin gebeliği önleyici yönteme karar verirken birbirine danışması, erkeğinde bu sürece dahil olması aile planlaması hizmetlerinin başarılı olabilmesi için çok önemlidir (80). Fakat yöntem kullanmaya karar verme sürecinde erkeğin bu konuda yanlış bilgi ve tutumları, kadının korunmasını olumsuz etkileyebilecektir. Suriye'den gelen mültecilerin ataerkil toplum yapısı göz önünde bulundurulduğunda; kadınlar bu süreçte erkeğin/eşinin verdiği karara itaat etmek zorunda kalacaklardır. Bu nedenle mülteci kadınların eşlerinin korunmaya ilişkin bilgi ve tutumlarının incelenmesine yönelik yapılan çalışmaların

artırılması, literatüre önemli bir katkı sağlayacak; aile planlaması uygulamalarının gelişimini artıracaktır.

UNHCR mültecilerin aile planlaması hizmetlerine erişiminin kısıtlı ve maliyetli olduğunu belirtmiştir (128). Suriye'ye yakın komşu olan Türkiye, Lübnan, Ürdün, Irak ve Mısır ülkeleri ile birlikte yaşanan krize müdahale etmeye yönelik "Bölgesel Mülteci ve Dayanıklılık Planı" oluşturulmuştur (129). Uluslararası bir çağrı niteliği taşıyan plan sonucunda elde edilen rapora göre bazı hükümetler kısıtlı sayıda mülteciye üreme sağlığı hizmeti sunarken; bazı hükümetler tüm mülteci kadınlara bu hizmeti ücretsiz sunmaktadır. Ülkelerin sosyoekonomik düzeyleri nedeniyle ülkede zaten pahalı olan bu hizmetlerin sunumundan kaynaklanan maliyetlerin artması sebebi ile ücretsiz erişim imkanı kaldırılmıştır (129). Mazhar'ın (107) Ürdün sağlık bakım politikasının, anne ve üreme sağlığı aramaya davranışlarına etkisini araştırdığı çalışmasında; Suriyeli mülteci kadınların dezavantajlı, savunmasız, finansal olarak güvende olmayan bir nüfus olduğundan Ürdün'de yaşama maliyetini karşılamakta zorluk çektiğini belirtmiştir. Özellikle mülteci akını ile birlikte Ürdün'ün 2014 yılında sağlık hizmetlerini ücretlendirmesi; Suriyeli mülteci kadınların üreme sağlığı hizmetlerine erişemeyenlerin sayısının %13,9 oranında artırdığını bildirmiştir (107). AFAD'ın yaptığı saha çalışmasındaki verileri göre mülteci kadınların birçoğu maddi gücü yetmediği için sağlık kuruluşuna başvurmadığını belirtmiştir (53). AFAD Suriyeli mültecilerin %10,6'sının Türkiye'ye yerleştikten sonra sağlık masraflarını karşılamak için borç aldıklarını saptamıştır (29). OCHA'nın çalışmasında 271 ilçeden sağlık hizmet sunucuları ile yaptığı görüşmede 79 ilçede kadınların aile planlaması hizmetlerini ücretsiz temin edemediklerini bulgulamıştır (49). Salisbury ve ark. (80) aile planlamasının maliyetinin mülteci kadınlar için ele alınması gereken önemli bir konu olduğunu vurgulamıştır. Benzer başka bir çalışmada da maddi olanaksızlık nedeni ile sağlık kuruluşuna başvurmadıkları (%50,3) belirlenmiştir (63). Bu çalışmada da aile planlaması yöntemini temin ettikleri yeri tercih etme nedenleri incelendiğinde; büyük çoğunluğu yöntemi ücretsiz (%42,1) temin ettikleri için tercih etmiştir. Ayrıca çalışmadaki kadınların %8'i ekonomik gücü olmadığı için herhangi bir modern yöntemle korunmadıklarını belirtmiştir. Literatürdeki benzer çalışmalarda ekonomik etmenlerin kadınların üreme sağlığıyla ilgili bakım arama kararının ve davranışının etkilendiği belirtilmiştir. Bu çalışmada kadınların aile planlamasına yönelik verilen hizmetin ücretsiz olarak temin etmesi, kadınların korunmaya ilişkin kararlarında etkili olduğunu gösterir.

Herkes için erişebilir, ulaşılabilir olması gereken sağlık hizmetleri DSÖ tarafından evrensel bir hak olarak kabul edilmiştir (130). Mülteci ve sığınmacılara ayrımcılık yasağı ilkesine uygun olarak, herkes gibi sağlık ve tıbbi bakım imkanlarından “Sağlık Hakkı” ilkesiyle yararlanma hakları vardır (4). Mültecileri kabul eden ülkelerin benimsediği ve uyguladığı sağlık politikaları, yerinden edilmiş yeniden yerleştirilmiş popülasyonla uyumlayabilir (80). Bu nedenle ülkeler, mülteci kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımını ve yeterli bakım almasının önünü açan sağlık sistemleri geliştirmelidir (41). Var olan sağlık sistemleri bu durum karşısında değişime uğradığından temelden etkilenmekte ve bu yüzden geliştirilen sistemin eskisine entegre edilmesi gerekmektedir (66). Türkiye’de mülteciler için birçok alanda (gıda, barınma, eğitim) ve özellikle sağlık alanında projeler yürütmektedir (112). Sağlık alanında yürütülen çalışmalardan olan “Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsü’nün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi (SIHHAT)” projesinde; birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi hedeflemiştir. Avrupa Birliği tarafından finanse edilen ve Türkiye’de geçici koruma altındaki Suriyelilere sunulan sağlık hizmetlerinin desteklenmesi kapasite sorunlarının üstesinden gelinmesi amacıyla 2016 yılında hayata geçirilmiştir (131). Türkiye tarafından verilen “geçici koruma kimlik belgesi” ile sağlık hizmetleri karşılanmaktadır (4,26). Özpinar’a (9) göre mülteciler kamuya ait sağlık hizmetlerinden Türk vatandaşları gibi yararlanabilmektedirler. Türkiye’de geçici koruma altına alınan Suriyelilerin yoğun olarak başvurduğu birimlerde tercümanlar bulundurulması ve “Uluslararası Hastalar için Tercümanlık Hattı” ile hizmetlerin sunumunda dil sorunu aşılmaya çalışılmıştır (18). Koruyucu sağlık hizmetlerinden olan aile planlamasına yönelik veren sağlık sunucularının da tercüman bulundurulması daha efektif bir fayda sağlamaktadır (25). Bu çalışmada mülteci kadınların %50,6’sı Türkiye’de bulunduğu süre içerisinde sağlık personelinin korunma yöntemlerine ilişkin bilgilendirildiği saptanmıştır. Çalışmadaki danışmanlık alanların sayısının diğer ülkelerdeki çalışmalara göre farklı çıkmasının nedeni Türkiye’nin yürüttüğü koruyucu ve önleyici sağlık politikaları olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda Türkiye’de danışmanlık aldıktan sonra yöntem kullanmaya başlayan kadınların %42,5 olduğu bulunmuştur. Danışmanlık almak aile planlanması yöntemlerini kullanma durumlarını artırdığından mültecilere sunulan üreme sağlığı hizmetlerinde öncelikli ele alınması gereken bir konudur.

Türkiye’de doğurgan çağdaki geçici koruma altına alınan Suriyeli mülteci kadınlara gebeliği önleyici yöntemler hakkında hizmet ve danışmanlık sunulmaktadır (32). Göçmenler

ve mülteciler için sağlık hizmetlerinin daha etkin ve efektif bir hale getirmek amacıyla Suriyelilerin yoğun olarak yaşadıkları yerler başta olmak üzere İstanbul ilinde 20 adet Göçmen Sağlığı Merkezi (GSM) kurulmuştur (18). Geçici korunanların yoğun olarak yaşamadığı yerlerde ise aile sağlığı merkezleri tarafından sağlık hizmetleri verilmeye devam edilmiştir. GSM'lerde, Suriyeli ve Türk sağlık personeli tarafından hizmet verilmektedir (26). Kurulan GSM'lerde birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri ile üreme sağlığı hizmetlerine yönelik çalışmalar yürütülmektedir. GSM'ler Suriyeli sağlık personeli bulundurduğu için karşılaştıkları dil problemlerini ve mültecilerin kamuya ait sağlık tesislerindeki oluşturduğu kalabalığı azaltmada başarılı olmuştur (18). Gümüş ve ark. (63) mültecilerin en çok Devlet Hastanesi'ne (%37,4) ve Aile Sağlığı Merkezi'ne (%26,1) başvurduklarını saptamıştır. Bu çalışmadaki mülteci kadınlarda aile planlaması yöntemini Aile Hekimliği (%24,2), Devlet Hastanesi (%22), Üreme Sağlığı Merkezi (%22), Göçmen Sağlığı Merkezi'nden (%19,4) temin ettiklerini belirttiler. Aynı zamanda korunma yöntemlerine ilişkin bilgileri en çok doktor (%54,2) ve ebe (19,7) aracılığıyla ulaştıklarını bildirdiler. Mültecilerin korunma yöntemlerinden en çok RİA'yı (%39,5) kullanmaları, hizmet ve danışmanlık alınan sağlık personelleri arasında doktorun daha fazla bulunmasının nedenini doğrular niteliktedir. Çünkü ebelerin büyük bir kısmının RİA uygulama sertifikası bulunmadığından; verilen hizmet Kadın Doğum Uzmanı olan hekimler aracılığıyla karşılanmaktadır. Aile planlaması hizmetlerinde ebelerin yapabileceği uygulamalarda; sertifikalandırılması veya uygulayıcı olarak üniversitelerden mezun edilmesi daha aktif rol almasındaki engelleri önleyebilir. Bu durum ebelerin aile planlaması hizmet ve danışmanlığı konusunda mültecilerin ulaşılabilirliğini artırabilecektir.

