

T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ISPARTA ÖZEL EĞİTİM İŞ UYGULAMA MERKEZİ'NDE  
EĞİTİM GÖREN ENGELLİ ÇOCUKLARIN  
ANNELERİNE VERİLEN EĞİTİMİN  
ANNELERİN ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU  
BİLGİ ve TUTUMLARINA ETKİSİ

Serpil ÖZBAŞ  
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Ersin USKUN

Tez. No: 146

ISPARTA-2016

## KABUL ve ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programı** Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27 / 06 / 2016

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ersin USKUN  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD

Üye : Prof. Dr. Mustafa ÖZTÜRK  
Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD

Üye : Prof. Dr. A. Nesimi KİŞİOĞLU  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD

Üye : Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD

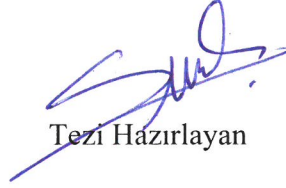
Üye : Doç. Dr. Sevgi ÖZSOY  
Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksekokulu,  
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

ONAY: Bu doktora tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Mustafa KAYAN  
Enstitü Müdürü

## BEYAN

“Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi’nde Eğitim Gören Engelli Çocukların Annelerine Verilen Eğitimin Annelerin Üreme Sağlığını Koruyucu Bilgi ve Tutumlarına Etkisi” adlı Doktora tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.



Tezi Hazırlayan

Serpil ÖZBAŞ

İmza



Danışman

Prof. Dr. Ersin USKUN

İmza



*Kızlarımaya ithaf ediyorum...*

*Saygılarımla...*

*Isparta, 2016*

## TEŞEKKÜR

*Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yürüttüğüm doktora eğitimim ve tez çalışmamda her türlü emeğini, desteğini cömertlikle sergileyen, çalışmalarına her daim destek veren ve hoşgörüsünü hiç eksik etmeyen danışman hocam Prof. Dr. Ersin USKUN'a,*

*Eğitim hayatım boyunca bilgi ve deneyimleriyle beni yetiştiren tüm hocalarım,*

*Çalışmanın yapılması için onay veren Isparta İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne ve çalışmanın yapılması aşamasında destek veren Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi (Okulu)'ne,*

*Hayatımın her döneminde koşulsuz yanımda olan ve beni bu günlere getiren sevgili anne ve babama, doktora eğitimim boyunca beni yüreklendiren, destek olan kardeşime,*

*Her koşulda desteğini esirgemeyen sabrı ve hoşgörüsüyle daima yanımda olan sevgili eşim Halil ÖZBAŞ'a ve varlıkları ile bana hep güç veren kızlarıma,*

**SONSUZ TEŞEKKÜRLER**

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL ve ONAY SAYFASI</b> .....	<b>ii</b>
<b>BEYAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>RESİMLER DİZİNİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Üreme Sağlığı.....	3
2.1.1. Üreme Sağlığı Kavramının Gelişimi .....	3
2.1.2. Üreme Sağlığı Kavramının Tanımı .....	9
2.1.3. Üreme Sağlığının Amaç ve Kapsamı .....	10
2.1.4. Üreme Hakları .....	12
2.1.5. Üreme Hakları ile ilgili Uluslararası ve Ulusal Düzenlemeler .....	15
2.2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme .....	16
2.2.1. Sağlığı Koruma .....	16
2.2.2. Sağlığı Geliştirme .....	17
2.2.3. Sağlık Eğitimi .....	19
2.2.4. Yetişkin Eğitimi .....	21
2.2.5. Tutum ve Davranış İlişkisi.....	23
2.3. Engellilik .....	25
2.3.1. Engelli Kavramının Tanımı .....	25
2.3.2. Engelliliğe Neden Olan Durumlar .....	27
2.3.3. Engelli Çocuğa Sahip Olma ile Yaşanan Güçlükler .....	27
2.4. Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışları.....	29
2.4.1. Yaş Dönemlerine Göre Üreme Sağlığını Olumsuz Etkileyen Durumlar .....	29
2.4.2. Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı.....	31
2.4.3. Üreme Organ ve Meme Kanserinden Korunma .....	32
2.4.4. Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları.....	33

2.4.5. Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma .....	34
2.4.6. İstenmeyen Gebeliklerden Korunma .....	35
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>38</b>
3.1. Araştırmanın Alanı ve Özellikleri .....	38
3.2. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	38
3.3. Araştırmanın Evreni .....	38
3.4. Etik .....	39
3.5. Araştırmanın Hipotezleri .....	39
3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler .....	39
3.7. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler.....	40
3.8. Veri Toplama ve Değerlendirme .....	42
3.8.1. Veri Toplama Araçları .....	42
3.8.1.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu.....	42
3.8.1.2. Bilgi Ölçme Testi (BÖT) .....	43
3.8.1.3. Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ).....	44
3.8.2. Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışlar Eğitimi.....	46
3.8.2.1. Eğitim Programının Tanımı .....	46
3.8.2.2. Eğitim Programının Hedefleri ve Öğrenim Çıktıları .....	46
3.8.2.3. Eğitim Materyallerinin Hazırlanması.....	47
3.9. Araştırmanın Çalışma Takvimi .....	51
3.10. Ön Uygulama .....	53
3.11. İstatistik Analiz ve Değerlendirme .....	53
3.12. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları .....	55
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>56</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>84</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>102</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>109</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>110</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>111</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>122</b>
EK 1. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı .....	122
EK 2. Isparta Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün Tez Çalışması İzin Yazısı.....	125

EK 3. Çalışmaya Katılma Onay Formu.....	127
EK 4. Ölçek Kullanım İzni.....	128
EK 5. Eğitim Davetiyesi.....	129
EK 6. Tanımlayıcı Bilgi Formu.....	130
EK 7. Bilgi Ölçme Testi (BÖT) .....	133
EK 8. Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ).....	134
EK 9. Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışlar Eğitimi.....	136
EK 10. Katılım Belgesi .....	167
EK 11. Özgeçmiş.....	168





## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>BÖT</b>	: Bilgi Ölçme Testi
<b>CEDAW</b>	: Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (The Committee on the Elimination of Discrimination against Women)
<b>CYBE</b>	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GYE</b>	: Genital Yol Enfeksiyonları
<b>HIV/AIDS</b>	: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
<b>ICPD</b>	: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development)
<b>IPPF</b>	: Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (International Planned Parenthood Federation)
<b>KKMM</b>	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
<b>KS/AP-USP</b>	: Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Planı
<b>Min</b>	: Minimum
<b>Maks</b>	: Maksimum
<b>Ort</b>	: Ortalama
<b>PID</b>	: Pelvik İnflamatuar Hastalık (Pelvic Inflammatory Disease)
<b>RIA</b>	: Rahim İçi Araç
<b>SHÇEK</b>	: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences, Version 15.0
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TSH</b>	: Temel Sağlık Hizmetleri
<b>TÜSP</b>	: Türkiye Üreme Sağlığı Programı
<b>ÜSBÖ</b>	: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği
<b>VKİ</b>	: Vücut Kütle İndeksi

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Araştırma Grubuna Uygulanan Bilgi Ölçme Testinin Soru ve Cevapları...	44
<b>Tablo 2.</b> ÜSBÖ ve Alt Boyutlarından Alınabilecek Puanlar ile Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları.....	46
<b>Tablo 3.</b> Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri .....	56
<b>Tablo 4.</b> Araştırma Grubunun Sağlık Alışkanlıkları ile İlgili Özellikleri .....	57
<b>Tablo 5.</b> Araştırma Grubunda Kronik Hastalığa Sahip Olanların Hastalıklara Göre Dağılımı .....	58
<b>Tablo 6.</b> Araştırma Grubunun Sağlıkla ve Alışkanlıkları ile İlgili Diğer Özellikleri.....	58
<b>Tablo 7.</b> Araştırma Grubunun Evlilik ve Doğurganlık Özellikleri.....	59
<b>Tablo 8.</b> Araştırma Grubunun Aile Planlaması Kullanımı ile İlgili Özellikleri .....	60
<b>Tablo 9.</b> Araştırma Grubunun Adet Görme ile İlgili Özellikleri.....	61
<b>Tablo 10.</b> Araştırma Grubunun Üreme Organları ile İlgili Şikayetlerinin Dağılımı .....	62
<b>Tablo 11.</b> Araştırma Grubunun Kanserden Korunma ve Erken Tanı ile İlgili Özellikleri.....	64
<b>Tablo 12.</b> Araştırma Grubunun Engelli Çocuğa Olan Gebelik ve Doğum ile İlgili Özellikleri.....	65
<b>Tablo 13.</b> Araştırma Grubunun BÖT Toplam Puanı, ÜSBÖ'nün Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar .....	66
<b>Tablo 14.</b> Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyonları.....	67
<b>Tablo 15.</b> Araştırma Grubunda Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyonları.....	68
<b>Tablo 16.</b> Araştırma grubunun BÖT Sorularına Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Verdiği Doğru Cevapların Dağılımı.....	69
<b>Tablo 17.</b> Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde ve Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı .....	71
<b>Tablo 18.</b> Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde ve Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam Puanlarının Sağlık Alışkanlıkları ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı .....	73
<b>Tablo 19.</b> Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde ve Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam Puanlarının Evlilik ve Doğurganlık Özellikleri ile Korelasyonları.....	74

<b>Tablo 20.</b> Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde ve Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam Puanlarının Aile Planlaması Kullanımı ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	75
<b>Tablo 21.</b> Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde ve Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam Puanlarının Üreme Organ Şikayetleri, Kanserden Korunma ve Erken Tanı ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı .....	77
<b>Tablo 22.</b> Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde ve Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam Puanlarının Engelli Çocuğa Olan Gebelik ve Doğum ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı .....	79
<b>Tablo 23.</b> Eğitim Öncesinde Alınan BÖT Puanı ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları .....	80
<b>Tablo 24.</b> Eğitim Öncesinde Alınan ÜSBÖ Toplam Puanı ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları .....	81
<b>Tablo 25.</b> Eğitim Sonrasında Alınan ÜSBÖ Toplam Puanı ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları .....	82
<b>Tablo 26.</b> Engelli Çocuğa Olan Gebelik ve Doğum ile İlgili Özelliklerden Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları .....	83

## ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Araştırmanın Çalışma Takvimi.....	51
----------------------------------------------	----



## RESİMLER DİZİNİ

<b>Resim 1.</b> Kadın üreme organları sunumu .....	49
<b>Resim 2.</b> Adet döngüsü sunumu .....	49
<b>Resim 3.</b> Gebeliğin oluşumu sunumu .....	49
<b>Resim 4.</b> Kendi kendine meme muayenesi sunumu ve meme modeli üzerinde demonstrasyonu .....	50
<b>Resim 5.</b> Genel Sağlık Davranışlarını İçeren Sunum .....	50



## 1. GİRİŞ

Kadınların ve kız çocuklarının, çocukluktan başlayarak sosyal, ruhsal ve fiziksel anlamda sağlıklı olması ve sağlıklarını koruyabilme olanaklarına sahip olmaları, onların toplum yaşamına katılımları ve etkin bireyler olabilmelerini sağlayacak gerekli unsurların başında gelir (1). Kadın ve erkek herkesin, tüm yaşamlarında, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık gereksinimleri vardır. Günümüzde birçok nedenden dolayı, bireylerin üreme sağlığı hizmetlerine erişemedikleri ve üreme sağlığı haklarını kullanamadıkları dikkati çekmektedir. Bu nedenler arasında bilgi yetersizliği, uygun olmayan ve niteliksiz üreme sağlığı hizmetleri, yüksek riskli cinsel davranışlar sayılabilir (2).

Kadın sağlığı açısından, özellikle üreme sağlığı kapsamında adolesan, doğurganlık ve menopoz sonrası dönemde kadın sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi önemlidir. Belirtilen dönemlerde kadın sağlığının geliştirilmesi koruyucu sağlık hizmetleri konusunda etkili müdahaleler ile mümkündür. Bu alanda yürütülecek programlar, faaliyetler, politikalar, yasal düzenlemeler, insan gücü planlaması bilimsel ve etkinliği kanıtlanmış tekniklerden faydalanılarak güncellenmelidir (1).

Ülkemizdeki kadınlar bedenlerinin nasıl çalıştığı, cinsellik, sağlıkları ve sağlık sorunları, aile planlaması (gebelikten korunma-kontrasepsiyon), menopoz, düşük, gebelik, kendilerini ya da çocuklarını etkileyen cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve enfeksiyonlar, bunların komplikasyonları gibi birçok konuda çok daha fazla bilgi istemekte ve ihtiyaç duymaktadır (3). Türkiye’de kadınların üreme sağlığını koruyucu bilgi, tutum ve davranışlarını inceleyen çalışmalarda kadınların bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve sağlık davranışlarının istenen düzeyde olmadığı gösterilmiştir (4-8). Kadınların eğitim gereksinimini ve talebini değerlendiren çalışmalarda üreme sağlığı ile ilgili konulara özellikle dikkat çekilmektedir. Topluma yönelik düzenlenen eğitim programlarında konularının çoğunluğunu “üreme sağlığı” konuları ve ardından ruh sağlığı ve halk sağlığına yönelik konular oluşturmaktadır (3,9).

Üreme sağlığının kapsamı, kadını ve erkeği içermekle birlikte, cinsiyete göre üreme sağlığı hastalık yükü incelendiğinde; kadının hastalık yükünün (%36,6),

erkeğin yükünün (%12,3) üç katı olduğuna dair veriler (10) kadın açısından üreme sağlığının hayati bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Bundan dolayı kadının üreme sağlığında ayrı bir yeri ve önemi vardır. Çünkü doğurganlık kadın bedeninde gerçekleşen bir olaydır ve kadının bu işlevi yerine getirirken yaşadıkları genel sağlık düzeyini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (11).

Son yıllarda global düzeyde giderek daha fazla vurgulandığı ve sağlık alanında yapılan pek çok araştırmanın ortaya koyduğu gibi kadının statüsü, genel sağlık konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını ve hizmetlerden yararlanmasını etkileyen en önemli faktördür. Kadının eğitim durumu, para getiren bir işte çalışması, karar verme süreçlerinde yer alması gibi faktörler üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmasında belirleyici olmaktadır (5,12,13).

Kadının üreme sağlığının korunması demek, sağlıklı ve mutlu aileler ve dolayısıyla sağlıklı bir toplum ve gelecek demektir. Ayrıca kadının üreme sistemini etkileyen bir riskin kadınla sınırlı kalmayacağı ve etkilerinin gelecek kuşaklara aktarılabilmesi de unutulmamalıdır (14).

Engelli çocuğa sahip kadınlar çeşitli nedenlerle üreme sağlığı ile ilgili eğitime daha çok ihtiyaç duymaktadırlar. Bu özellikler:

- Engelli anneleri daha önce engelli bir ya da daha fazla çocuk doğurmuş olmaları sebebiyle üreme sağlığı ile ilgili kaygıları bulunmaktadır,
- Engelli anneleri kendisinin ve sahip olduğu engelli çocuğun üreme sağlığının sorumluluğunu almaktadır,
- Engellilerin üreme sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmış olsa da daha önce engelli annelerinin kendi üreme sağlığı ile ilgili çalışmalara rastlanmamıştır,
- Engelli anneleri benzer özelliklere sahiptir ve toplu olarak eğitime katılımlarının sağlanması daha kolaydır.

Bu araştırma, engelli çocuklara sahip annelerin üreme sağlığını koruyucu bilgi ve tutumlarının tespit edilmesi, diğer literatürlerle karşılaştırılarak farklı olup olmadığının değerlendirilmesi, bu gruba verilecek olan “kadınlarda üreme sağlığını koruyucu davranışlar” eğitiminin etkinliği ölçülmesi ve yapılan eğitim etkili ise benzer eğitimlerin başka kadınlar üzerinde uygulanmasına ışık tutması amacıyla planlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Üreme Sağlığı

#### 2.1.1. Üreme Sağlığı Kavramının Gelişimi

Dünyada nüfus ve doğurganlık arasında kurulan ilişki önce nüfus planlaması ardından doğum kontrolü ve aile planlaması kavramlarının gelişmesine neden olmuştur. Gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünya ülkeleri, 1960'lı yıllarda, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusuna odaklanmaya başlamıştır (1).

1970'lerde nüfus ağırlıklı yaklaşım, 1980'lerde yerini sağlıkla ilgili kaygılara, 1990'larda ise artık insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine yoğunlaşmaya bırakmıştır. Bu süreçte nüfusa ilişkin konular Birleşmiş Milletler çerçevesinde düzenlenen "Nüfus Konferansları" ile ele alınmıştır. 1974 yılında Bükreş'te, 1984 yılında Mexico City'de, 1994'de ise Kahire'de yapılan üç Nüfus Konferansı'nda, nüfus ve aile planlamasının genel kalkınma çabalarının ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konulmuştur (15).

Üreme sağlığını ilgilendiren konular 1990'lara kadar, geleneksel olarak doğurganlıkla ilişkilendirilmiş ve bu fonksiyonda, rolü daha fazla olan kadına odaklanılarak genellikle Ana Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması'ndan söz edilmiştir. Yıllar içerisinde bu geleneksel bakış açısı değişmeye başlamış ve nihayet 1994 yılında Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development – ICPD)'nda ilk kez "Üreme Sağlığı" kavramı dile getirilmiş, üreme sağlığı hizmetleri; üreme sağlığına ilişkin sorunların önlenmesi ve çözülmesi yoluyla üreme sağlığı ve sağlıklı yaşama katkıda bulunan yöntem, teknik ve hizmetlerin bütünü olarak tanımlanmıştır (16).

Kahire'de yapılan konferansta kadınlar hakkında kabul edilen bazı önemli ilkeler şunlardır:

- Herkes İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde tanımlanan hak ve özgürlüklere sahiptir. Herkesin yaşam, kişisel özgürlük ve güvenlik hakkı vardır.



- Kadınların ve kız çocukların hakları evrensel insan haklarının ayrılmaz bir parçasıdır. Cinsiyete dayalı her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılması uluslararası toplumun öncelikli amaçlarıdır.
- Herkesin ulaşılabilir en yüksek düzeyde fiziksel ve zihinsel sağlığı tasarruf hakkı vardır. Devletler kadın-erkek eşitliğini temel alarak aile planlaması ve cinsel sağlığı içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil, sağlık hizmetlerine evrensel ulaşılabilirliği sağlamak için gereken bütün önlemleri almalıdır. Üreme sağlığı programları hiçbir baskıya yer vermeden en geniş hizmetleri sunmalıdır.
- Evlilik müstakbel eşlerin özgür iradeleri ile başlamalı ve evlilikte karı-koca birer eşit ortak olmalıdır.
- Eğitim herkesin hakkıdır ve kadınlarla kız çocuklarına özel bir önem verilmelidir (17).

Konferansta kabul edilen eylem planında üreme sağlığı konusunun yanı sıra kadınların ekonomik büyüme ve sürdürülebilir kalkınmaya etkili bir şekilde katkıda bulunabilmeleri için iş hayatına katılmalarındaki engellerin ortadan kaldırılması, karar verici ve uygulayıcı kademelerde yer almalarının sağlanması vurgulanmıştır. Ayrıca kadınların eğitime, yasal ve ekonomik haklarına, aile planlaması ve cinsel sağlık dahil üreme sağlığının her alanına yatırım yapılması, izlenmesi ve değerlendirilmesi kararlaştırılmıştır (18).

Ayrıca bireylerin üreme hakları da bu konferansta ele alınmış ve temel insan hakları doğrultusunda “En yüksek standartta cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişme; bunun için gerekli bilgi ve olanaklara sahip olma, sağlık hizmetlerinden yararlanabilme” ve “Çocukların sayı, aralık ve zaman konusunda, hiçbir ayrımcılık, şiddet ve baskı olmaksızın, özgürce ve sorumlulukla karar verme” şeklinde belirlenmiştir (11,19).

Kahire Konferansı’ndan sonra 1995’te Pekin’de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı’nda üreme sağlığının önemi bir kez daha vurgulanmış bu çerçevede üreme sağlığı; bireylerin mutlu ve güvenli bir cinsel yaşamları olması, üreme yeteneklerini korumaları ve bu yetenekleri kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman,

ne sıklıkla kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri olması anlamına geldiği ifade edilmektedir (20,21).

Pekin’de düzenlenen IV. Dünya Kadın Konferansı’nda kritik alanlardan biri olan kadın ve sağlık için belirlenen stratejik hedefler;

- Kadının, hayatının bütün dönemlerinde, uygun maliyetli ve kaliteli sağlık bakımına, bilgiye ve ilgili hizmetlere ulaşılabilirliğini artırmak,
- Kadın sağlığını geliştiren önleyici programları güçlendirmek,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkları, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü(Human Immunodeficiency Virus-HIV)/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS), cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularını ele alan, toplumsal cinsiyete duyarlı girişimleri üstlenmek,
- Kadın sağlığına ilişkin araştırmaları yaygınlaştırmak ve bilgileri yaymak,
- Kadın sağlığına ilişkin kaynakları ve izleme çalışmalarını artırmak şeklindedir (17,22 ).

1994’te Kahire’de yapılan ICPD ve 1995’de Pekin’de yapılan IV. Dünya Kadın konferanslarından sonra eylem programları hazırlanmıştır. Eylem programlarının ana konularını; kalkınma ve nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin sağlanması, kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi, üreme sağlığı ve aile planlaması, kız çocuklar, gençler ve yaşlılar oluşturmuştur (15).

Eylem Programı’nda ayrıca, aile planlaması çalışmalarının, daha geniş bir kavram olan üreme sağlığı içerisine dahil edilmesinin gereği vurgulanmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin, temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkese sağlanması şart koşulmuştur (22,23).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise üreme sağlığı programlarının hedefleri olarak; bireylerin, sağlıklı, eşit ve sorumlu ilişkiler ile cinsellik ve sağlıklı cinsel gelişme ve olgunlaşma için kapasitelerini geliştirebilmelerinin, bireylerin üreme ile ilgili kararlarını (çocuk sayısı ve çocuklarının zamanlamasını) güvenli ve sağlıklı bir

şekilde uygulayabilmelerinin sağlanmasını belirtmektedir. Ayrıca; bireylerin, cinsellik ve üremeye bağlı hastalık ve sakatlıklardan korunma ve ihtiyaç duyduğunda uygun danışmanlık, bakım ve rehabilitasyon alabilmelerinin sağlanmasını hedefleri içinde belirtmektedir (15).

ICPD Eylem Programının Uygulamasına İlişkin Uluslararası Beşinci Parlamenterler Konferansında; aile planlaması da dahil olmak üzere cinsel sağlık ve üreme sağlığının ve haklarının; 2015 sonrasında yeni uluslar arası kalkınma gündeminin kilit unsurları olarak yer alması ve tüm kalkınma ve yoksulluk azaltma planlarına ve politikalarına dahil edilmesi taahhüt edilmiştir.