Çalışmamızda mülteci kadınların büyük çoğunluğunun RİA (%39,5), kondom (%19) ve hap (%15) ile korundukları bulgulanmıştır. Masterson ve ark. (67) mülteci kadınların RİA (%19), hap (%8,6), takvim yöntemi (%3,5), kondom (%1,8) yöntemleri ile korunduklarını saptamıştır. Şimşek ve ark. (74) benzer çalışmasında en çok geri çekme (%22,7), RİA (%19,7) ve hap (%11,4) yöntemiyle korunduklarını saptamıştır. Seçtiği yöntemi tercih etme nedenleri arasında daha sağlıklı (%21,1) ve daha güvenilir (%15,7) ve kullanımı kolay (%10,4) olduğu için tercih etmişler. Mevcut çalışmadaki RİA, hap ve kondom ile korunma oranının; Ürdün, Lübnan gibi diğer ülkelerdeki çalışmalara göre yüksek olmasının nedeni Türkiye'de aile planlaması yöntemlerini ücretsiz bir şekilde temin edebildiklerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızdaki mülteci kadınlar, diğer çalışmalardaki gruba göre aile planlaması

yöntemlerini kullanmakta ve etkili bulmaktadır. Bu durum modern yöntem kullanma eğilimlerini artırabilmektedir.

5.2. KATILIMCILARIN AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANI VE ALT ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI

Bu bölümde mülteci kadınların aile planlamasına yönelik tutum ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanlarına ilişkin bulgular tartışıldı.

5.2.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Farkın Tartışması

Mülteci kadınların yaş gruplarına göre ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların gebeliğe ilişkin tutum alt boyutu dışında diğer dört alt boyutun (üreme sağlığına ilişkin tutum, cinsiyete ilişkin tutum, korunma yöntemine ilişkin tutum, çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum) puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). Yaş grubu 45-49 olan kadınların ($3,63\pm 0,72$) gebeliğe ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları yaş grubu 15-19 olan katılımcılara ($2,97\pm 0,80$) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Yapılan alan yazın araştırmasında yurt dışı literatürde aile planlamasına yönelik tutum ile ilgili herhangi bir ölçek çalışmasına rastlanmamıştır. Fakat yurt içi araştırma sonuçlarında yaş ilerledikçe kadınların APTÖ tutumlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu saptanmıştır (88,132). Çayan (88) ve Aktoprak (132) çalışmamızdaki bulgularla benzer; Apay'ın (133) çalışması ile farklı bulgulamıştır. Çalışmamızdaki benzerliklerin yaş ilerledikçe gebelik sayısının ve aile planlamasına yönelik deneyimlerinin artabileceği, bu nedenle tutumlarının olumlu yönde etkilenebileceği; ortaya çıkan farklılıkların da çalışılan örneklem grubu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Mülteci kadınların öğrenim düzeyi ile toplam puan ve üreme sağlığı, cinsiyet, korunma yöntemi, çocuk sahibi olma, gebeliğe ilişkin tutum alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Aktoprak'ın (132) yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi ve APTÖ alt boyutları arasında benzer ve Apay'ın (133) çalışmasında da aksi saptanmıştır. Çalışma grubumuza okur yazar olmayanlar dahil edilmediğinden ve grubun çoğunluğu ilkökul

mezunu olduğundan eğitim düzeyi aile planlaması tutumunda etkili bir faktör olarak çıkmamış olabilir.

Mülteci kadınların Türkiye’de yaşadıkları yıla göre APTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum alt boyutu dışındaki diğer dört alt boyutun (üreme sağlığına ilişkin tutum, cinsiyete ilişkin tutum, korunma yöntemine ilişkin tutum, gebeliğe ilişkin tutum) puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Türkiye’de yaşama yılını iki ($3,34 \pm 0,73$) olarak ifade edenlerin üreme sağlığına ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları ile Türkiye’de yaşama yılını bir ($2,47 \pm 0,72$) olarak ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Türkiye’de yaşama yılını üç ($4,25 \pm 0,58$) olarak ifade edenlerin cinsiyete ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları; Türkiye’de yaşama yılını bir ($3,07 \pm 1,08$) olarak ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Türkiye’de yaşama yılını iki ($3,52 \pm 0,78$) olarak ifade edenlerin korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları; Türkiye’de yaşama yılını bir ($2,69 \pm 0,57$) olarak ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Türkiye’de yaşama yılını üç ($3,56 \pm 1,03$) olarak ifade edenlerin gebeliğe ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları; Türkiye’de yaşama yılını bir ($2,57 \pm 0,53$) olarak ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Çalışmamızda Türkiye’de buldukları süre içerisinde aile planlaması hizmetlerine yönelik aldıkları danışmanlık (%50,6) mülteci kadınların tutumu olumlu yönde etkiledikleri düşünülmektedir. Türkiye’de yaşam yılı arttıkça tutumları olumlu yönde artacaktır. Literatürde benzer çalışmaların yapılmadığı saptanmış olup; çalışma sonuçlarının Türkiye’de geçirilen zaman içerisinde mültecilerin danışmanlık aldıkları için tutumun olumlu yönde arttığı söylenebilir.

Mülteci kadınların ilk evlenme yaşına göre APTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların üreme sağlığına, korunma yöntemine, çocuk sahibi olmaya ve gebeliğe ilişkin tutum alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). İlk evlenme yaşını 25-29 ($4,38 \pm 0,58$) olarak ifade edenlerin cinsiyete ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları, ilk evlenme yaşını 30-34 ($3,54 \pm 0,85$) olarak ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Çalışmamızın aksine Tezel ve ark. (127) evlilik yaşı arttıkça tutumun olumlu yönde etkilendiğini; tutum ve APTÖ alt boyutları arasındaki farkın anlamlı olduğunu bulgulamıştır. Bunun sebebi Suriyeli mültecilerin genellikle erken yaş evliliklerinin olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca

çalışma kapsamına alınan tüm kadınlar evli olduğundan aile planlaması tutumları daha iyi çıkmış olabilir.

5.2.2. Katılımcıların Obstetrik ve Aile Planlaması Özellikleri ile Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Farkın Tartışması

Katılımcıların gebelik sayısına göre APTÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların üreme sağlığına ilişkin tutum, cinsiyete ilişkin tutum ve korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gebelik sayısını iki ($3,89\pm0,85$) olarak ifade edenlerin çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları ile hiç gebeliği olmayanlara ($3,08\pm1,00$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Gebelik sayısını iki ($3,64\pm0,79$) olarak ifade edenlerin gebeliğe ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları hiç gebeliği olmayanlara ($3,00\pm0,61$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Ayrıca gebelik sayısına göre Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin puan ortalaması karşılaştırıldığında gebelik sayısını iki ($3,71\pm0,55$) olarak ifade edenlerin hiç gebeliği olmayanlara ($3,32\pm0,47$) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bu çalışmanın bulgularının aksine gebelik sayısı azaldıkça tutumun arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (88,127,133). Çalışmamızda gebeliğe ve çocuk sahibi olmaya ilişkin tutumun diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulunmasının nedeni; gebelik sayısı artıkça daha fazla çocuk sahibi olma isteğinin azalacağı, kadınlarında aile planlaması yöntemlerini kullanmalarına teşvik edecek dolayısıyla tutumu olumlu yönde etkileneceği düşünülmektedir.

Mülteci kadınların gebeliğin planlı olup olmaması durumuna göre APTÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların korunma yöntemine ve çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). Gebeliği planlı olanların ($3,30\pm0,76$) üreme sağlığına ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları; gebeliği planlı olmayanlara ($3,08\pm0,62$) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Gebeliği planlı olmayanların ($4,14\pm0,61$) cinsiyete ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları; gebeliği planlı olanlara ($3,98\pm0,78$) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Gebeliği planlı olanların ($3,55\pm0,83$) gebeliğe ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları; gebeliği planlı olmayanlara ($3,36\pm0,75$) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Çalışmamızdaki sonuçlarının anlamlı çıkmasının nedeninin; aile planlamasının sadece gebelikten korunma

olmadığını ayrıca gebelik isteyenlerin istediği zamanda gebe kalması için oldukça etkili olduğunun bu nedenle tutumun olumlu yönde etkileeneceği düşünülmektedir. Ayrıca gebeliğin plansız bir şekilde gerçekleşmesinin, aile planlaması tutumunun olumsuz olmasından kaynaklanmış olabileceği öngörülmektedir.

Katılımcıların aile planlaması yöntemini kullanım durumuna göre APTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutu dışında diğer dört alt boyutların (üreme sağlığına, cinsiyete, çocuk sahibi olmaya ve gebeliğe ilişkin tutum) puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Aile planlaması yöntemini kullananların (3,40±0,74) korunmaya ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları aile planlaması yöntemini kullanmayanlara (3,16±0,73) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca aile planlaması kullanma durumuna göre APTÖ'nün puan ortalaması karşılaştırıldığında aile planlaması yöntemini kullananların (3,55±0,52); aile planlaması yöntemini kullanmayanlara (3,41±0,54) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Aile planlamasına yönelik olumlu tutumun, aile planlaması yöntemini kullanmalarını artıracak olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızdaki bulguların; yurt içi literatürde ki çalışmalara benzer şekilde yöntem kullanımı ve tutumun anlamlı olduğu bulunmuştur (127,133). Bu ve diğer çalışmalardaki benzerlikler yöntem kullanımının, tutumu olumlu yönde etkileyeceğini desteklemektedir.

Mülteci kadınların Türkiye'deki sağlık personellerinden aile planlamasına yönelik danışmanlık alıp almaması durumuna göre APTÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların üreme sağlığına, cinsiyete, korunma yöntemine ilişkin tutumları dışında kalan, çocuk sahibi olmaya ve gebeliğe ilişkin tutum alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Türkiye'deki sağlık personellerinden aile planlamasına yönelik danışmanlık alanların (3,27±0,74), üreme sağlığına ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları danışmanlık almayanlara (3,09±0,66) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Danışmanlık almayanların (4,16±0,65) cinsiyete ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları danışmanlık alanlara (3,97±0,74) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Danışmanlık alanların (3,41±0,71) korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamaları danışmanlık almayanlara (3,23±0,77) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Aktoprak'ın (88) ve Çayan'ın (132) yaptıkları benzer çalışmalarda aile planlamasına yönelik verilen danışmanlığın aile planlaması tutumunu olumlu yönde etkilediğini saptamışlar.

Özellikle aile planlamasına yönelik verilen danışmanlıkta üreme sağlığına ve korunmaya ilişkin tutumların olumlu yönde etkilenmesinde başarılı olduğu söylenebilir.