Aile planlaması hizmetleri de dahil olmak üzere cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişime, kadının güçlendirilmesine, zararlı geleneksel uygulamaların ortadan kaldırılmasına, üreme haklarının korunmasına, ergen ve gençlere kapsamlı bir cinsel eğitim sağlamak için okul müfredatlarında reform yapılmasına, veri toplanmasına, planlama süreçlerinde nüfus dinamiklerini kapsayacak şekilde uyarlama yapılmasına öncelik verileceği ayrıca vurgulanmaktadır (24).

Uluslararası düzeydeki bu gelişmeler devam ederken, 1998 yılında Türkiye’de Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Planı hazırlanmıştır (16). Ulusal Faaliyet Planı'nda hizmet sunumu, kadının statüsü, halk eğitimi, altyapı ve yönetim, personel eğitimi, lojistik ve finans olmak üzere altı temel konu ve ilke belirlenmiştir. Üreme sağlığı hizmetleri içerisinde bilgi - eğitim ve iletişim önemli yer tutmaktadır. Faaliyet planında halk eğitimi ile ilgili olarak; kadın sağlığı/aile planlaması hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak için, üretilecek bilgi - eğitim ve iletişim programları ve materyalleri ile toplumun bilinçlendirilmesi, aile planlaması yöntemleri de dahil olmak üzere, üreme sağlığı konusuna yoğunlaşılması, erkeklerin katılımının sağlanması stratejileri benimsenmiştir (25).

Doğurganlığın fizyolojik olarak kadın bedenine özgü bir özellik olması ve dünyanın hemen her yerinde süregelen toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir sonucu olarak üremeye ilişkin yüklerin büyük bir bölümünün kadınlar tarafından üstleniliyor olması nedeniyle, doğurganlık tercihleri üzerinde söz söylerken kadınların karar vermelerinde etkili olan faktörler üzerinde ayrıca durmak gerekmektedir. Bu faktörler, yalnızca kadın bedeninin üreme sürecindeki rolüne ilişkin faktörler

olmayıp; sosyal, ekonomik, dini, siyasi pek çok boyutu bir arada barındırmaktadır (15).

Gebelik ve annelik, kadın vücudunun yeni bir form kazanması; yaşamının farklı bir biçimde yeniden şekillenmesi anlamına gelmektedir. Gebe kaldığı andan başlayarak doğum anına kadar kadın vücudunda fizyolojik ve psikolojik pek çok değişiklik olmakta; beslenme alışkanlıklarından, fiziksel aktivitelere, işgücü piyasasında yer alma biçiminden, kariyer planlamasına kadar pek çok konuda gebe kadının gebelik öncesi hayatta yaşadığı deneyimlerden farklı deneyimler yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle üreme kararı alma aşamasında kadının özgür karar verme hakkı son derece önemli olmaktadır.(5).

Kadının kararı, eşinin / partnerinin yanı sıra, aile, büyük aile, sosyal çevre, toplum, devlet tarafından uygulanan resmi nüfus politikası çerçevesinde belirlenmektedir.

Kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engellerin ve kadınların sağlık alanında karşılaştıkları ayrımcılıkların ortadan kaldırılması, 1979 yılında Birleşmiş Milletlerde kabul edilip, 1980 yılında yürürlüğe giren Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (The Committee on the Elimination of Discrimination against Women - CEDAW)'nde de düzenlenmektedir. 2009 yılı itibariyle 185 ülkenin taraf olduğu CEDAW Sözleşmesi'nin 16'ncı maddesi, kadın erkek eşitliği temelinde çocuk sayısına ve aralığına özgürce ve sorumlulukla karar verme konusunda aynı haklara, bu hakların kullanılabilmesi için gerekli bilgiye, eğitime ve araçlara sahip olma haklarını içermektedir (26).

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak ülkemizde kadın sağlığı ile ilgili çalışmalar Cumhuriyet döneminde hız kazanmıştır. 22 Nisan 1935'te Ulu Önder Atatürk'ün girişimleri ile "Milletlerarası Kadın Kongresi" İstanbul'da (Beylerbeyi) toplanır. Yine Ulu Önder Atatürk'ün "Kadın analık hizmetleri ve toplumdaki görevini yapabilmek için çok sağlam bilgilerle donatılmalıdır." ve "Kadın toplum hayatının her yönünde yer almalıdır." sözlerini hayata geçirmek üzere 1924'de Teşkilat-ı Esasiye Kanunu'ndaki değişiklikle kız çocuklarının öğretimde eşitliği sağlanır. 1930'da Belediye Kanunu ile seçme, 5 Aralık 1934'de Türk kadınına seçme

ve seçilme hakkı verilir. 17 Şubat 1926 Türk Medeni Kanunu'nun kabulü ile Türk ailesinin sosyal haklarını ve birbirleriyle ilişkilerini uygar ülkelerle bir düzeye getirir. Uluslararası platformlarda çok sonraları tartışılan ve kadınların üreme sağlığı ile de yakından ilgili pek çok konuda Cumhuriyetin ilk yıllarında eşit haklara sahip olması sağlanır (27).

1950'li yıllarda aşırı doğurganlığın ve yasal olmayan düşüklerin artması ile Anne Ölüm Hızı'nın yükselmesi üzerine Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri'nin kurulması sağlanmıştır. Ana ve Çocuk Sağlığı çalışmalarının geliştirilmesi için 1954'te Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile birlikte Ankara'da bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekamül Merkezi kurulmuştur. 1965 yılında Nüfus Planlaması Kanunu'nun kabulü, 1978 yılında Temel Sağlık Hizmeti (TSH) Yasası ve 1982 yılında Ana Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün oluşturulması ve 27 Mayıs 1983'te 2827 Sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" ile gönüllü cerrahi sterilizasyon ve gebeliğin 10. haftasına kadar isteğe bağlı düşüklerin yasal hale getirilmesi kadın sağlığının kilometre taşları olarak sayılabilir (16,28,29,30).

1998 yılında Türkiye'de Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Planı (KS/AP-USP) hazırlanmıştır. Ayrıca Aralık 2001'de Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ve Avrupa Komisyonu Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TÜSP) Finans Anlaşmasını imzalamıştır. Ocak 2003'te uygulanmaya başlanılan programda, özellikle kadınlar ve adolesanlar olmak üzere Türk toplumunun cinsel sağlık ve üreme sağlığı durumunun geliştirilmesine katkıda bulunması öngörülmektedir. TÜSP, hizmet kalitesinin artırılması amacıyla eğitim bileşeninden, Gençlik Danışmanlık Merkezleri'nin kurulmasına; malzeme alımından küçük/büyük çaplı araştırmalara ve sağlık yöneticilerinin yönetim kapasitelerinin geliştirilmesinden, bilgi-eğitim-iletişim çalışmalarına kadar çok geniş yelpazede birbirini destekleyen birçok çalışmayı içermektedir. Bu çalışmalarda acil obstetrik bakım dâhil güvenli annelik, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve gençlere yönelik hizmetler öncelikli üreme sağlığı alanları olarak seçilmiştir (31).

DSÖ'nün çerçevesini çizdiği "Herkese Sağlık Hedef ve Stratejileri" doğrultusunda Türkiye'nin 21. yüzyıl için sağlık politikaları içinde üreme ve cinsel sağlığın geliştirilmesi 5. hedef olarak belirlenmiştir. Buna göre 2020 yılına dek

üreme ve cinsel yaşamdan kaynaklanan sağlık sorunlarını en az %50,0 azaltmak, Anne Ölüm Hızını en az %50,0 azaltmak, 15-49 yaş grubu kadınlarda etkili aile planlaması yöntemi kullanımını %70,0'e çıkarmak ve 2010 yılına kadar bütün doğumların sağlık kuruluşlarında yapılmasını, 2020 yılına kadar bütün gebelerin düzenli doğum öncesi bakım almalarını sağlamak amaçlanmıştır (32).

### **2.1.2. Üreme Sağlığı Kavramının Tanımı**

DSÖ, üreme sağlığını; “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır” şeklinde tanımlamıştır (20). Başka bir deyişle üreme sağlığı, doğumdan ölüme kadar kadın, erkek herkesin üreme sistemi ve bu sisteme ait faaliyetlerinin tam bir iyilik halidir. Üreme sağlığı her yaşta ve her iki cinsten insanı ilgilendiren bütüncül bir kavramdır. Bu kavramın temel öğelerini şu şekilde özetlemek mümkündür:

- Üreme organlarının normal işlev görmesi
- Sağlıklı ve mutlu cinsel hayat
- Cinselliği ve doğurganlığı istediği gibi yaşayabilme
- Çocuk sahibi olup olmama ya da ne zaman ve kaç çocuk sahibi olacağına karar verebilme
- Bu kararı istediği gibi uygulayarak planlanmış gebelikler sonucu sağlıklı çocuklara sahip olabilme
- Genital yol ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon etkenlerinden korunabilme ve gerektiğinde tedavi olabilme

Üreme sağlığı hem kadın hem de erkekleri kapsayan bir kavram olmasına rağmen kadınlar için yaşamlarını doğrudan etkileyen öneme sahiptir. Gebelik, doğum ve düşüğe bağlı sağlık sorunları sadece kadınları etkilemektedir. Kadınlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanma yönünden daha yüksek riske sahiptirler, genital yol enfeksiyonları (GYE) kadınlarda daha ciddi geç komplikasyonlara neden olmaktadır ve HIV/AIDS gibi annedeki enfeksiyonların bebeklere bulaşması söz konusudur.

Üreme sistemi ile ilgili rahatsızlıklar kadında hem fiziksel hem de psikososyal sorunlara yol açabilir. Çünkü kadın, fiziki rahatsızlığının yanı sıra doğurganlığını ve cinselliğini yitirme korkusu, düşük ve infertilitenin getireceği suçlanma duygusu, mahremiyetinin tehdit altında olması gibi pek çok duygusal sorun yaşar (33).

Dünyada birçok işyerinde kadınlar, üreme sağlıklarını olumsuz etkileyebilecek koşullarda çalışmaktadır. Çalışma ortamında fiziksel, biyolojik, kimyasal ve ergonomik nitelikteki çok sayıda etmen üreme sağlığını etkileyebilen riskli durumlar içinde düşünülmektedir. Ağır kaldırma, vardiyalı çalışma ve stres gibi işin özelliğine bağlı durumların yanı sıra plastik, kurşun, radyasyon, antineoplastik ilaçlar, anestezi ajanları, solventler, diğer kimyasal maddeler ve enfeksiyöz ajanlara maruz kalınan işlerde çalışma kadın sağlığı için risk oluşturur. Gürültü, havasızlık, sürekli oturarak ya da ayakta çalışma gibi iş ortamındaki fiziksel koşullar da kadın üreme sağlığı üzerindeki potansiyel risklerdir (34).

### **2.1.3. Üreme Sağlığının Amaç ve Kapsamı**

Üreme sağlığı hizmetlerinin insan hakları kapsamında düşünülmesi ve sunulması gerekmektedir. Kadın ve erkeğin üreme sağlığı sorunlarının çözümlenebilmesi için; üreme konusunda bilgilendirilmesi, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli, aile planlaması yöntemleriyle sağlıklarını tehlikeye sokmadan doğurganlıklarını düzenlemelerinin yanı sıra, kadınların güvenli bir gebelik sürdürebilmeleri ve doğum yapabilmeleri, üremenin başarılı bir sonuca ulaşması ve çocuğun sağlıklı doğması, büyümesi için gerekli olan en iyi sağlık hizmetlerinin sunulması gereklidir.

Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşımı sadece doğurganlık çağındaki kadınla sınırlı değildir. Bu yaklaşımda üreme sağlığı kapsamına adolesanlar ve genç kızların sağlığı ile ileri yaştaki menopoz sonrası dönemdeki kadınlar da girmektedir. Belirtilen bu dönemlerde bireylerin sağlığının geliştirilmesi koruyucu hekimlik uygulamaları konusunda etkili müdahaleler ile mümkündür (15).

Üreme sağlığı;

- Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçların karşılanmasına yardımcı olmak,
- İstenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak,
- Erkeklerin katılımını arttırmak,
- Emzirmeyi teşvik etmek,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları ve komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak,
- Cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak,
- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak,
- Gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirmek, hizmet ve danışmanlık sağlamak,
- Erken yaştaki gebelikleri azaltmak, amaçlarını güder (35).

Yukarıda sözü edilen amaçları yerine getirebilmek için üreme sağlığı hizmetleri, doğumdan yaşlılığa kadar bütüncül bir yaklaşımla, kadın- erkek tüm bireylerin gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmelidir.

Bireylerin üreme sağlığının korunup geliştirilmesi ve var olan sorunların çözümlenebilmesi için nitelikli ve ulaşılabilir üreme sağlığı hizmetlerine gereksinim vardır (21).

Üreme sağlığı denildiğinde artık sadece anne ölümü, aile planlaması, doğum öncesi bakım gibi temel kavramlar değil; bunun yanında insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama sahip olması, üreme yeteneklerinin olması ve bu yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları gibi konular ön plana çıkmaktadır (35).



TSH içerisinde ele alınan üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamı Şu konuları içermektedir.

- Cinsel sağlığın korunup geliştirilmesi (eğitim, danışmanlık)
- Cinsel Şiddet ve tacizin önlenmesi (eğitim, danışmanlık, toplumsal değişim, yasal önlemler)
- Cinsel sağlık ve sorunlarının tanı ve tedavisi (eğitim, danışmanlık, sevk zinciri)
- İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve sonlandırılması (eğitim, danışmanlık, hizmet, uygulama ve sevk zinciri)
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi (eğitim, danışmanlık, sevk zinciri)
- Güvenli annelik (doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım, eğitim ve danışmanlık)
- Sorumlu ebeveynlik (bilgi, eğitim, danışmanlık)
- GYE ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisi (koruma, eğitim, danışmanlık, sevk zinciri)
- Diğer üreme organ hastalıklarının önlenmesi ve tedavisi (koruma, eğitim, danışmanlık, sevk zinciri)
- Menopoz öncesi, menopoz ve menopoz sonrası dönemlerde danışmanlık (bakım, eğitim, danışmanlık)
- Üreme organları ve meme kanserinin erken tanı ve tedavisi (koruma, eğitim, danışmanlık, sevk zinciri) (5).

Üreme sağlığının hizmet kapsamı çok çeşitlidir ve sadece fiziksel değil psikososyal iyiliği de içerdiğinden multidisipliner bir yaklaşım gerektirir (21).

#### **2.1.4. Üreme Hakları**

Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine ve bunu ne zaman, nasıl gerekleştireceklerine karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelmektedir.

Üreme hakları ve üreme sağlığı insan haklarının bir parçasıdır. Üreme haklarına saygı ve üreme sağlığı hizmetlerinin sağlanması aynı zamanda yeni doğan sağlığı ve yaşamını, çocukların sağlığını ve gelişimini ve temelde tüm ailenin sağlığını sağlamaktadır. Hakların öncelikle bu konularda hizmet verenler tarafından bilinmesi, hizmet vermede onları daha güçlü kılacaktır. Bu güç, uluslararası ve ulusal antlaşmalara yönelik yasal güç niteliğindedir.

Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (International Planned Parenthood Federation - IPPF) üreme hakkını on iki maddede özetlemiştir. Bunları oluştururken temel insan haklarından üreme hakkına uyarlamalar yapmıştır. Bu haklar bir önem sırası göstermeksizin aşağıda sunulmuştur (36).

*Yaşama Hakkı:* Tüm bireylerin yaşama hakkı vardır. Hiçbir kadının yaşamı gebelik nedeniyle tehlikeye atılmamalıdır. Bu hak, öncelikle önlenebilecek ölümlerde önem kazanmaktadır.

*Özgürlük Hakkı:* Tüm bireyler özgürlük ve güvenlik hakkına sahiptir. Bu bağlantıda tüm bireyler, başkalarının haklarına saygı göstermek koşuluyla, cinsellik ve üreme yaşamlarını sürdürme ve kontrol etme hakkına sahiptir. Gençler üreme ve cinsel sağlıkları konusunda, tam, özgür ve bilinçli rızaları dışındaki tüm tıbbi müdahalelerden korunma hakkına sahiptir.

*Eşitlik Hakkı:* Tüm insanlar özgür, onurlu ve eşit haklara sahip olarak doğmaktadır. Kadınlar ve genç kadınlar, yasalar, yönetmelikler, gelenekler, uygulamalar, sosyal ve kültürel davranış biçimleri yönünden erkeklerle eşit olmalıdır.

Tüm bireyler; ırk, renk, ekonomik durum, cinsiyet, cinsel tercih, medeni durum, aile konumu, yaş, dil, din, siyasi veya ulusal ya da sosyal köken, doğum ya da diğer konuları ne olursa olsun, üreme sağlığı, cinsel sağlık ve haklarına ilişkin bilgi, danışmanlık hizmetlerini de kapsayan sağlık ve refahlarını güvence altına alacak bilgi ve eğitime ulaşmakta eşit haklara sahiptir.

*Mahremiyet Hakkı:* Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizli kalması sağlanmalıdır.

*Düşünce Özgürlüğü Hakkı:* Tüm bireyler, cinsel ve üreme yaşamları hakkında düşünce ve konuşma özgürlüğüne sahiptir.

*Bilgilenme ve Eğitim Hakkı:* Tüm bireyler, cinsel sağlık, hakları ve sorumluluklarıyla ilgili, cinsiyete duyarlı, önyargılardan uzak, yansız ve çoğulcu bir şekilde sunulan eğitime ve doğru bilgiye ulaşma hakkına sahiptir.

Tüm bireyler; cinsel ve üreme yaşamlarına ilişkin kararlarını tam, özgür ve bilinçli vermelerini sağlayacak yeterli eğitim ve bilgiyi edinme hakkına sahiptir.

*Evlenme ve Aile Kurma Konularında Seçim Yapma Hakkı:* Tüm bireyler, tam, özgür ve bilinçli olurları dışında evlendirilmekten korunma hakkına sahiptir.

*Çocuk Sahibi Olup Olmamaya Karar Verme Hakkı:* Tüm bireylerin sahip olacakları çocuk sayısını ve çocukları arasındaki zaman aralıklarını özgürce ve sorumluluğunun bilincinde olarak kararlaştırma ve bunun için gereken bilgi, eğitim alma ve yöntemleri öğrenme hakkı vardır.

*Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı:* Tüm insanların, üreme sağlığını da kapsayacak olası en yüksek kalitedeki sağlık hizmetini alma hakkı vardır. Herkesin birincil sağlık hizmeti kapsamında ulaşılabilir, kişinin özel yaşamına, onuruna ve rahatlığına saygı gösteren bir üreme sağlığı hizmeti almaya hakkı vardır. Bireylerin, sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı kapsamında; aşağıda on maddede özetlenen cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerini alma hakkına sahiptir (37).

- *Bilgilenme:* Aile planlamasının yararları ve hizmetlerin varlığı konusunda bilgilenme.
- *Ulaşabilme:* Cinsiyet, ırk, renk, medeni durum, yerleşim yeri farkı gözetilmeksizin hizmetten yararlanma.
- *Seçme:* Aile planlamasına ve hangi yöntemi uygulayacağına karar vermede özgür ve bilinçli seçim.
- *Güven Duyma:* Etkin ve güvenli aile planlaması yöntemi uygulayabilme.
- *Mahremiyet:* Danışmanlık ve hizmet sunumundan mahremiyet sağlayan ortamlarda yararlanma.

- *Gizlilik*: Kişisel bilgilerin gizliliğinden emin olma.
- *Onurun Korunması*: Hizmet sunumunda saygı ve ilgi görme.
- *Rahatlık*: Hizmetleri alırken kendini rahat hissetme.
- *Hizmette Süreklilik*: Aile planlaması hizmet ve araçlarını gereksinim duyulduğu sürece alabilme.
- *Görüş Bildirme*: Sunulan hizmet hakkında görüş bildirme.

*Toplantı Yapma ve Siyasal Katılım Hakkı*: Tüm insanların cinsel yaşam ve üreme sağlığı ve hakları konusunda birlik oluşturma hakkı vardır. Ayrıca kişiler hükümetlerin bu konulara öncelik vermesi için kamuoyu oluşturma hakkına da sahiptir.

*İşkence ve Kötü Muameleden Uzak Kalma Hakkı*: Tüm çocuklar her türlü tacizden özellikle cinsel tacizden korunma hakkına sahiptir. Hiç kimse aile planlaması yöntemleri veya teknikleri konusunda kendi onayı olmadan bir medikal çalışmaya alınmamalıdır (36).

*Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı*: Tüm bireyler, infertilite, gebeliğin önlenmesi ve gebeliğin sonlandırılmasını da kapsayan konularda üreme sağlığı teknolojilerinden yararlanma hakkına sahiptir. Tüm bireylerin, üreme sağlığı ile ilgili teknolojinin sağlık ve iyilik hali üzerinde olabilecek herhangi bir olumsuz etkisi konusunda bilgi alma hakkı vardır.

Hiç kimse, kendi tam, özgür ve bilinçli onuru alınmaksızın, cinsellik veya doğurganlığı düzenleme yöntemleriyle ilgili tıbbi araştırmalar ya da deneylere tabi tutulamaz (37).

### **2.1.5. Üreme Hakları ile ilgili Uluslararası ve Ulusal Düzenlemeler**

İnsan Hakları Dünya Konferansı (Viyana, 1993), ICPD (Kahire,1994), Sosyal Kalkınma Dünya Zirvesi (Kopenhag,1995) ve IV. Dünya Kadın Konferansı'nın da (Pekin,1995) dahil olduğu bir seri önemli Birleşmiş Milletler Konferansı'ndan elde edilen başarılı sonuçlar, genel olarak insan hakları, sürdürülebilir kalkınmaya ilişkin diğer sosyal sorunlar, özellikle cinsel ve üreme

hakları ve sağlığı konularında uluslararası düzeyde anlamlı taahhütlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur.

İstanbul'da 1993'de düzenlenen Birinci Uluslararası Nüfus Eğitimi ve Kalkınma Konferansı'nın 1994 yılında yayınlanan deklarasyonunda, adolesanlar, gençler ve kadınlara aile, üreme sağlığı ve aile planlaması konusunda eğitim verilmesinin önemi vurgulanmıştır (38).