SONUÇLAR

Araştırma, mülteci kadınların aile planlaması hakkındaki tutumlarını bilme, kontraseptif yöntemlere erişimini incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlandı. Ayrıca araştırmada kullanılan Özlem Örsal tarafından (2006) Türkçe olarak geliştirilen Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Arapça diline uyarlanarak; geçerlik ve güvenirlik çalışması yapıldı. Aile Planlaması Tutum Ölçeği ve anket formu çalışma kriterlerine uyan 320 katılımcı tarafından dolduruldu. Çalışma sonucunda aşağıdaki sonuçlar saptandı.

Mülteci kadınların;

- Ortalama $30,1 \pm 8,6$ (min-max:15-49) yaşında ve en fazla 25-29 yaş grubunda (%30) dağılım gösterdiği;
- Öğrenimlerinin en fazla ilkokul (%47,8) düzeyinde olduğu,
- Büyük çoğunluğunun (%63,1) herhangi bir işte çalışmadığı;
- Hepsinin Suriye'den geldiği;
- Çoğunluğunun beş yıldan daha uzun süre (%40,6) Türkiye'de yaşadığı;
- İlk evlenme yaşının 15-19 yaş aralığında (%61,6) olduğu ve %59,4'ünün 18 yaşın altında evlendiği;
- Gebelik sayılarının ortalama $2,6 \pm 1,33$ (min-max:0-4) olduğu ve %36,6'sının dört ve üzerinde gebelik geçirdiği;
- Düşük sayılarının $1,55 \pm 0,49$ (min-max:0-4) olduğu, %44,1'inin düşük yaptığı;
- Gebeliğini %17,5'inin isteyerek sonlandırdığı;
- Son gebeliğinin %43,1'inin plansız olduğu;
- Gebelikleri arasındaki en kısa sürenin ortalama $1,74 \pm 0,90$ (min-max:0-6) olduğu ve %38,8'inin son gebeliğinden bir yıl sonra tekrar gebe kaldığı;
- Tekrar çocuk sahibi olmayı düşünmeyenlerin %56,9 olduğu;
- Aile planlaması yöntem kullanımının %66,9 olduğu;
- Kullanılan aile planlaması yöntemlerinin en fazla RİA (%39,5), kondom (%19), oral kontraseptif (%15) olduğu;
- Kullandıkları yöntemi tercih sebeplerinin daha sağlıklı (%21,1), daha güvenilir (%15,7) ve kullanımının kolay olması (%11,4) olduğu;
- Büyük çoğunluğunun aile planlaması yöntemlerini etkili (%92,8) bulduğu;

- Büyük çoğunluğunun (%86,9) aile planlaması yöntemine karar verirken eşine danıştığı;
- Aile planlaması yöntemi kullanmama nedenlerinin sırasıyla çocuk istediği (%40,8), eşinin korunmasına izin vermediği (%10,4), halen gebe olduğu (%10,4) ve ekonomik gücü olmaması (%8) gibi nedenler olduğu;
- Yaklaşık yarısının (%50,6) Türkiye'de herhangi bir sağlık personeli (ebe, hemşire, doktor) tarafından aile planlamasına yönelik danışmanlık aldığı ve en çok doktor (%54,2) ve ebe (%19,7) tarafından danışmanlık verildiği;
- Türkiye'de danışmanlık aldıktan sonra yaklaşık yarısının (%42,5) aile planlaması yöntemi kullanmaya başladığı;
- Korunma yöntemi kullananların bu yöntemi Aile Hekimliği (%24,2), Devlet Hastanesi (%22), Üreme Sağlığı Merkezi (%22) ve Göçmen Sağlığı Merkezi'nden (%19,4) temin ettikleri;
- Yaklaşık yarısının (%42,1) aile planlaması yöntemini temin etme yerini tercih sebebinin ücretsiz olması olduğu;
- Yaşa göre APTÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının gebeliğe ilişkin tutum alt boyutu dışında diğer dört alt boyutun (üreme sağlığına ilişkin tutum, cinsiyete ilişkin tutum, korunma yöntemine ve çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum) puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$);
- Gebeliğe ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamalarının; 45-49 yaş grubunda olanların ($3,63\pm 0,72$), 15-19 yaş grubunda olanlara ($2,97\pm 0,80$) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu;
- Eğitimin aile planlaması tutumunda etkili bir faktör olmadığı ($p>0,05$);
- Türkiye'de yaşadıkları yıla göre çocuk sahibi olmaya ilişkin tutum hariç diğer alt boyutlarda (üreme sağlığına ilişkin tutum, cinsiyete ilişkin tutum, korunma yöntemine ilişkin tutum, gebeliğe ilişkin tutum) uzun süredir Türkiye'de yaşayanların aile planlaması tutumlarının daha iyi olduğu ($p<0,05$);
- İlk evlenme yaşının aile planlaması tutumunda istatistiksel olarak etkili olmadığı ($p>0,05$);
- Gebelik sayısına göre kıyaslandığında, çocuk sahibi olma ve gebeliğe ilişkin tutumlarının gebelik sayısı fazla olanlarda daha iyi olduğu ($p<0,05$);
- Gebeliği planlı olanların üreme sağlığına ve gebeliğe ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamalarının, gebeliği planlı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu;

- Aile planlaması yöntemini kullananların kullanmayanlara göre korunmaya ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu;
- Aile planlaması yöntemini kullananların kullanmayanlara göre Aile Planlaması Tutum puanlarının daha yüksek olduğu;
- Türkiye’de sağlık personelinin aile planlamasına yönelik danışmanlık alanların üreme sağlığına ilişkin ve korunma yöntemine ilişkin tutum alt boyutlarının puan ortalamalarının danışmanlık almayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu,
- Düşük yapma durumlarına ve isteyerek gebelik sonlandırma durumuna göre; tüm APTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hiçbirinde anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptandı.

Bu çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda;

- T.C. Sağlık Bakanlığı’nın aile planlaması hizmet ve danışmanlığa yönelik eğitim verilen personellerin sayısının artırılması,
- Yerinden edilmiş kadınların erken yaşta evlendirilmesi ile eğitim, meslek sahibi olma gibi haklarından mahrum kalmasının dezavantajlı durumlarını şiddetlendirdiği; bu nedenle erken yaşta evliliği normalleştiren toplumsal geleneklerin ve tutumların eğitimle düzeltilmesi için organizasyonların planlanması,
- Mülteci kadınların Türkiye’de yaptıkları erken yaşta evliliklerin kayıt altına alınması ve Türk toplumuna yönelik hükümlerin bu gruplar için de geçerli olmasının sağlanması,
- Yüksek risk grupları içerisinde bulunan mülteci kadınları hedef alan aile planlamasına yönelik girişimler genişletilmeli ve tüm mülteci kadınların erişimi sağlanmalı,
- Üreme sağlığı hizmetleri sunan ebelerin, koruyucu ve önleyici sağlık bakım sistemlerinde mülteci kadınlarla iletişimi artıracak hizmet içi eğitimlerinin planlanması,
- İki gebeliği arasındaki sürenin 24 aydan kısa olmaması ve ailenin durumuna göre bu sürenin daha da arttırılması için takip edilen mülteci kadınlara verilen danışmanlığın; kendisinin ve eşinin genel sağlık durumu, ailenin ekonomik gücü, annenin yaşı gibi parametreler dikkate alınarak önerilerde bulunulması,
- Mülteci kadınların toplumsal, dini tutumları da göz önünde bulundurularak üreme sağlığına yönelik verilen hizmetlerde profesyonel sağlık çalışanlarının daha çok kadın cinsiyetten olmasına özen gösterilmesi,

- Mülteciler sunulan sağlık hizmetlerinin, kapsam ve içeriklerinin genişletilerek uzun vadede sürdürülebilirliğinin sağlanması,
- Mültecilere sunulan hizmetlerde kamu ve gönüllü kuruluşların iş birliğinin sağlanması ve güçlendirilmesi,
- Mültecilere hizmet veren kurum ve kuruluşlarda çalışan tüm personellerin; bu gruba verilen hizmetin ve hizmet veren kurumların iş ve işleyişleri hakkında bilgi sahibi olmaları böylelikle yapılacak olan yönlendirmelerin etkin ve hızlı bir şekilde yapılmasının sağlanması,
- Mülteci kadınların geleneksel özellikleri gereği erkeklere göre ev dışında aktif olmamaları nedeniyle mültecilerin kadınların yoğun olarak yaşadığı bölgelerde verilen hizmet kapasitesinin artırılarak ulaşılabilirliğinin artırılması,
- Sağlık personellerinin mültecilerin aile planlaması tutum ve bilgisi hakkında bilinçlendirilmeleri; mülteci kadınların ve eşlerinin aile planlamasına katılımının artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ergüven, N.S., & Özturanlı, B. (2013). Uluslararası mülteci hukuku ve Türkiye. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 62, 1007-1061.
2. Buz, S. (2008). Türkiye sığınma sisteminin sosyal boyutu. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 76, 120-130.
3. Kılıç, M., Arslanyılmaz, M. ve Özvarış, Ş.B. (2015). Savaş ve çatışma ortamında kadın sağlığı. *Sürekli TIP Eğitimi Dergisi*, 24, 237-244.
4. Rençber, S. (2014). Hayatın yok yerindekiler: Mülteciler ve sığınmacılar. *VI. Sosyal İnsan Hakları Ulusal Sempozyumu*, 247-268.
5. Baklacioğlu, N.Ö. (2009). Hayır kurumlarında mültecinin yeniden inşası: Uluslararası sosyal aktörden sadakanın nesnesine. *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu* (İnternette) 2009. Erişim: 11.12.2018, <http://www.sosyalhaklar.net/2009/bildiri/baklacioglu.pdf>.
6. Canyurt, D. (2015). Suriye gelişmeleri sonrası Suriyeli mülteciler: Türkiye'deki riskler. *Akademik Bakış Dergisi*, 48, 127-146.
7. Şen, F. (2017). Bir öteki olarak mülteciler: Suriyeli mültecilerin anaakım ve medyada alternatif medyada temsil. *Atatürk İletişim Dergisi*, 12, 26-41.
8. Arabacı, Z., Hasgül, E. ve Ser, A.S. (2016). Migrant women and migrations effect on womens health in Turkey. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 36, 129-144.
9. Özpınar, E. (2016). Bebek ölüm hızı Türkiye genelinde azalırken neden Suriyeli nüfusun fazla olduğu yerlerde neden artıyor. *Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) Değerlendirme Notu.1-7*.
10. Tuzcu, A. ve Ilgaz, A. (2015). Göçün kadın ruh sağlığı üzerine etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7, 56-67.
11. Bozbeyoğlu, E. (2015). Mültecilik ve insan hakları. *Hacettepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Kültürel Çalışmalar Dergisi*, 2, 60-80.
12. UNHCR. *Asylum Trends 2014- Levels and Trends in Industrialized Countries*. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Refugees (İnternette), 2014. Erişim 02.02.2019, <https://www.unhcr.org/551128679.pdf>
13. Ziya, O. (2012). Mülteci göçmen belirsizliğinde iklim mültecileri. *Türkiye Barolar Birliği*, 99, 229-240.
14. Çelik, N.B. (2015). Türk hukukunda uluslararası koruma başvurusunda bulunan veya uluslararası korumadan yararlanan yabancıların hak ve yükümlülükleri. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 1, 67-148.
15. Goodwin-Gill, G. (2014). The International Law of Refugee Protection. *The Oxford handbook of refugee and forced migration studies*. OUP Oxford
16. Acer, Y., Kaya, İ. ve Gümüş, M. (2010). *Küresel ve Bölgesel Perspektiften Türkiye'nin İltica Stratejisi*. Ankara: International Strategic Research Organization (USAK).
17. Çiçekli, B. (2009). Mülteci, sığınmacı ve göçmenler: sınıflandırma ve yasal statünün belirlenmesine ilişkin sorunlar. vatandaşlık, göç, mülteci ve yabancılar hukukundaki güncel gelişmeler. *2009 Uluslararası Sempozyum Bildirileri*. Ankara: Türkiye Barolar Birliği Yayınları.
18. Gültaş, A.S. ve Balçık, P.Y. (2018). Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık politikaları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8, 193-204.
19. Pazarcı, H. (1989). *Uluslararası Hukuk Dersleri*. Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.
20. Cenevre Sözleşmesi. *Mültecilerin Hukuki Durumuna İlişkin Sözleşme* (İnternette) 1951. Erişim 12.12.2018, file:///C:/Users/Pc/Downloads/Documents/multecilerin_hukuki_durumuna_dair_sozlesme.pdf

21. Dost, S. (2014). Ulusal ve uluslararası mevzuat çerçevesinde ülkemizdeki Suriye’li sığınmacıların hukuki durumu. *Süleyman Demirel Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4, 27-69.
22. Deniz, T. (2014). Uluslararası göç perspektifinde Türkiye. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 181, 175-204.
23. Aygül, H.H. (2018). Mülteci emeğinin Türkiye işgücü piyasalarındaki görünüm ve etkileri. *Vizyoner Dergisi*, 9(20), 68-82.
24. Kirişçi, K. (2014). *Misafirliğin ötesine geçerken: Türkiye'nin "Suriyeli Mülteciler" sınavı*. Ankara: International Strategic Research Organization (USAK).
25. Çiçeksoğüt, A. (2017). Uluslararası göç hukuku perspektifindeylerinden edilmiş Suriye'lilerin Türkiye'deki statüsü. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6, 2146-3417.
26. Memişoğlu, F. (2018). *Assessing the Development Displacement Nexus in Turkey*. November 2018, International Centre For Migration Policy Development. Erişim 04.04.2019, <https://reliefweb.int/report/turkey/working-paper-assessing-development-displacement-nexus-turkey-november-2018>
27. T.C. İçişleri Bakanlığı. *Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu*. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Erişim 08.12.2018, http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_kanun.pdf
28. Yıldız, K., Ünlü, Ü. ve Sezer, M. (2014). Mülteci sığınmacı cinnetleri ve toplumda her insanın huzur içinde, kendi evinde, sevdiği insanların içinde ve vatanında ölme hakkı vardır. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16, 42-50.
29. AFAD. *Türkiye'deki Suriyelilerin Demografik Görünümü, Yaşam Koşulları ve Gelecek Beklentilerine Yönelik Saha Araştırması*. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (İnternette) 2017. Erişim 12.12.2018, https://www.afad.gov.tr/upload/Node/24384/xfiles/17a-Turkiye_deki_Suriyelilerin_Demografik_Gorunumu_Yasam_Kosullari_ve_Gelecek_Beklentilerine_Yonelik_Saha_Arastirmasi_2017.pdf
30. UNHCR. *Statistical Yearbook 2016*. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Refugees (İnternette), 2016. Erişim 02.02.2019, <http://www.unhcr.org/statistics>
31. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Geçici Koruma Yönetmeliği*. Erişim 10.12.2018, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141022-15.html>
32. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Geçici koruma altına alınanlara verilecek sağlık hizmetlerine dair esaslarda değişiklik yapılmasına ilişkin esaslar*. Erişim 11.04.2019 <file:///C:/Users/Pc/Desktop/Tez%20Makaleleri/MÜLTECİ/Geçici%20Koruma%20Altına%20Alınanlara%20Verilecek%20Sağlık%20Hizmetlerine%20Dair%20Esaslar%20Yönergesi.pdf>
33. Ermumcu, S. (2013). Sığınmacıların ve mültecilerin Sosyal Güvenlik Hakkı. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 4, 58-76.
34. ORSAM and TESEV. (2015). *Suriye'li sığınmacıların Türkiye'ye etkileri*. Ankara: Ortadoğu Stratejik Araştırmalar Merkezi, Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı. Erişim 03.05.2019, http://tesev.org.tr/wp-content/uploads/2015/11/Suriyeli_Siginmacilarin_Turkiyeye_Etkileri.pdf
35. Hathaway, J.C. and Neve, R. (1997). Making international refugee law relevant again: a proposal for collectivized and solution-oriented protection. *Harvard Human Rights Journal* , 10, 115-211.
36. İçduygu, A. and Şimşek, D. (2015). Syrian refugees in Turkey: Toward integration policies. *Turkish Policy Quarterly*, 15, 59-69.
37. Önal, A. ve Keklik, B. (2016). Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlar: Isparta ilinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7, 132-148.
38. UNHCR. *UNHCR Turkey: Key Facts and Figures*. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Refugees (İnternette) July, 2018. Erişim 20.06.2019, <https://r4v.info/en/documents/details/65165>

39. Ekşioğlu Sarılar, N.B. (2018). Türk basınında, ana akım medyada mülteci/sığınmacı temsili. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, 10, 139-157.
40. Erol, M. ve Ersever, O. (2014). Göç krizi ve göç krizine müdahale. *Kara Harp Okulu Bilim Dergisi*, 24, 47-68.
41. TTB. *Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları (İnternette) 2014. Erişim 18.03.2019, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacirpr.pdf>
42. UNHCR. *UNHCR Türkiye*. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Refugees (İnternette), 2018. Erişim 01.03.2019, <https://www.unhcr.org/tr/>
43. UNHCR. *Mid-Year Trends 2018*. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Refugees (İnternette), 2018. Erişim 05.06.2019, <https://www.unhcr.org/5c52ea084.pdf>
44. ORSAM. (2016). *Sığınmacıların sorunları ve gelecekleri çalıştayı*. Ankara: Ortadoğu Stratejik Araştırmalar Merkezi (İnternette) 2016, Eylül. Erişim 05.04.2019, https://orsam.org.tr/d_hbanaliz/a_yayinlar_tutanak_40tr.pdf
45. İHAD. (2012). *Türkiye İltica ve Sığınma Hakkı İzleme Raporu*. Ankara: İnsan Hakları Araştırmaları Derneği. Erişim 11.05.2019 www.stgm.org.tr/tr/icerik/detay/ihad-2011-yili-iltica-ve-siginma-hakki-izleme-raporu-2
46. TNSA (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (İnternette) 2014. Erişim 12.12.2018, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
47. Gültekin, M.N. (2015). Kent ve yeni sosyal etkileşimler: Gaziantep'teki Suriyelilerin genel örüntüsü, mevcut durumu ve muhtemel geleceği. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18, 163-176.
48. Barın, H. (2015). Türkiye'deki Suriyeli kadınların toplumsal bağlamda yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 1, 10-56.
49. OCHA. *Needs Humanitarian Overview-Syrian Arab Republic*. Cenevre: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (İnternette), 2019. Erişim 03.06.2019, <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/whole-of-syria>.
50. Taş, H.Y., & Özcan, S. (2018). Suriyeli göçmen sorunlarının sosyal politikalar bağlamında analizi. *Emek ve Toplum Dergisi*, 7, 37-54.
51. Buz, S. (2006). *Kadın ve göç ilişkisi: Sığınan ve sığınmacı kadınlar örneği*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora Tezi.
52. Tunç, A.Ş. (2015). Mülteci davranışı ve toplumsal etkileri: Türkiye'deki Suriyelilere ilişkin bir değerlendirme. *Tesam Akademi Dergisi*, 2, 29-63.
53. AFAD. *Türkiye'de Yaşayan Suriyeli Kadınlar*. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (İnternette) 2014. Erişim 25.11.2018, <http://kdk.gov.tr/haber/afad-turkiyedeki-suriyeli-kadınlar-raporunuyayinladi/465>
54. Karadağ, Ö. ve Altıntaş, K.H. (2010). Mülteciler ve sağlık. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9, 55-62.
55. Paksoy, A., & Şentöregil, M. (2018). Türk basınında Suriyeli sığınmacılar: İlk beş yılın analizi (2011-2015). *Selçuk İletişim Dergisi*, 11, 237-256.
56. Baş, M., Molu, B., Tuna, H.İ. ve Baş, İ. (2017). Göç eden ailelerin sosyo-kültürel ve ekonomik değişiminin kadın ve çocuk yaşamına etkisi. *Journal of the Human & Social Science Researches*, 6, 1680-1693.
57. Yağmur, Y. ve AYTEKİN, S. (2018). Mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları ve çözüm önerileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11, 56-60.
58. OCHA. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (İnternette) 2019, Erişim 02.03.2019, <https://www.unocha.org/>