## **2.2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme**

Sağlığın geliştirilmesinde, sağlığın korunmasına ilişkin davranışlara yer verilmekle birlikte, her iki olgu birbirinden farklıdır. Sağlığın korunması erken teşhis ile hastalık sürecine girişı önleyici ve erken tedavi ile yetmezlik durumunu sınırlayıcı aktiviteleri kapsar. Sağlığın geliştirilmesi birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelinin gelişmesine ve iyilik halinin yükseltilmesine etki eder. Mevcut sağlık davranışlarından olumlu olanlarının pekiştirilmesine, olumsuz davranışların değiştirilmesine yönelik hedefleri içerir (39).

### **2.2.1. Sağlığı Koruma**

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (39). Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin sağlığını geliştirmek ve hasta olmamalarını sağlamak başka bir ifade ile onları hastalıklardan korumaktır (40).

Sağlığı koruma, hastalıkların önlenmesi, risk faktörünün azaltılması gibi yalnızca hastalığın ortaya çıkmasını önlemeye ilişkin tedbirleri değil, aynı zamanda ilerlemesini durdurmaya ve bir kez oluştugunda sonuçlarını azaltmaya yönelik tedbirleri de içermektedir (41).

Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetlerine de *Koruyucu Sağlık Hizmetleri* denmektedir. Koruyucu hizmetler kişiye ve çevreye yönelik olarak iki şekilde verilir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında bağışıklama, ilaçla ve serumla koruma, erken tanı, aile planlaması, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi hizmetler varken çevreyeye yönelik koruyucu sağlık

hizmetleri kapsamında ise besin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, atıkların kontrolü, konut sağlığı ve iş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü gibi hizmetler vardır.

Dört düzeyde korunma mümkündür: Temel (Primordial), birincil (primer), ikincil (sekonder), üçüncül (tersiyer) korunma.

*Temel (Primordial) Korunma:* Toplumunu sosyal, ekonomik ve kültürel yönden kalkındırarak hastalıklarda rol oynayan etmenlerin etkisini azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır. Belli bir hastalığa özgü olmayıp, birçok hastalığa ve genel yaşama ilişkin önlemlerdir.

*Birincil (primer) korunma:* Hastalık kişide biyolojik olarak başlamadan önce bazı önlemler alarak söz konusu hastalığın görülmesini önlemektir. Bunlar, çevredeki olumsuz etmenlerin yok edilmesi, insanların maruz kalmasının önlenmesi, aşılama, iyi beslenme, kazaları önlemek için alınan önlemler, hiç sigara içmemek, kişisel hijyen kurallarına uymak, çocuk yetiştirme konusunda çocuğa bakım veren kişilerin ve toplumun eğitimi gibi önlemlerdir.

*İkincil (sekonder) korunma:* Hastalıkların belirtisiz dönemlerinde ya da belirtilerin (semptomların) hafif olduğu dönemlerde teşhis edilerek tedavi edilmeleridir. İkincil korumaya “erken tanı” hizmetleri de denir.

*Üçüncül (tersiyer) korunma:* Hastalığın klinik bulgu ve belirtilerinin ortaya çıkışından sonra, hastaların en iyi şekilde tedavisi, sekelli hastaların rehabilite edilmesi gibi hizmetleri kapsar. Hastaların, hastalığın kötü sonuçlarından korunmasını amaçlar (42).

### **2.2.2. Sağlık Geliştirme**

Sağlığın geliştirilmesi; kişilerin optimal sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için, yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalıdır. Optimal sağlık ise; fiziksel, ruhsal, sosyal, duygusal ve entellektüel açıdan tam iyilik halidir ve yaşam tarzı değişiklikleri, farkındalığın sağlanması, davranışların değiştirilmesi ve sağlıklı davranışları destekleyen çevreler oluşturulması gibi faaliyetler aracılığıyla sağlanabilir (43).

Sağlığı geliştirme; insanları kendi sağlık belirleyicileri üzerinde kontrol sağlayarak, sağlıklarını iyileştirmeleri ve böylelikle etkin ve üretken bir yaşam sürdürebilmeleri için güçlendirme sürecidir (44).

Sağlığın geliştirilmesi, bireylere fiziksel ve mental sağlıklarını optimum düzeye yükseltmek, fiziksel ve sosyal çevresini geliştirebilmeleri için bilinçli karar vermelerine yardımcı olma sürecidir. Sağlığın geliştirilmesi insanların kendi sağlıklarını düzelterek, kontrol ederek ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşturarak sağlanabilir. Bu hedefe ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, kötü beslenme davranışları, şiddet davranışları, riskli cinsel davranışlar, yetersiz ve dengesiz beslenme, aile ile iletişim sorunları ve stres gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir (45).

Sağlıklı yaşam biçimi sağlayan davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (46). Bu davranışları geliştirmenin ilk adımları toplum ve ailede atılır, daha sonra da eğitimle gelişir ve değişir (45).

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, insanların kendi sağlıklarını düzeltmede, kontrol etmede ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmada yeterli kılmayı amaçlamaktadır. Böylece bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesini, yaşam tarzının iyileştirilmesini, bir anlamda sağlıklarının korunmasını kendi görevleri olarak algılamalarını ve bunun sonucunda riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamalarını sağlamaktadır (47).

Sağlığı geliştirme; sağlık eğitimini de içine alacak şekilde, risk altındaki bireylerin ya da grupların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerinin artırılmasını olanaklı hale getirme sürecidir. Bu aynı zamanda örgütsel, çevresel ve ekonomik destekleri içerir. Bu kavram ile sağlıklı yaşamak için eğitim ve çevre koşullarına göre düzenlenmiş destek eylemlerinden söz edilmektedir. Bir toplumda sağlık eğitimi başta olmak üzere, yönetsel, yapısal, yasal ve kaynak düzenlemeleri ile sağlanan destek oluşturma çalışmalarıyla birlikte ele alınan sağlığı geliştirme müdahaleleri, güdüleme tekniklerini ve ödüllendirmeyi kullanarak “sağlıklı olma durumu”

hazırlayan, olanaklı kılan ve güçlendiren davranış biçimlerini oluşturmayı hedeflemektedir.

Sağlığı geliştirme yalnızca bireyler üzerinde çalışmayı değil, aynı zamanda sosyoekonomik yapılar düzeyinde çalışmayı ve ulaşım, çevre, tarım ve diğerleriyle ilişkili sağlıklı kamu politikalarının (eylem planları) yapılmasını ve uygulanmasını güçlendirmeyi de amaçlar (48).

### **2.2.3. Sağlık Eğitimi**

Sağlığın geliştirilmesinde bir yöntem olarak kullanılan sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli gücünü oluşturmaktadır (49).

Sağlık eğitimi, kişilerde kendi yaşantıları yoluyla sağlıkla ilgili düşünce, kavram, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmak amacıyla yapılan herhangi bir öğrenme yaşantısı olarak tanımlanabilir (50).

DSÖ Ekspertler Komitesi'nin tanımına göre ise sağlık eğitimi; kişilere sağlıklı yaşam için alınması gerekli önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinin doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacı ile birey olarak veya topluca karar aldırmaaktır. Toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesinin sağlanmasında araç olarak kullanılan sağlık eğitimi, yaygın eğitimin bir parçasıdır ve ömür boyu sürmelidir. Sağlık eğitiminin amacı, kişilerin sağlıkla ilgili tüm konularda yeni bilgi ve davranışlar kazanması ve yanlış alışkanlıkların ve davranışların değişmesidir. Böylece, kişiler sürekli değişiklik gösteren çevreye uyumu başarabilecek ve daha sağlıklı, mutlu ve üretken olabileceklerdir (51).

Sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışların öğretiminde yetişkin eğitiminin ilkeleri dikkate alınmalıdır. Sağlıkla ilgili eğitimlerde programların hazırlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesinde yetişkin eğitimi yönteminin adımları izlenmelidir. Bu adımlar; öğrenme için uygun ortam oluşturma, ortaklaşa plan yapma için bir yapı oluşturma, gereksinimlerin saptanması, amaçların belirlenmesi, öğrenim etkinliklerinin planlanması, öğrenim etkinliklerinin uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesidir (51).



Sağlık eğitimi, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmeyi, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmayı ve kişilerde sağlıkla ilgili düşünce, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmayı amaçlar (43). Sağlık eğitiminin en belirgin özelliği, bireyin kendi sağlık uygulamalarını belirlemesine kendi iradesiyle ve isteyerek katılmasıdır (49).

Günümüzde sağlık eğitimi, bireylerde davranış değiştirme ve risklerden kaçınma için büyük bir potansiyel olması nedeniyle dünya genelinde önem kazanmaktadır. Sağlık eğitimi ile birey ve toplumda istenilen yönde davranış değişikliği oluşturabilmek için, toplumun kendi önceliklerini, beklentilerini, gelenek ve göreneklerini, inançlarını, sağlık ve hastalık konularındaki algılamalarını çift yönlü iletişimle, yani toplumla birlikte sağlamak ve eğitim programlarını bu temele dayandırarak geliştirmek ve uygulamak gerekir. Eğitim sürecinin tüm aşamalarında yetişkin eğitimi ilkeleri de dikkate alınmalıdır (51-53).

Sağlık eğitimi yalnızca bilginin paylaşımı ile değil aynı zamanda sağlığı iyileştirmek için gerekli motivasyon, beceri ve güvenin (öz-fayda) teşvik edilmesi ile de ilgilidir. Sağlık eğitimi, sağlığı etkileyen temel sosyal, ekonomik ve çevre koşullarına, bireysel risk faktörleri ve risk davranışlarına ve sağlık hizmetleri sisteminin kullanımına ilişkin bilginin paylaşılmasını içerir (41).

Sağlık eğitiminin uygulaması sırasında toplumun katılımıyla beraber toplumun gereksinimlerine yönelik beraber planlanması, eğitimci ve toplum arasında karşılıklı etkileşimin olması amaca ulaşmayı sağlamaktadır. Bu planlama sırasında hedef grubun sosyodemografik ve kültürel yapısının bilgi, tutum ve davranışlarının temel belirleyicileri olduğu unutulmamalıdır. Sağlık eğitiminin davranış değişikliğini sağlayabilmesi için uygulama sırasında davranış değişikliğini sağlamaya olanak sağlayan ortam, araç ve gereçler ile desteklenmelidir.

İnsanların, yaşamları boyunca, bütün dönemlere kendini hazırlaması; kronik hastalıklar ve yararlanmalarla baş edebilme yöntemlerini öğrenmeleri sağlanmalıdır. Bu öğrenme süreci, okul, ev, iş ve kurumlar aracılığıyla sağlanmalıdır. Eğitimlerin, profesyonel, ticari ve gönüllü organlar aracılığıyla kurumların içinde yapılması önerilmektedir (44).

Yaygın eğitim içinde yer alan sağlık eğitiminin daha iyi anlaşılabilmesi için sağlığı geliştirmede sağlık eğitiminin yerinin, eğitim bilimindeki kavramların, öğrenme- öğretme süreçlerinin, genel öğretim yöntemlerinin ve yetişkin eğitiminin özelliklerinin iyi bilinmesi gerekir. Bunun yanı sıra yetişkinler için sağlık eğitimi programlarını hazırlayıp uygulayacak sağlık personelinin, “eğitim programı geliştirme” sürecine de hakim olması önemlidir (53).

Sağlık eğitimi, sağlık hizmetlerinin her aşamasında büyük önem taşır. Bireylerin sağlıklarına ilişkin eğitilmeleri sağlıkla ilgili kaygılarını azaltır ve kendi sağlık durumlarına ilişkin kontrol kazanmalarını sağlar. Sağlık personelinin temel hedeflerinden biri, bireylerin olabildiğince yüksek bir sağlık düzeyi kazanmalarına ve bunu sürdürmelerine yardım etmektir. Bireylerin sağlık bilinci arttığında, sağlık sorunlarının erken tanı olanağı da artacaktır. Böylece etkili bir sağlık eğitimi ülke ekonomisinin gelişmesine de katkıda bulunacaktır (54).

Üreme sisteminin bazı hastalıkları, yeterli bilgi ile önlenabilir hastalıklardır. Bu nedenle, kadınların bu konudaki bilgi seviyelerinin belirlenmesi, eksik bilgilerinin tamamlanması, yanlış inanç ve uygulamalarının düzeltilmesi kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi için gereklidir. Kadınların bu konuda bilgilendirilmesi, kendi üreme sağlıkları üzerinde sorumluluk alabilecek düzeye ulaştırılması gerekir. Bu da sağlık eğitimi ile mümkündür.

Kadın sağlığı ile ilgili sorunların önlenmesinde eğitim önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2014 Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması’nda Türkiye’de ne ailede, ne de örgün-yaygın eğitimde cinsellik ve üreme sağlığı eğitiminin olmadığı belirtilmektedir. Üreme sağlığı konusunda yeterli ve doğru bilgilere sahip olunmaması ve kitle iletişim araçları ile çeşitli mesajların alınması özellikle gençlerin eğitiminde, ciddi bir problem haline gelmektedir (1).

#### **2.2.4. Yetişkin Eğitimi**

Kendisinin ve başkalarının yaşamını sürdürebilmek için üretim yapabilecek ve gereken kararları, kendi başına alabilecek biçimde bedensel ve ruhsal gelişimini tamamlamış, içinde yaşadığı toplum tarafından kabul edilen birey “yetişkin birey”dir (55). Ülkeden ülkeye, kültürden kültüre farklılıklar göstermekle birlikte DSÖ; ulusal

kanunları kişiyi daha erken yetişkin olarak tanımlamıyorsa 19 yaş üzerindeki yetişkin olarak kabul etmektedir (56). Ülkemizde ise, zihinsel bir engel bulunmaması koşuluyla 18 yaşını geçen birey yasal olarak yetişkin (reşit) sayılmaktadır. Bunun dışında Medeni Kanun gereği, evlilik kişiyi reşit kılmakta ve yaşı kaç olursa olsun evlenmiş bireyler yetişkin kabul edilmektedir. Erken yaşta evliliğin olumsuz sonuçları özellikle üreme sağlığında karşımıza çıkmakta fizyolojik ve psikolojik problemler yanında anne ve bebek ölümlerinde 2 ile 5 kat artışa neden olmaktadır. (55,57).

Yetişkin eğitimi, gelişim süreçlerini tamamlayarak, belli bir yaşam birikimine sahip öz güvenini kazanmış ve kendi sorumluluğunu üstlenmiş bireylere yönelik, içerik, düzey ve yöntem sınırlılığı olmaksızın gönüllü olarak herhangi bir alanda gelişimi amaçlayan ve olanak sağlayan düzenli eğitim süreçlerinin tümüdür (58).

Yetişkinler, çocuk ve gençlere göre daha gerçekçidirler. Gördükleri eğitimin ihtiyaçlarına somut çözümler getirmesini beklerler. Yetişkinler, öğrenme ortamına gönüllü olarak gelen kişiler oldukları için; bunlara sunulan eğitim programlarının, onları eğitime getiren nedene ve ihtiyaçlarına uygun olması gerekir (59).

Sağlıkla ilgili yeni bilgiler, tutumlar ve davranışlar edinmek üzere eğitimlere katılan yetişkinlerle çalışırken onların nasıl öğrendiği dikkate alınmalıdır. Yetişkinlerin nasıl öğrendiğini anlamaya çalışmak, yetişkin eğitiminde olumlu bir eğitim ortamı yaratarak öğrenmeyi kolaylaştırmak anlamına gelir. Eğitim sürecinin dinamikleri büyük ölçüde eğitici ve katılımcıların birbirlerini anlamalarına bağlıdır. Eğitici katılımcıların beklenti ve gereksinimlerini, katılımcılarda neden orada bulduklarını net bir biçimde anlamış olmalıdır (60).

Yetişkinlerin öğrenme özellikleri bazı farklılıklar gösterir. Yetişkinler eğitimin kendi konularıyla bağlantılı olmasını ister ve kendi konularıyla ilgiliyse öğrenmeye hevesli olurlar, güdülenmeleri kolay olur ve eğitime etkin olarak katılırlar. Yetişkinler eğitimde tek düzelikten hoşlanmazlar, değişiklik isterler, olumlu geribildirim verilmesi onlar için önemlidir. Yetişkinlerin kişisel kaygıları vardır ve güvenli bir ortama gereksinim duyarlar. Yetişkinler herkesten farklı bir geçmişi, deneyimleri ve gereksinimleri olduğu kabul edilen, özgün birer birey olarak görülmeyi ve kendisine böyle davranılmasını isterler. Yetişkinlerin özgüvenlerini

korumaları gerekir. Kendileri ve onları eğiten eğitimcilerinden beklentileri yüksektir. Yetişkinlerin bireysel gereksinimleri göz önüne alınmalıdır (55,60).

Yetişkin öğrenmesinin ilkelerine bütünsel olarak bakıldığında yetişkinin ilgi ve ihtiyaçlarının ön planda olduğu açıkça ortadadır. Yetişkinlerin eğitimden beklentileri göz önüne alındığında nasıl bir eğitim istediklerinin aktif katılımları için önemli olduğu görülmektedir. Yetişkinin nasıl bir eğitim istediği aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Yetişkin ulaşmak istediği eğitimin amaçlarını sahip olduğu bilgi ve ihtiyaçları doğrultusunda kendisi belirtmelidir.
- Yetişkin hayatında başarılı olmaya yarayacak bir eğitim ister. Gerçek yaşam problemlerini çözecek, yeni amaçları için işe yarayacak ve onlara yönelmesine yardımcı olacak bir eğitim alma ihtiyacındadır.
- Yetişkin kısa sürede veya yakın zamanda uygulayabileceği bilgi ve becerilere sahip olmak ister.
- Kendi tecrübelerini yansıtabileceği, tartışabileceği bir öğrenme sürecine aktif olarak katılmak ister.
- Bilgi, deneyim, beceri ve alışkanlıklarını geliştirecek, sorunlarını kendi başına çözebilecek duruma getirecek yöntemleri elde etmek ister.
- Çevresini tanıma, denetimi altına alma ve çevresinden zevk alma arzusuna ağırlık verir (61).

### **2.2.5. Tutum ve Davranış İlişkisi**

Davranış bilimlerinin anahtar kavramlarından biri olan tutum; insanın herhangi bir olay ya da durum karşısında olası bir tavır ya da davranış biçimi oluşturma eğilimidir. Genel olarak insanın her tür davranışının kaynağında tutum yer almaktadır (62).

Kişinin gözlemlenebilir açık bir hareketi olarak tanımlanan davranış, bireylerin insanlar toplum ya da nesnelere karşı hareket yoludur ve fiziksel hareket

kadar sözel davranışı da kapsamaktadır. Davranışların gözlenebilir olması davranış gerçekleştiğinde herkesin davranışta ifade edilen durumu anlamasıdır. Kötü ya da iyi olabilir. Davranış, toplumsal normlara göre normal veya anormal olabilir. Toplum her zaman kötü davranışı düzeltmek ve anormal davranışı normale geri getirmek için çalışır (63-65).

Gereksinim, kendini giderilmesi gereken bir güç halinde ortaya çıkararak bireyin konu üzerine ilgisini toplar ve öğrenmenin hareket noktasını oluşturur. İlginin gerçeklerle karşılaşması sonucunda "davranış" ortaya çıkar. Davranışın ortaya çıkması "öğrenme" olduğunu gösterir. Öğrenme; bilgi tutum, beceri ve alışkanlıklar düzeyinde oluşur (66).

Tutum ve davranışlar arasında yakın bir ilişki söz konusudur. Tutumların davranışların gerisindeki yönlendirici güçler olduğu bilinmektedir. Birey hem içinde yaşadığı toplumdan etkilenir, hem de onu etkiler. Kişi çoğu davranışını özellikle diğer insanlarla ilişkilerini kendi düşünce yapısı doğrultusunda gerçekleştirir. Kişinin belli bir insana, gruba, nesneye, olaya yönelik olumlu ya da olumsuz düşünmesine veya tepkide bulunması tutum ve davranış ilişkisi olarak yorumlanır (67).

Tutum, bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir nesne, toplumsal konu, ya da olaya karşı deneyim, bilgi, duygu ve güdülerine dayanarak örgütlediği zihinsel, duygusal ve davranışsal bir tepki ön eğilimidir. Başka bir deyişle bireyin, bir nesne, kişi ya da durumla ilişki kurma anında, davranışa geçme öncesinde aldığı tavır, ortaya koyduğu duruş, eyleme hazırlanma ya da hazır durma halidir. Toplumsal konu; bir birey, bir ürün ya da bireyin yarattığı herhangi bir şey olabilir. Bireyin sahip olduğu deneyimleri, bilgi birikimini, duygularını ve güdülerini nasıl bir örgütlenme içerisinde birbirleriyle ilişkilendirdiği önemlidir (62).

Tutumlar, sahip olduğumuz bilgilerimizden etkilenir. Bilgi, yanlış anlamaları, önyargıları, kaygı ve korkuları azaltır. Bilgilendirme, tutum nesnesiyle ilgili bir derse devam etme, bir panele ya da konferansa katılma, hizmet içi eğitim programına devam etme, kitap ya da öykü okuma, bir tartışmaya katılma, kitle iletişim araçlarını, tiyatroyu, filmi izleme gibi çeşitli şekillerde olabilmektedir (68).

Tutumla ilgili çalışmaların temelinde bireylerin, davranışlarında yönlendirme ya da değişiklik yapabilme çabası yatar. Tutum dinamiğinin incelenmesi ile

davranışları tahmin etme olanağı sağlanacaktır. Tutum değişimi sürecinin koşulları saptanarak tutumlar kontrol altına alınırken aslında insan davranışının denetimi gerçekleştirilmiş olacaktır. Son yıllarda, tutum alanında yapıları araştırmaların odak noktası, bireyin tutumu ile davranışı arasındaki ilişkinin yönü (bilişsel çelişki kuramı) ve bireyin tutumlarını değiştirmede ikna edici etkileşim yöntemleri olmuştur. Özellikle bu iki noktada yoğunlaşan araştırmalar ve elde edilen sonuçlar, tutum değişimi konusuna açıklık kazandırmıştır (67).

Tutum-davranış ilişkisinin anlaşılabilmesi, her şeyden önce, tutumların güvenilir bir biçimde ölçülebilmesine bağlıdır. Tutumlara ilişkin bilgi toplamada; davranışın gözlenmesi, bireyin kendisi rapor etmesi (soru listeleri, envanterler gibi), görüşme (mülakat), gibi birbirinden farklı birçok yaklaşım izlenebilir. Tutum araştırmalarında en çok kullanılan tekniklerden biri tutum ölçekleri olup ölçülmek istenen tutum konusu (bir insan grubu, bir kurum ya da bir kavram, vb.) ile ilgili bir dizi ifadeyi içerir. Tutum ölçeklerinden en çok kullanılanı ise bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi temeline dayanan, Rensis Likert tarafından 1932’de geliştirilen ve günümüzde çok yaygın olarak kullanılan toplanmış derecelendirme tekniğidir (likert tipi ölçekler). Likert tipi ölçekten alınan puan, genel olarak, kapsamındaki maddelere gösterilen tepkilere verilen ağırlıkların toplamından ya da teknik deyişle puanların toplamından oluşur (69). Bu araştırmada kullanılan “Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ)” likert tipi bir ölçektir.