59. MAZLUMDER. *Türkiye'de Suriyeli Mülteciler: İstanbul Örneği*. İstanbul: İnsan Hakları ve Mazlumlar İçin Dayanışma Derneği. Erişim 21.12.2018, http://istanbul.mazlumder.org/webimage/suriyeli_multeciler_raporu_2013.pdf
60. Mülteci-Der.(2016). *Türkiye'de Mülteci Olmak (Uydu Kentler: İzleme ve Raporlama Projesi)*. Ankara: Mülteciler Derneği. Erişim 13.04.2019, <http://www.multeci.org.tr/wp-content/uploads/2016/10/Turkiye-de-Multeci-Olmak-Uydu-kentler-Izleme-ve-Raporlama-Projesi-Kapanis-Toplantisi-Notlari-Ankara.pdf>
61. Yıldırımkaaya, G. (2014). Suriyeli mülteci kadınlarda üreme sağlığı. *Türkiye Aile Sağlığı ve Planlanması Vakfı Görünüm Dergisi*, 4-9.
62. Gümüş, Y. ve Bilgili, N. (2014). Göçün sağlık üzerindeki etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18, 63-67.
63. Gümüş, G., Kaya, A., Özdemir, S., Başbüyük, M., Çoşkun, A.M. ve Yılmaz, S.Ş. (2017). Suriyeli mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3, 1-17.
64. UNFPA. *Migration*. New York: United Nations Population Fund (İnternette), 2017. Erişim 04.01.2019, <https://www.unfpa.org/migration>
65. Kara, P. ve Nazik, E. (2018). Göçün kadın ve çocuk sağlığına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7, 58-69.
66. Aslan, Ş., Sünbül, F. ve Güzel, Ş. (2018). Mültecilerin Kilis sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, 1, 48-58.
67. Masterson, A.R., Usta, J., Gupta, J. and Ettinger, A. (2014). Assesment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. *BMC Women's Health*, 14-25.
68. Khoo, S.M. (2005). *The Millennium Development Goals*. Dublin: Trocaire Development Review, 43-56.
69. Aygar, H. ve Metintaş, S. (2018). Bir kalkınma göstergesi olarak anne ölümleri. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3, 63-70.
70. Way, C. *The Millennium Development Goals Report 2015*. New York: United Nations (İnternette) 2015. Erişim 01.07.2019, [https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)
71. WHO. *Trends in maternal mortality, 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank estimates, and the United Nations Population Division*. Geneva: World Health Organization (İnternette) 2015. Erişim 01.01.2019, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=13290A0C263D57D818976417AFEA27C9?sequence=1
72. Yıldızhan, R., Kolusarı, A., Edirne, T., Adalı, E., Erol, Ş., Kurdoğlu, M., ve ark. (2009). Van yöresinde adölesan gebeliklerin analizi. *Van Tıp Dergisi*, 16, 124-127.
73. AİLEDER. *Erken Evlilik Sorunu*. Ankara: Aile Danışmanları Derneği (İnternette) 2014. Erişim 01.02.2019, <file:///C:/Users/Pc/Downloads/Documents/bilgilen-guclen-rapor1.pdf>.
74. Şimşek, Z., Doğan, F., Hilali, N.G. ve Özek, B. (2015). Bir il merkezinde yaşayan 15-49 yaş evli Suriyeli kadınlarda üreme sağlığı göstergeleri ve hizmet ihtiyacı. *18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*.
75. MAZLUMDER. *Kamp Dışında Yaşayan Suriyeli Kadın Sığınmacı Raporu*. İstanbul: İnsan Hakları ve Mazlumlar için Dayanışma Derneği. Erişim 22.12.2018 <http://panel.stgm.org.tr/vera/app/var/files/m/a/mazlumder-kamp-disindayasayan-suriyeli-kadin-siginmacilar-raporu.pdf>
76. Kördeve, M.K. (2017). Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi: Bir alan araştırması. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1, 1-12.

77. Şimşek, Z. (2017). Suriyeli yerinden edilmiş nüfusun sağlığını geliştirme programı: Mültecilere sunulan sağlık hizmetinde hastane sosyal çalışanlarının rolü. *Uluslararası Sosyal Hizmet Kongresi-Ministry of Health Turkey*, 233-234.
78. Mülteciler ve üreme sağlığı riskleri. *Türkiye Aile Sağlığı ve Planlanması Vakfı Görünüm Dergisi*. 2-3.
79. Patel, S., Schechter, M.T., Sewankambo, N., Atim, S., Kiwanuka, N. and Spittal, P. (2014). Lost in transition: HIV prevalence and correlates of infection among young people living in post-emergency phase transit camps in Gulu District, Northern Uganda. *Public Library of Science*, 9, 1-10.
80. Salisbury, P., Hall, L., Kulkus, S., Paw, M.K., Tun, N.W., Min, A.M., et al. (2016). Family planning knowledge, attitudes and practices in refugee and migrant pregnant and post-partum women on the Thailand-Myanmar border—a mixed methods study. *Reproductive Health*, 13, 94.
81. Örsal, Ö. (2007). Aile planlaması tutumunun özellikleri, oluşması ve ölçülmesi. *Sendrom Dergisi*, 19, 86-90.
82. Karasar, N. (1999). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
83. Tavşancıl, E. (2014). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Nobel Kitapevi.
84. Diri, F.Ü. (2007). *İstatistik dersine yönelik tutumların araştırılması Meslek Yüksekokul örneği*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
85. Erkuş, A. (2003). *Psikometri Üzerine Yazılar: Ölçme ve Psikometrinin Tarihsel Kökenleri, Güvenirlik, Geçerlik, Madde Analizi, Tutumlar*. Türk Psikologlar Derneği.
86. İnceoğlu, M. (2011). *Tutum, Algı, İletişim*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınları.
87. Çüm, S. (2013). *Türkiye’de psikoloji ve eğitim bilimleri dergilerinde yayımlanan ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarının incelenmesi*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
88. Çayan, A. (2009). *15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
89. Bayat, B. (2014). Uygulamalı sosyal bilim araştırmalarında ölçme, ölçekler ve likert ölçek kurma tekniği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16, 1-24.
90. Deniz, Z. (2007). Psikolojik ölçme aracı uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 40, 1-16.
91. Ercan, İ. ve Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlilik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30, 211-216.
92. Erdoğan, S., Nahçıvan, N. ve Esin, N. (2014). *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama, Kritik*. İstanbul: Nobel Kitapevi.
93. Uysal, M., Öztürk, H., & Döş, İ. (2013). *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. Ankara: Nobel Yayın.
94. Şahin, B.D. ve Gülleroğlu, D.H. (2013). Likert tipi ölçeklere madde seçmede kullanılan farklı madde analizi teknikleri ile oluşturulan ölçeklerin psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Asya Öğretim Dergisi*, 1, 18-28.
95. Gözüm, S. ve Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 5, 3-14.
96. Büyükoztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 32, 470-483.
97. Vehid, H., & Eral, G. (2014). Nitel verilerin değerlendirilmesinde uygulanan istatistiksel yöntemler. *Çocuk Dergisi*, 14, 60-61.
98. Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenirlilik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9, 23-28.
99. Karakoç, F.Y. ve Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 40, 39-49.

100. Yeşilyurt, S. ve Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20, 251-264.
101. Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlik*. Ankara: Seçkin Yayınları
102. Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17, 196-205.
103. Hañçer, M. (2003). Ölçeklerin yazım dilinden başka bir dile çevirileri ve kullanılan değişik yaklaşımlar. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6, 47-61.
104. İkinci, S. (2015). Sığınmacılara toplum sağlığı merkezlerince verilecek ana-çocuk sağlığı hizmetlerine bir örnek. *18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*.
105. Güngör, E.S., Seval, O., İlhan, G. and Verit, F.F. (2018). Do Syrian refugees have increased risk for worsen pregnancy outcomes? Results of a tertiary center in İstanbul. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 15, 23-27.
106. UNHCR, UNICEF and WFP. (2018). *Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon*. Erişim 06.06.2019, <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/66795>
107. Mazhar, M. (2015). The Impact of Jordanian Health Care Policy on the Maternal and Reproductive Health Care Seeking Behavior of Syrian Refugee Women. *SIT Study Abroad*
108. Apak, H. (2014). Suriyeli göçmenlerin kente uyumları: Mardin örneği. *Mukaddime*, 5, 53-70.
109. Akpınar, T. (2017). Türkiye'deki Suriyeli mülteci çocukların ve kadınların sosyal politika bağlamında yaşadıkları sorunlar. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 3, 16-29.
110. Delcarpio, X., Şeker, S.D. and Yener, A.L. (2018). *Integrating Refugees into the Turkish Labour Market*. Erişim 02.05.2019, The World Bank, <https://www.worldbank.org/en/news/opinion/2018/06/26/integrating-refugees-into-the-turkish-labor-market>
111. ICMPD. (2018). *Making Migration Better Annual Report 2018*. Viyana: International Centre For Migration Policy Development. Erişim 04.06.2019, <https://www.icmpd.org/home/>
112. Türk, G.D. (2016). Türkiye'de Suriyeli mültecilere yönelik sivil toplum kuruluşlarının faaliyetlerine ilişkin bir değerlendirme. *Marmara İletişim Dergisi* 25, 145-157.
113. *Migrant Presence Monitoring Situation Report May 2017*. International Organization for Migration. Erişim 12.09.2018 http://migration.iom.int/docs/Sitrep_Turkey%20_May_2017_.pdf
114. UNHCR. *Operational Portal Refugee Situations*. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Refugees (İnternette) Jun, 2019. Erişim 20.06.2019, <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria>
115. UNHCR. *United Nations High Commissioner for Refugees* . The Un Refugee Agency Women. Erişim 15.06.2019, <https://www.unhcr.org/women.html?query=women>
116. T.C. İçişleri Bakanlığı. *Yıllık Göç Raporları-Türkiye Göç Raporu 2016*. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Erişim 05.06.2019, https://www.goc.gov.tr/icerik/yillik-goc-raporlari_363_377
117. TÜİK. *Temel İstatistikler*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu (İnternette) 2017. Erişim 15.06.2019, <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>
118. Mülteci-Der. *Türkiye'deki Suriyeli Sayısı*. Ankara: Mülteciler Derneği (İnternette). Erişim 25.06.2019, <https://mültceciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/>
119. AFAD. *Geçici Barınma Merkezi Raporu*. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (İnternette) 2018. Erişim 05.06.2019, file:///C:/Users/Pc/Downloads/Documents/15_10_2018_Suriye_GBM_Bilgi_Notu_1.pdf
120. T.C. İçişleri Bakanlığı. *Vatansız Kişilere Tanınan Haklar ve Güvenceler*. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Erişim 18.06.2019 https://www.goc.gov.tr/icerik6/vatansiz-kisilere-taninan-haklar-ve-guvenecer_409_421_535_icerik