## **2.3. Engellilik**

### **2.3.1. Engelli Kavramının Tanımı**

DSÖ 1981 yılında Engelliliğin Önlenmesi ve Rehabilitasyon Raporu’nda engellilik, normal bir insanın gerçekleştirdiği etkinliklerde bir kısıtlama ya da yetenek eksikliği olarak tanımlanmıştır (70). DSÖ’nün 2011 yılındaki Engellilik Raporu’nda, sorununun büyüklüğüne rağmen engellilik hakkında büyük bir bilinç ve bilimsel bilgi eksikliği olduğuna; engelliliğin tanımı, insidansı, dağılım ve trendleri

hakkında uluslararası bir birlikteliğin olmadığına vurgu yapılmış; engelliliğin insani bir durum olduğunu, hemen hemen herkesin geçici veya kalıcı olarak hayatın bir noktasında engellilikle karşılaşacağı belirtilmiştir (71).

Engellilik ifade edilirken fiziksel engelli, zihinsel engelli, duyuusal engelli ve süreğen engelli (kronik hastalık) gibi engelliliğin bir yönü kullanılır. Diğer taraftan engelliliğin doğuştan olması veya sonradan edinilmiş olması da engelliliğin bir diğer yönüdür.

Birleşmiş Milletlerin rakamlarına göre dünyada 500 milyon kadar engelli insan bulunmaktadır. DSÖ tarafından, dünya nüfusunun yaklaşık dörtte birinin hayatlarında bir çeşit engelle doğrudan ya da dolaylı olarak karşı karşıya olduğu belirtilmektedir (72).

Türkiye Özürlüler Araştırması verilerine göre özürlü olan nüfusun toplam nüfus içindeki payı % 12,3'dür. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlülerin payı %2,6 iken süreğen hastalığı olanların payı ise % 9,7'dir. Özürlü olma durumu yaş grubu bazında incelendiğinde ileri yaşlarda artmakta, bu artış süreğen hastalığı olanlarda diğer özür grubundakilere göre daha fazladır. 0-9 yaş grubunda ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü olanların toplam nüfus içindeki payı % 1,5 iken 0-9 yaş grubunda süreğen hastalığa sahip olanların % 2,6'tır. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü nüfus cinsiyet ayrımında incelendiğinde, erkeklerin payının daha yüksek olduğu, süreğen hastalığa sahip olan nüfusta ise kadınların payının daha yüksek olduğu gözlenmektedir (73).

Türkiye genelinde engelli bireylerin il bazında dağılımını tahmin eden son araştırma TÜİK tarafından 2011 yılında gerçekleştirilen ve Temmuz 2013'te yayımlanan "Nüfus ve Konut Araştırması"dır. Engellilik tanımı ve sınıflandırmasındaki yeni yaklaşımla beraber Nüfus ve Konut Araştırmasında engellilik; tıbbi yaklaşımdan (organ kaybı, işlev bozuklukları) ziyade fonksiyonlardaki sınırlılıklara odaklanmaktadır. Araştırmada engellilik; görme, duyma, konuşma, yaşlılarına göre öğrenme/basit dört işlem yapma, hatırlama/dikkatini toplama alanlarıyla hareket güçlüğü (yürüme, taşıma, tutma ve merdiven inip çıkma) alanlarında tanımlanmıştır. Araştırma kapsamında bu alanlardan en az birinde çok zorlandığını veya hiç yapamadığını belirten, 3 ve daha

yukarı yaştaki kişiler en az bir engeli olan nüfus kapsamına alınmıştır. 2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre ülkemizde en az bir engeli olan (3 ve daha yukarı yaş) nüfusun payı %6,9 (4.876.000 kişi)'dur. Erkeklerde en az bir engeli olanların payı %5,9 iken kadınlarda bu pay %7,9'dur. Isparta'da en az bir engeli olan (3 ve daha yukarı yaş) nüfusun payı %7,6 (30.000 kişi)'dır. Erkeklerde en az bir engeli olanların payı %6,5 iken kadınlarda bu pay %8,7'dir (74).

### **2.3.2. Engelliliğe Neden Olan Durumlar**

Dünya Engelliler Vakfı engelliliği; engelliliğin kaynağına ve nedenlerine göre sınıflandırıldığını belirtmiştir. Kaynağına göre sınıflandırıldığında doğuştan gelen engellilik nedenleri arasında; genetik nedenler, akraba evliliği, gebelik sırasında annenin karşılaştığı travmalar, hastalıklar, ilaç kullanımı, ışına maruz kalma, annenin alkol ve madde bağımlısı olması, kötü beslenmesi gibi nedenler görülmektedir. Sayılan tüm bu nedenler kaçınılmaz önlenemez durumlar değildir. Prenatal genetik çalışmalarla genetik nedenlerin birçoğu önceden bilinebilmektedir (72).

Doğum sırasında ve sonrasında 'kazanılan' engellilik, kötü ve yetersiz koşullarda gerçekleştirilen doğumlar, travmalar, yanlış uygulamalardan kaynaklanmaktadır. Doğum sonrasında 'kazanılan' engellilik nedenleri arasında iş kazaları, ev kazaları, trafik kazaları, savaşlar, terör olayları, endüstriyel kazalar, deprem ve benzeri yıkım olayları, büyük sanayi kazaları sayılmaktadır. Bunların büyük çoğunluğunun da önlenbilir nitelikte nedenler olduğu anlaşılmaktadır. Farklı nedenlere bağlı olarak oluşan engellilik zihinsel engelli, görme engelli, işitme ve konuşma engelli, ortopedik engelli ve süreğen engelli alt başlıklarında incelenmektedir (72).

### **2.3.3. Engelli Çocuğa Sahip Olma ile Yaşanan Güçlükler**

Ailede engelli bir çocuğun doğumu, aile üyelerinin yaşamlarını, duygularını ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Normal özelliklere sahip bir çocuk beklerken ve gelecekle ilgili bütün umut, beklenti ve planlarını da bunun üzerine kurarken, farklı özelliklere sahip olan bir çocuğun doğması ailelerin sosyal çevrelerinde, beklentilerinde, planlarında, iş yaşamlarında ve mali konularda büyük



değişiklikler yaşanmasına neden olmaktadır. Ayrıca aileler şok, reddetme, aşırı üzüntü, suçluluk, kabullenememe duygularını yaşamakta, çocuğundaki farklılıklara uyum sağlamaya çalışmakta, duruma çözümler aramaktadır (75).

Engelli çocuğa sahip olmak, engeli ne olursa olsun bir takım özel güçlükleri de beraberinde getirmektedir. Bu güçlükler; psikolojik ve maddi durum, eğitim durumu, yaşam tarzı, aile ve sosyal çevre ile ilişkiler açısından sorun yaratmaktadır. Engelli çocuğun aile yaşamına getirdiği ek streslerle, aile içi ve sosyal ilişkiler bozulmakta, ailenin ekonomik durumu olumsuz yönde etkilenmekte; pek çok anne baba artan düzeyde kaygı, depresyon, umutsuzluk yaşamakta, evlilik ilişkileri bozulmakta ve kişisel uyumlarında azalma olmaktadır (76-78).

Yapılan çalışmalarda, çocuğun engel türünün bu engel türüne bağlı olarak meydana gelen davranış problemlerinin, yine engel türüne bağlı olarak süreklilik arzeden hastalık halinin, ebeveynlerin yaşadığı zorlukları artırdığı tespit edilmiştir (79-81).

Anne, engelli çocuğa sahip olmanın güçlüklerini çözmeye daha aktif rol almakta ve daha çok çaba göstermektedir. Bir çift olarak ebeveynlerin yaşamında engelli bir çocuğa sahip olmanın etkilerine bakıldığında, engelli çocuğun günlük yaşamını organize etmek için sürekli mücadele içinde olan anne yalnız kalmaktadır. Zihinsel engelli çocukların anneleri diğer engelli çocuk annelerine göre daha fazla stres yaşamaktadır. Yapılan çalışmalar da, zihinsel engelli çocukların bakımından sorumlu olan annelerin sağlıklı çocuk annelerine kıyasla strese daha fazla maruz kaldıkları ve ruhsal ve fiziksel sağlıklarının bozulduğu, kendine yeterli zaman ayıramama ve ekonomik sıkıntılarla birlikte stresi daha yoğun yaşadıkları bildirilmektedir (77,82).

Engelli çocuğa sahip olma depresyon oluşumunu etkileyen önemli bir faktördür. Singer tarafından yapılan meta analizde; 1984- 2003 yılları arasında yapılan 18 çalışma incelendiğinde, gelişimsel engelli çocukların annelerinde depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (83).

Engellilerin karşılaştıkları sorunların başında yoksulluk, eğitim, ulaşım, fiziksel çevre, konut sorunu, rehabilitasyon ve istihdam sorunu ile engellinin aile yaşamı / özel yaşamındaki sorunlar gibi konular gelmektedir. Yapılan araştırmalar,

dünyanın her yerinde engellilerin çok büyük çoğunluğunun toplumun yoksul kesimlerinden geldiğini ve yoksulluk içinde yaşadıklarını göstermektedir. Bu sorunların haricinde ailelerin ve çevredeki insanların engellilere bakış açısı sorun oluşturmaktadır (72).

#### **2.4. Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışları**

Kadınların yaş dönemlerine göre üreme sağlığını olumsuz etkileyen durumlar farklılık göstermektedir. Bu bölümde önce kadınların çocukluk, ergenlik, erişkinlik, menopo ve menopo sonrası dönemde üreme sağlığını olumsuz etkileyen durumlar sıralanacak, daha sonra üreme sağlığını koruyucu davranışlar bu çalışmada kullanılan ÜSBÖ'nün alt başlıklarına uygun olarak detaylandırılacaktır. ÜSBÖ ile değerlendirilen koruyucu davranışlar; “Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı”, “Üreme Organ ve Meme Kanserinden Korunma”, “Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları”, “Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma” ve “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” başlıkları ile tartışılacaktır.

##### **2.4.1. Yaş Dönemlerine Göre Üreme Sağlığını Olumsuz Etkileyen Durumlar**

Kadının tüm yaşam evreleri boyunca sağlığını koruyucu ve geliştirici önlemlerin alınması gerekmektedir. Çocukluk dönemlerinde kızların erkeklerle eşit statüde eğitim, öğretim, beslenme hizmetlerine ulaşmaları ve yararlanmaları önemlidir (1).

Kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyeti ve üremeye ilişkin fizyolojik fonksiyonlarının farklılığı ve getirdiği yüklerin yanı sıra, toplumun kendilerine biçtiği “toplumsal cinsiyet” rolünden kaynaklanan ve sağlıklarını olumsuz etkileyen faktörler de mevcuttur. Bu olumsuzlukların boyutu toplumdan topluma değişmekle birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadın yönünden olumsuzluklar daha fazladır. Yaş dönemlerine göre kadınların üreme sağlığını etkileyen olumsuzluklar aşağıda örneklendirilmiştir (84,85).