121. Karakaya, E., Coşkun, A.M., Özerdoğan, N. ve Yakıt, E. (2017) Suriyeli mülteci kadınların doğurganlık özellikleri ve etkileyen faktörler: Kalitatif bir çalışma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10, 1307-9581.
122. İHH. *Komşuda kriz Suriyeli sığınmacılar*. İstanbul: İnsani ve Sosyal Araştırmalar Merkezi (internette) 2014, Erişim 01.07.2019, <https://www.ihh.org.tr/public/publish/0/82/suriyeli-multeciler-web.pdf>
123. Çelik, İ.A. ve Vural, F. (2018). Suriyeli mülteci kadınların kuma dramı: Kilis ili örneği. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8, 341-382.
124. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Erişim 05.05.2019, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>
127. Tezel, A., Gönenç, İ., Akgün, Ş., Karataş, D.Ö. ve Yıldız, T.A. (2015). Kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18, 181-188.
128. UNHCR. *Syria Regional Response Plan Strategic Overview 2014*. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Refugees (İnternette), 2014. Erişim 02.02.2019, www.unhcr.org/syriarrp6/midyear/docs/syria-rp6-midyear-full-report.pdf
129. UNDP. *3 RP Regional Refugee and Resilience Plan*. New York: United Nations Development Programme (İnternette) 2018. Erişim 18.03.2019, <http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/poverty/3rp-regional-progress-report.html>
130. WHO. *Human Rights And Health*. Geneva: World Health Organization (İnternette) December 2017, Erişim 20.03.2019, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
131. T.C. Sağlık Bakanlığı. *SIHHAT (Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi) Projesi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (İnternette), Aralık 2016. Erişim 18.03.2019, http://www.sihhatproject.org/proje-faaliyetleri_0-657
132. Aktoprak, M. (2012). *Evli kadınlar ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve ilişkili faktörler*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi.
133. Apay, S.E., Nazik, E., Özdemir, F. ve Pasinlioğlu, T. (2010). Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13, 1-46.



EKLER

Ek 1: Ölçek Kullanım İzni

İLGİLİ MAKAMA

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ isimli 2006 yılında doktora unvanımı aldığım tezimde geliştirdiğim ölçeğin, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü, Dr. Öğretim Üyesi Besey Ören danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisi Melek Kaya'nın "Türkiye'deki Mülteci Kadınların Aile Planlanması Hizmetlerini Bilme, Erişebilme Durumları ve Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı bir çalışmada kullanılmasının uygun olduğunu beyan ederim.



01 Haziran 2018

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Ek 2: Enstitü İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/07/2018-E.18777



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 05/07/2018

Toplantı Sayısı : 20

Karar Sayısı : 12

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin 27'nci maddesinin ilgili hükümleri uyarınca Enstitümüz Ebelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi 171001018 numaralı Melek KAYA'nın "İstanbul'da Yaşayan Mülteci Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerini Bilme, Erişebilme Durumları ile Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı "Yüksek Lisans Tez Önerisi"nin ekteki şekli ile kabulüne, oybirliği ile karar verildi.

Aslı Gibidir

e-imzalıdır

Doç.Dr. Meltem VURAL
Enstitü Müdürü V.

Ek 3: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/07/2018-E.18351



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 46418926-050.03.04
Konu : Araştırma Projesi Değerlendirme
Raporu

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Besey ÖREN,

Kurulumuzda değerlendirmek üzere sunduğunuz 18/30 kayıt numaralı, "*İstanbul'da Yaşayan Mülteci Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerini Bilme, Erişebilme Durumları ile Tutumlarının Değerlendirilmesi*" başlıklı proje önerisi Kurulumuzun 06.07.2018 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur. İlgili kurul kararı Ek'te sunulmuştur.

Projenizi tamamladığımızda dosyanızda eksik olan başvuru evraklarından FORM 3'ün tanzim edilerek Kurul Sekreterliğimize bırakılması hususunda;
Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan

Ek:Kurul Kararı

Ek 4: Kurum İzni

KURUM İZİNİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Melek KAYA'nın " İstanbul' da Yaşayan Mülteci Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerini Bilme, Erişebilme Durumları ile Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması kapsamında Sultangazi ilçesinde bulunan Tzu Chi Vakfında ölçek ve anket çalışması yapmasını onaylıyorum.

Saygılarımla arz ederim.

موافقة المركز

جامعة الأقسام الطبية - رسالة ماجستير في القبالة باسم الطالبة ملك كايا
قامت بدراسة استبيان حول تنظيم الأسرة على النساء اللاجئات في مدينة اسطنبول
في مقاطعة سلطان غازي في مركز تسجي التايواني الطبي
أرجو منحي الموافقة وشكرا

Tzu Chi Vakfı
MÜDÜR

Dr. Şehir ALFARİH



Taiwan Tzu Chi Foundation Free Clinic
Cebeci Mh. No: 75 Sokak: 24/90
S.Gazi / İSTANBUL

Ek 5: Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Türkçe)

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
1.Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir					
2.Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar					
3.Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler					
4.Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur					
5.Ailede çok çocuk olması, gelecekte kardeşlerinin birbirini destekleyeceği anlamına gelir					
6.Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır					
7.Kadının asli görevi doğurmaktır özdeyişi doğrudur					
8.Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır					
9.Doğan her çocuğun rızkını "Allah" verir					
10.Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır					

11.Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez					
12.Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir					
13.Erkek adamın erkek damadı olur					
14.Erkek adamın erkek oğlu olur					
15.Kız çocuk varsa çocuğum var denilir					
16.Spiral baş ağrısı yapar					
17.Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır					
18.Spiralin mideye kaçacağından korkulur					
19.Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur					
20.Doğum kontrol yönteminin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür					
21.Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı/arzusu az olur					
22.Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zorunludur					
23.Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz					
24.Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz					
25.Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybederler					
26.Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur/erkekleşir					

27.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum					
28.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum					
29.Gebelik kadını çekici hale getirir					
30.Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip eder					
31.Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir					
32.Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir					
33.Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir					
34.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum					

Ek 5 (A): Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Arapça)

استبيان تنظيم الأسرة					
غير موافق تماماً	غير موافق	لا يوجد رأي لدي	موافق	موافق تماماً	
					1 زيادة عدد الأولاد تعبر عن رجولة الرجل
					2 زيادة عدد الأولاد يؤمن قوة اجتماعية في البيئة
					3 يريد العائلات إن يكون لديهم أولاد أكثر وذلك من أجل مساعدتهم في تخفيف أعباء المعيشة
					4 لا يوجد أي مشكلة في زيادة عدد الأطفال لأن الأطفال سوف يهتمون ببعضهم البعض
					5 إن كثرة الأولاد في الأسرة يعني أن الأخوة سوف يساعدون بعضهم لبعض في المستقبل
					6 الأولاد الذكور ضرورة وذلك للحفاظ على عدم تقسيم ممتلكات الأسرة
					7 حسب المثل القائل إن الوظيفة الأساسية للمرأة هي الإنجاب صحيحة
					8 يجب إن يكون لدى العائلة صبيان وبنات
					9 كل مولود رزقه على الله
					10 تحديد النسل من طلبات الدول الغربية
					11 إن الحموات لا تسمحن باتباع طريقة تحديد النسل
					12 يقال للرجل رجل إذا كان لديه أولاد صبيان
					13 يكون للرجل الفحل صهر فحل
					14 تقاس رجولة الرجل بوجود أولاد ذكور
					15 يقال للرجل رجل إذا كان لديه بنات
					16 تركيب اللولب عند المرأة يؤدي إلى صداع في الرأس

				خيوط اللولب يخفض من العلاقة الجنسية	17
				هناك خوف من انتقال اللولب إلى المعدة	18
				إن تحديد النسل باستخدام حبوب منع الحمل قد يسبب أمراض سرطانية	19
				يعتقد أن منع الحمل بإتباع نظام تحديد النسل له تأثير سلبي على العلاقة الجنسية	20
				إن إتباع نظام تحديد النسل يخفف من الرغبة الجنسية	21
				يجب على النساء الإتياب مرة أخرى بعد إتباع نظام منع الحمل	22
				إن ربط القناة عند الرجل يحرمه من المتعة الجنسية	23
				إن ربط المبيض عند المرأة يحرمها من المتعة الجنسية	24
				إن ربط القناة عند الرجال يؤدي إلى فقدانهم للقدرة الجنسية	25
				إن ربط المبيض عند النساء يؤدي إلى فقدانهن للقدرة الجنسية	26
				إذا كانت الفترات الزمنية بين كل حمل أقل من سنتين لا اعتقد أن لها علاقة بصحة الطفل	27
				إذا كانت الفترات الزمنية بين كل حمل أقل من سنتين أعتقد أن لها علاقة بصحة الأم	28
				الحمل يجعل المرأة جذابة	29
				إن العائلات التي لديهم أطفال كثر يمكنهم من متابعة نمو كل طفل عن قرب	30
				من الناحية الصحية للمرأة الولادة أفضل من نظام تحديد النسل لمنع الحمل	31
				إن إتباع دورة تنظيم الأسرة للنساء الغير متزوجات غير صحيحة	32
				يفضل الزواج من الفتيات اللواتي ليس لديهن معلومات حول نظام تحديد النسل	33
				لا أعتقد أن هناك حاجة للتعليم على طريقة نظام تحديد النسل	34

Ek 6: Anket Formu (Türkçe)

1.	Eğitim durumunuz nedir?	1. İlkokul mezunu 2. Ortaokul mezunu 3. Lise mezunu 4. Üniversite ve lisansüstü eğitim
2.	Kaç yaşındasınız?	
3.	Çalışma durumunuz nedir?	1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor
4.	Hangi ülkeden geldiniz?	
5.	Kaç yıldır Türkiyede yaşıyorsunuz?	

6. İlk evlenme yaşıınız?.....

7. Gebelik sayısının kaçtır?

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4 ve üzeri

8. Daha önce düşük yaptınız mı? 1. Evet () 2.Hayır()

9.(8. Sorunun Cevabı Evet ise) Kaç düşük yaptınız?.....

10.Daha önce isteyerek gebeliğinizi sonlandırdınız mı? 1. Evet () 2.Hayır()

11. Herhangi iki gebeliğiniz arasındaki en kısa süre ?

1. 12 ay
2. 24 ay
3. 36 ay
4. 48 ay ve daha fazla

12. Son gebeliğiniz planlıydı? 1. Evet () 2. Hayır()

13. Çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz? 1. Evet () 2. Hayır ()

14. Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz? 1. Evet ()

2. Hayır ()

15. (14. sorunun cevabı Evet ise cevaplayınız) Korunma yöntemini ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

Gün.....

Hafta.....

Ay...

Yıl.....

16. Gebeliği önleyici yönteme karar verirken eşinize danışıyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır()

17.Şimdiye kadar kullandığınız korunma yöntemlerini işaretleyiniz ?

1. Ria
2. Oral kontraseptif
3. Kondom
4. Enjektabl
5. Norplant
6. Geri çekme
7. Takvim
8. LAM
9. Vajinal duş
10. Diğer(Lütfen belirtiniz).....

18. Gebeliği önleyici yönteme karar verirken eşinize danışıyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

19. Aile planlanması yöntemleri sizce etkili mi?

1. Etkili ()

2. Etkili değil ()

20. Seçtiğiniz yöntemi tercih etme nedeninizi işaretleyiniz?

1. Daha sağlıklı
2. Çocuk emziriyorum
3. Daha güvenilir
4. Kullanımı kolay
5. Çocuk istemiyorum
6. Uzman sağlık personeli tavsiyesi etti
7. Eşim korunmamı istiyor
11. Âdetimin düzelmesi için

12. Diğer(Lütfen belirtiniz).....

21. Türkiye' deki herhangi bir sağlık personelinden (ebe, hemşire, doktor) korunma yöntemlerine yönelik kullanımı ve özellikleri ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

1. Evet () 2.Hayır()

22. (21. sorunun cevabı Evet ise işaretleyiniz)Danışmanlık aldıktan sonra yöntem kullanmaya başladınız mı?

1. Evet () 2. Hayır()

23. Korunma yöntemleri konusundaki bilgilere nasıl ulaştınız?

1. Okul
2. Kitap – Dergi
3. İnternet-TV
4. Doktor
5. Ebe
6. Hemşire
7. Diğer(Lütfen belirtiniz).....

24. Korunma yöntemlerini nerden temin ettiniz?

1. Devlet Hastanesi
2. Doğumevi
3. Aile Hekimliği
4. Üreme Sağlığı Merkezi
5. Göçmen Sağlığı Merkezi
6. Diğer (Lütfen belirtiniz).....

25. Yöntemi temin etme yerini tercih nedeniniz?

1. Ulaşım kolaylığı
2. Düşük maliyet / ucuz
3. Ücretsiz
4. Hizmet daha iyi
5. Sadece orada temin edebiliyorum

Ek 6(A): Anket Formu (Arapça)

استبيان

- 1- ما هو مستواك التعليمي :
1 -التعليم الابتدائي
3 - التعليم الثانوي
- 2 -- كم العمر :
3- ما هو وضعك الوظيفي :
1 - اعمل
4 - من إي بلد أنت :
5 - من كم سنة أنت في تركيا
6 - كم كان عمرك عند زواجك الأول
7- ما هي عدد حالات الحمل
1 - 1
2 - 2
3 - 3
4 - 4 وأكثر
- 8 - هل أجهضت سابقا
1 - نعم ()
2 - لا ()
- 9 - إذا كان الجواب على الفقرة (8) بنعم - كم عدد الإجهاضات
10- هل سبق وأنهيت حملك بإرادتك
1 - نعم ()
2 - لا ()
- 11- ما هي أقصر مدة كانت لديك ما بين الحملين
1 - سنة ()
2 - سنتين ()
3 - ثلاث سنوات ()
4 - أربعة سنوات ()
5 - خمس سنوات ()
6 - ست سنوات ()
- 12 - هل كان حملك الأخير مخططا
1 - نعم ()
2 - لا ()
- 13 - هل ترغبين بأن يكون لديك طفل
1- نعم ()
2- لا ()
- 14- هل تستخدمين طريقة تنظيم الأسرة (منع الحمل)
1- نعم ()
2- لا ()
- 15 - إذا كان جوابك على الفقرة (14) بلا - يجب بيان الأسباب التي تمنعك من إتباعك طريقة تنظيم الأسرة (منع الحمل)
1- لعدم رغبة زوجي
2 - ليس لدي أي معرفة بطريقة تنظيم الأسرة (منع الحمل)
3- بسبب زيادة في الوزن
4- يزيد النزف
5- رغبتني بالأطفال
6- ضعف الوضع المادي
7- لعدم وجود مركز صحي مجاني
8- لأنني حامل
9- مضر بالصحة (موانع طبية)
10- أعتقد أن الرضاعة تمنع الحمل
11 - في حال وجود أسباب أخرى (يجب ذكرها)
- 16 - إذا كان جوابك على الفقرة (14) بنعم - منذ متى وأنتي تتبعين طريقة منع الحمل
كم يوم :
كم أسبوع :
كم شهر :
كم سنة :
- 17- ضعي إشارة على سبب تفضيلك للطريقة التي تختارينها في الفقرات التالية :
1 - صحي أكثر
2- طريقة الرضاعة
3 - أكثر أمنا
4- سهولة الاستخدام
5- لعدم رغبتني للأطفال
6- حسب توصية أخصائي الصحة
7- نتيجة لطلب زوجي بحماية نفسي
8- من أجل تنظيم العادة الشهرية
9 - في حال وجود أسباب أخرى (يجب ذكرها)

18- ضعبي إشارة على الطرق التي استخدمتها لمنع الحمل حتى الآن

- 1 - اللولب
 - 2 - حبوب منع الحمل
 - 3 - وافي
 - 4 - طريقة الحقن
 - 5 - غرسة منع الحمل (شريحة تحت الجلد)
 - 6 - كبسولة منع الحمل
 - 7 - حسب الدورة الشهرية
 - 8 - الرضاعة الطبيعية
 - 9 - الدشر المهبلي
 - 10- في حال وجود طرق أخرى (يجب ذكرها)
- 19 - هل تعتقدي أن طريقة تنظيم الأسرة فعال
- 1 - فعال ()
 - 2 - غير فعال ()
- 20 - عند إتباع طرق منع الحمل هل تستشيري زوجك بذلك
- 1- نعم ()
 - 2- لا ()
- 21 - هل حصلت على معلومات ومواصفات عن طرق منع الحمل من جهات صحية في تركيا (من ممرضة - قابلة - طبيب)
- 1- نعم ()
 - 2- لا ()
- 22 - إذا كان الجواب على الفقرة 21 بنعم - هل استخدمت طرق منع الحمل
- 1- نعم ()
 - 2- لا ()
- 23 - من أي مصادر حصلت على معلومات طريقة منع الحمل
- 1- من المدرسة
 - 2- من الكتب والمجلات
 - 3- من انترنت - تلفزيون
 - 4- من الدكتور
 - 5- من القابلة
 - 6- من الممرضة
 - 7- من مصادر أخرى (اذكرها)
- 24 - من أين حصلت على مستلزمات منع الحمل
- 1- من مشافي الحكومية
 - 2- من طبيب العائلة
 - 3- من مركز الإنجاب الصحي
 - 4- من مركز الصحي للاجئين
 - 5- إذا كان من مراكز أخرى (اذكرها)
- 25- ما هي الأسباب التي دفعتك إلى اختيار مكان تأمين مستلزمات منع الحمل
- 1- سهولة التنقل
 - 2- تكلفة منخفضة / رخيص
 - 3- مجاني
 - 4- خدمة أفضل
 - 5- فقط يمكن تأمينها من ذلك المكان

Ek 7: Gönüllü Olur Formu (Türkçe)

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: İstanbul’da Yaşayan Mülteci Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerini Bilme, Erişebilme Durumları ile Tutumlarının Değerlendirilmesi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr. Öğr. Üy. Besey ÖREN

Diğer Araştırmacıların Adı: Melek KAYA

“İstanbul’da Yaşayan Mülteci Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerini Bilme, Erişebilme Durumları ile Tutumlarının Değerlendirilmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. . Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalında, Dr. Öğr. Üy. Besey ÖREN sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışma, mülteci kadınların refah seviyelerini arttırmak için aile planlanması hizmetlerinde ihtiyaç analizi yapmak, hizmete erişim konusundaki yaşadıkları sorunları tanımlayarak etkin sağlık hizmeti önerisi sunmak, mülteci kadınların aile planlaması hizmetlerinden tam ve sürekli yararlanabilmesi için aile planlamasına yönelik tutumlarını ölçerek sağlık profesyonellerinin farkındalıklarını artırmak ve gerekli düzenlemeleri mülteci tutumlarını göz önünde bulundurarak gerçekleştirmelerini sağlamak amacıyla çok merkezli çalışmaya siz dahil 400 kişinin katılması planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Çalışma; soru formu yöntemi ile veriler toplanacaktır.
- Aile Planlamasına yönelik 34 maddelik tutum ölçeği ve 25 soruluk anket ile veriler toplanacaktır
- Araştırmanın süresi: 5 dakikadır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Araştırma nedeniyle göreceğiniz herhangi bir zarar öngörülmemiştir.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Mülteci kadınların refah seviyelerini arttırmak için aile planlanması hizmetlerinde ihtiyaç analizi yapmak, hizmete erişim konusundaki yaşadıkları sorunları tanımlayarak etkin sağlık hizmeti önerisi sunmak, mülteci kadınların aile planlaması hizmetlerinden tam ve sürekli

yararlanabilmesi için aile planlamasına yönelik tutumlarını ölçerek sağlık profesyonellerinin farkındalıklarını arttırmak ve gerekli düzenlemeleri mülteci tutumlarını göz önünde bulundurarak gerçekleştirmelerini sağlamaktır.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışmada sizden kişisel kimlik bilgileriniz istenmeyecektir.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Ebelik Anabilim dalında, Ebe Melek KAYA tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Melek KAYA, Ebe
Adres: Sultangazi İlçe Sağlık Müdürlüğü
Tel: 542 409 11 03
İmza:

Katılımcı

İmza:

Ek 7(A): Gönüllü Olur Formu (Arapça)

استمارة تعريفية للمشاركين المتطوعين

اسم مشروع البحث : يهدف المشروع إلى تقييم مواقف اللجان المقيمت في اسطنبول حول تنظيم الأسرة بعد اطلاعهم وتوويرهم على فوائد المشروع

اسم المسنول عن مشروع البحث : عضو هيئة التدريس الدكتور باسي اوران
عضو لجنة البحث : ملك كايا

ندعوكم للمشاركة في تقديم خدمات تنظيم الأسرة للجان اللواتي يعشن في اسطنبول من أجل تقييم أوضاعهن ومواقفهن وان هذا العمل يهدف إلى تقديم بحث واقعي , وان المشاركة فيه تستند إلى العمل الطوعي , وقبل مشاركتهم في العمل الطوعي يجب تعريفهم على مضمون البحث , وسيطلب من المشاركين التوقيع على هذه الاستمارة بعد اطلاعهم على مضمون البحث والإجابة على كل الأسئلة لديهم , يكون هذا البحث تحت إشراف الدكتور باسي اوران عضو هيئة التدريس في جامعة العلوم الصحية - قسم القبالة

ما هي أهداف البحث . وكم متطوع سيشركون في البحث ؟

يهدف هذا البحث إلى تحليل احتياجات اللازمة لعائلات النساء اللجان من أجل تقديم الخدمات المطلوبة لزيادة مستويات الرفاهية لديهن ومن أجل استفادة النساء اللجان بشكل كامل ومستمر من خدمات تنظيم الأسرة والعمل على زيادة وعيهم الصحي وذلك من خلال تحليل مواقفهم تجاه تنظيم الأسرة , وتم التخطيط وإعداد الترتيبات اللازمة لإشراك /400/ شخص في مراكز متعددة مع الأخذ بعين الاعتبار مواقف اللجان لإنجاح البحث المطلوب

ماذا ينتظرني إذا شاركت في هذا البحث ؟

يجب تضمين المعلومات التالية تحت هذا العنوان

- العمل : سيتم جمع البيانات عن طريق أسئلة الاستبيان
- تم إعداد /34/ مادة تتعلق بتحليل المواقف مع توجيه /25/ سؤال لجمع البيانات حول تنظيم الأسرة

مدة البحث /5/دقائق

هل يوجد مخاطر وإزعاج من دراسة موضوع البحث ؟

لم يلاحظ أي ضرر من البحث

ما هي الفوائد من مشاركتي بالبحث ؟

يهدف هذا البحث إلى تحليل احتياجات اللازمة لعائلات النساء اللجان من أجل تقديم الخدمات المطلوبة لزيادة مستويات الرفاهية لديهن ومن أجل استفادة النساء اللجان بشكل كامل ومستمر من خدمات تنظيم الأسرة , والعمل على زيادة وعيهم الصحي وذلك من خلال تحليل مواقفهم تجاه تنظيم الأسرة ,

ما هي تكلفة المشاركة في هذه الدراسة ؟

من خلال المشاركة في الدراسة لا يتحمل المشاركون أي عبء مالي ولا يستفيدون من أي تعويض مادي

كيفية استخدام معلوماتي الشخصية ؟

في هذه الدراسة لن يطلب منكم معلومات التعريف الشخصية الخاصة بك

(المشاركون / بيان صحي للمشارك)

ستقوم جامعة العلوم الصحية - قسم القبالة , بإجراء بحث طبي بإدارة القبالة ملك كايا , وبعد اطلاعي على مضمون المشروع دعيت للمشاركة في هذا البحث

وان مشاركتي بمشروع البحث لم يكن إجباريا ولو رفضت إجراء ذلك البحث فإن ذلك لن يؤثر لا على وضعي الطبي ولا على علاقتي بالدكتور , وأنا أستطيع الانسحاب من مشروع البحث في أي وقت وبدون أي مبرر

ولا أتحمل أي مسؤولية عن المبالغ التي سوف تصرف من أجل البحث , ولن يصرف لي أي تعويض عن مشاركتي بمشروع البحث , وأنا على علم بأن المعلومات الشخصية لي سوف تبقى سرية

وأنتي استوعبت كل المعلومات والتوضيحات التي قدمت لي وضمن هذه الشروط قررت الاشتراك في هذا المشروع بشكل طوعي وبملاء إرادتي دون أي ضغط أو إكراه من أحد و سيتم إعطائي نسخة موقعة من ورقة الاستمارة

تم إجراء المقابلة مع المشاركين من قبل القبالة ملك كايا

العنوان : جامعة العلوم الصحية

هاتف : 5424091103

Ek 8: Uzmanlar Listesi

<p>AHMAD ZARZORİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI GÜÇLÜ GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ ARAPÇA+TÜRKÇE</p>	<p>ALI ALTAVIL PRATİSYEN HEKİM SULTANGAZİ 1 NOLU GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ ARAPÇA+TÜRKÇE</p>
<p>ŞADİ EL HALİL KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI SULTANGAZİ 2 NOLU GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ ARAPÇA+TÜRKÇE</p>	<p>ABDULWAHAP MÜCEDDİMİ HEMŞİRE + TERCÜMAN SULTANGAZİ 1 NOLU GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ ARAPÇA+TÜRKÇE</p>
<p>BAYAN EL SALEH HEMŞİRE SULTANBEYLİ GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ ARAPÇA+TÜRKÇE</p>	<p>MAHİR ELHASAN HEMŞİRE SULTANGAZİ 2 NOLU GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ ARAPÇA+TÜRKÇE</p>
<p>MANAL ELCASİR HEMŞİRE SULTANGAZİ 2 NOLU GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ ARAPÇA+TÜRKÇE</p>	<p>YUSUF ÇİFTÇİ EĞİTİM GÖREVLİSİ DİB HASEKİ DİNİ YÜKSEK HASEKİ MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ ARAPÇA+TÜRKÇE</p>
<p>RINAS NASSAN HEMŞİRE KÜÇÜKÇEKMECE GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ ARAPÇA+TÜRKÇE</p>	<p>GÜLBAHAR ÇİFTÇİ DİN KÜLTÜRÜ VE AHLAK BİLGİSİ ÖĞRETMENİ MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI: ÖĞRETMEN ARAPÇA+TÜRKÇE</p>

Ek 9: İntihal Raporu

İSTANBUL'DA YAŞAYAN MÜLTECİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNE ERİŞEBİLME DURUMLARI VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ORIJINALLIK RAPORU



BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 2
2	www.selcuk.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	toad.edam.com.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	dergiler.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1

ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Melek KAYA
Doğum Yeri ve Yılı : Üsküdar - 11.05.1994
Uyruğu : T.C.
İş Adresi : Sultangazi İlçe Sağlık Müdürlüğü 2114 Sk. No: 19-21
Sultangazi /İSTANBUL
Cep Telefonu : 542 409 11 03
E-mail : kayamelek111@gmail.com
Melek.kaya4@saglik.gov.tr

Eğitim Bilgileri

- Y. Lisans: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Tezli Yüksek Lisans Programı, devam ediyor
- Lisans: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü,2016
- Lise: Süleyman Demirel Anadolu Lisesi-Sayısal Bölümü, 2012
- İlkokul: Servet Çambol İlköğretim Okulu,2008
-

İş Denevimleri

- Sultangazi İlçe Sağlık Müdürlüğü - Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Birimi, devam ediyor
- Sultangazi İlçe Sağlık Müdürlüğü - Kanser Birimi, Ruh Sağlığı Birimi ve Bağımlılık Danışma Birimi, 2018
- Sultangazi Toplum Sağlığı Merkezi - Çocuk Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi (NTP), 2017
- Özel Kervan Sağlık Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi - Uzman Öğretici - Meslek Esasları, Anatomi, Yaşam Desteği ve Ruh Sağlığı Dersleri, 2016
- Özel Yüzyıl Hastanesi, 2016
- Özel Romatem Fizik ve Tedavi Hastanesi, Radyoterapi Hemşireliği, 2014

Bilimsel Etkinlikler

- Uluslararası Marmara Fen ve Sosyal Bilimler Kongresi, 2018 – Mültecilere Sunulan Gönüllü Sağlık Hizmetleri: Tzu Chi Vakfı Örneği (Bildiri ile Katılım)

Katılım Sertifika ve Belgeler

- İlk Yardım Eğitici Eğitimi Sertifikası, Sağlık Bakanlığı, 2019
- Sürdürülebilir Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Kalbi: Ebelik Sempozyumu Katılım Belgesi, Sağlık Bakanlığı - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2019
- Aile Planlamasında Klinik Becerilerin Standardizasyonu ve Eğitim Metodolojisi Eğitici Sertifikası, Sağlık Bakanlığı, 2018
- Rahim İçi Araç Uygulama Sertifikası, Sağlık Bakanlığı, 2017
- Varoluş ve Kariyer Kursu Sertifikası, Biruni Üniversitesi, 2017
- Elektronik Fetal Monitörizasyon Kursu Katılım Belgesi, Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği, 2017
- Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi, Sağlık Bakanlığı, 2017
- Pedagojik Formasyon Programı Sertifikası, Kocaeli Üniversitesi, 2016
- Kocaeli Ebelik Sempozyumu Katılım Belgesi, Derince EAH, 2016
- İş Sağlığı ve Güvenliği Temel Eğitimi, Kocaeli Üniversitesi, 2016
- Yenidoğanda Kanıt Temelli Cilt Bakımı Sertifikası, İstanbul Üniversitesi, 2015
- Uluslararası & 6. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi Katılım Belgesi, İstanbul Üniversitesi, 2015
- Kocaeli Üniversitesi Toplumsal Sorumluluk Projesi Başarı Belgesi, Kocaeli Toplum Gönüllüleri-Kocaeli Üniversitesi, 2014
- Bilgisayar Programları Sertifikası, KO-MEK, 2010

Yabancı Dil ve Düzeyi

- İngilizce- Orta Seviye