### **Çocukluk Dönemi**

- Cinsiyet seçimi
- Gebeliğin istenilmemesi
- İsteyerek düşükler
- Malnutrisyon
- Enfeksiyonlar
- İhmal, hizmetten yararlanamama

### **Ergenlik (Adolesan) Dönemi (10-19 yaş)**

- Menarş
- İstenmeyen gebelikler
- İsteyerek düşükler
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)
- Anemi / malnütrisyon
- Madde bağımlılığı (alkol, sigara, uyuşturucu)
- Şiddet

### **Erişkinlik Dönemi (15-49 yaş)**

- Gebelik, doğum, doğum sonu komplikasyonlar
- İstenmeyen gebelikler / isteyerek düşükler
- CYBE
- Anemi / malnütrisyon
- Şiddet

### **Menopoz ve menopoz sonrası dönem (50+ yaş)**

Kadının sağlık sorunlarının en ihmal edildiği dönemdir.

- Menopozal semptomlar
- Malignensiler (kanserler)

- Kardiyo Vasküler Hastalıklar
- Osteoporoz
- Desensüs – prolapsus
- Şiddet

#### **2.4.2. Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı**

Kadın sağlığında her dönemin kendine özgü sorunları olmasının yanında, gebelik ve doğum nedeniyle sağlık kuruluşuna en sık gereksinim duyulan dönem 15-49 yaş grubudur. Üreme çağı olarak nitelendirilen 15-49 yaş grubu kadınlar Türkiye nüfusunun %25,0'ını oluşturmaktadır (86).

Düzenli jinekolojik kontroller; genital kanserler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar vb. jinekolojik sorunlarının erken dönemde teşhisi ile kadın sağlığının korunması açısından çok önemli bir sağlık davranışıdır. Koruyucu amaçla sağlık kontrolüne gitme alışkanlığının henüz tam yerleşmediği ülkemizde, kadının kendi sağlığına verdiği önem de yeterli değildir. Ayrıca, ülkemizdeki kadınların mahremiyet duygusu nedeniyle jinekolojik muayeneye karşı çekingen davrandıkları, kontrole gitmenin yararına inandıkları halde sağlık kuruluşuna daha çok zorunlu kaldıklarında başvurdukları görülmektedir (5).

Türkiye’de 2006 yılında toplam 20 ilde 16 yaş ve üstü 1537 kişi üzerinde yapılan Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırmasında “Cinsel organlarınızla ilgili geçmeyen bir sağlık sorunu hissetseniz ne yaparsınız?” sorusuna “doktora giderim” yanıtını veren kadınların payı %50,8’ dir (87).

SHÇEK Toplum Merkezleri Kadın Sağlığı Eğitim Programı Değerlendirme Raporu’na göre toplum merkezlerindeki eğitim öncesinde kadınların jinekolojik şikayetleri olduğunda doktora gitme, şikayeti olmasa da düzenli jinekolojik kontrollere gitme ve yıllık pap smear testi yaptırma ile ilgili tutum ve davranışlarının yetersiz olduğu görülmüştür. Eğitim öncesinde kadınların yaklaşık yarısının kötü kokulu akıntı, üreme organlarında kaşıntı, cinsel ilişki sırasında ağrı ve kanama gibi şikayetleri olduğunda doktora gitmeleri gerektiğini düşünmedikleri bulunmuştur. Toplum merkezlerinde uygulanan eğitim sonunda yapılan değerlendirmede ise

kadınların yaklaşık %80-90'ının, jinekolojik şikayeti olduğunda doktora gitme, yıllık pap smear ve jinekoloji kontroller ile ilgili olumlu tutum geliştirdiği gösterilmiştir (88).

### **2.4.3. Üreme Organ ve Meme Kanserinden Korunma**

Dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de kadınlarda en çok görülen kanser türleri meme ve serviks kanserleridir. Meme kanserinde erken tanı mamografi, klinik meme muayenesi, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile mümkündür. Serviks kanserinde ise pap smear testi erken tanıda önemlidir (89).

Meme kanserinin erken tanısında çok önemli bir yeri olan KKMM ülkemiz kadınları tarafından pek tanınmadığı ve yeterince kullanılmadığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar kadınların meme kanseri, yıllık klinik meme muayenesinin önemi ve KKMM hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ve her ay düzenli KKMM uygulama düzeyinin çok düşük olduğunu göstermektedir (89,90).

Meme sağlığı ile ilgili koruyucu davranışların geliştirilmesinde sağlık eğitiminin önemini ortaya koyan birçok çalışma yapılmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, kadınlara yönelik planlı sağlık eğitimlerinin, kadınların bilgi düzeyleri ve meme muayenesi yapma davranışları üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (91, 92).

KKMM, meme kanseri ve taramalar konusunda yeterli bilgiye sahip olmama kadınların bu istenen sağlık davranışlarını (KKMM, tarama programlarına katılım, vb.) sürdürmeme nedenleri arasında en sık bildirilen faktördür (89,90,93).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda KKMM yapanların düzeyi %4,3-61,7; rahim ağzından sürüntü aldırınların sıklığı %13,1-53,3 olarak belirlenmiştir ve düşük olduğu görülmektedir. Eğitimle her ikisi de olumlu yönde gelişmektedir (36,89,90,91,92,94).

ÜSBÖ kullanılarak ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda "Kanserden Korunma" alt boyut puanları düşüktür (6,7,8,95). Bu da kadınların üreme organ ve

meme kanserlerinden korunma konusunda davranışlarının yeterli olmadığını göstermektedir.

#### **2.4.4. Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, herhangi bir hastalık ya da rahatsızlığı önlemeye yönelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar. Günümüzde birçok sağlık sorununun, sağlığa ilişkin tutum ve davranışların olmayışı ve hareketsiz yaşamdan kaynaklandığı belirtilmektedir (96).

Yapılan çalışmalarda kadınların sağlık davranışlarının istenen düzeyde olmadığı görülmektedir (86,96,97).

Türkiye’de kadınlar için obezite bir problemdir. 15–49 yaşlarındaki kadınların %55,0’ı şişman, %27,0’ı ise obezdir (98). Yine 15-49 yaş arası kadınların %22’si düzenli olarak veya nadiren de olsa sigara içmektedir. Kentsel alanlar ve İstanbul’da yaşayan kadınlarda sigara içme düzeyi (%29,5) daha yüksektir (86).

Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren bir çalışmada; ev hanımlarında fazla kilolu olanlar %37,6 iken, çalışanlarda normal kilolu olanlar %44,2’dir. Genel popülasyonda ise fazla kilolu olanlar %37,6’dır. Ayrıca egzersiz alışkanlığı, beslenme alışkanlığı ve sağlık sorumluluğu davranış alışkanlıkları bakımından sağlıklı yaşam davranışlarının orta düzeyde olduğu gözlenmiştir (96).

Beslenme ile ilgili diğer bir konu da ailenin beslenmesinden sorumlu olan ev kadınlarının beslenme bilgisindeki yetersizliklerdir. Kadınların özellikle besinleri hazırlama, pişirme ve çözdürme aşamalarında hatalı uygulamalar yaptıkları belirlenmiştir (99). Bu nedenle, hem kadının hem de ailesinin sağlığını geliştirecek sağlık davranışlarını destekleyen programlara ihtiyaç vardır.

SHÇEK Toplum Merkezleri Kadın Sağlığı Eğitim Programı Değerlendirme Raporunda yer alan çalışmada “genel sağlığı koruyucu davranışlar” ile ilgili tutum/sağlık davranışları değerlendirildiğinde, kadınların sigara içme düzeyinin Türkiye ve İstanbul genelinden yüksek olduğu, sadece üçte birinin her zaman haftada en az 2-3 gün yürüyüş/egzersiz yapmaya çalıştığı ve %63,4’ünün her zaman

öğünlerde her besin grubundan yemek hazırlamaya çalıştığı belirlenmiştir. Yarısından fazlası yıllık genel sağlık kontrollerinin gereğine inanmamaktadır. Bu bulgular, üreme sağlığından ayrı düşünülemeyen bu sağlık davranışlarının, kadın sağlığı ile ilgili eğitimlerde mutlaka yer alması gereken konular arasında olduğuna işaret etmektedir (94).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışlarının yeterli olmadığı görülmektedir. Bu puanların düşüklüğü üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışlarının yeterli olmadığını göstermektedir (6,7,8,94,95).

#### **2.4.5. Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma**

Genital yol enfeksiyonları (GYE) kadınlarda sık görülen jinekolojik problemlerden biridir. Bu enfeksiyonlar ve rahatsızlıkların sık tekrarlaması ekonomik üretkenlik kaybına neden olur. GYE tedavi edilmediği zaman kadınlarda uzun dönemde pelvik inflamatuvar hastalık (Pelvic Inflammatory Disease-PID), servikal kanser, infertilite, spontan abortus ve ektopik gebelik gibi ciddi sekeller ortaya çıkabilir hatta anne ölümlerine sebep olabilir.(100,101)

Kadınlarda genital hijyen alışkanlıklarının, yanlış ve yetersiz hijyen uygulamalarının vajinal florayı bozduğu ve pek çok sağlık sorununa neden olduğu bilinmektedir. GYE üreme organlarında bulunan bir enfeksiyonun yayılması ya da dış ortamdan gelen bir mikroorganizmanın üreme organlarına yerleşmesi ile ortaya çıkmaktadır (101).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) neden olan mikroorganizmalar vücuda vajen, serviks, üretra, rektum ve farenks gibi mukoza ile kaplı bölgelerden girer. Her türlü korunmasız cinsel temas en önemli bulaş yoludur. Bunun yanı sıra gebelikte, doğum sırasında ya da sonrasında anneden bebeğe ve kan nakli yoluyla bulaşma olmaktadır. Kadınların genital anatomik yapıları nedeniyle hastalıklara karşı daha duyarlı oldukları bilinmektedir. Bu hastalıklar üreme sağlığının yanı sıra bebek sağlığı üzerine etkileri açısından da önem taşır (102).

GYE'den korunmak için genital hijyenin sağlanması en önemli basamaktır. Genital enfeksiyonların önlenmesinde genital hijyen davranışlarının kazandırılması

anahtar role sahiptir (103). Beyaz pamuklu iç çamaşırı kullanımı, iç çamaşırının günlük değiştirilmesi, tuvaletten önce ve sonra el yıkama, genital bölgenin temizliğini önden arkaya doğru yapmak, adet döneminde sık sık hijyenik kadın bağı (“*pad*”) değiştirmek ve adetli iken banyo yapmak gibi rutin hijyen alışkanlıklarının devam ettirilmesi genital sağlık için olumlu davranışlardır.

Adet dönemindeki iyi hijyen (*pad*/bez kullanımı, sık sık değiştirilmesi ve genital bölgenin temiz, kuru tutulması) uygulamalarının kadının yaşamını olumsuz etkileyen enfeksiyon riskini azalttığı bildirilmiştir (104).

Genital hijyen davranışları, hassas ve farklı fizyolojik özelliklere sahip organlardan oluşan genital bölgeye yönelik olduğu ve bu konuda bilgi eksikliğine bağlı hatalı uygulamalar yapıldığı için özel önem taşır. Kadınlara verilen planlı genital hijyen davranışları eğitiminin genital hijyen davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (103).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda GYE’den korunma düzeyinin orta/iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (5,6,7,8,94,95).

#### **2.4.6. İstenmeyen Gebeliklerden Korunma**

Cumhuriyetin 1923 yılında ilanından sonra, nüfus sorunu ülkenin başta gelen konularından biri olmuş ve 1960’lı yıllara kadar nüfus artışını destekleyici (pronatalist) bir politika izlenerek doğurganlığı artırıcı teşvikler uygulanmıştır. Ülkede 1950’lerden itibaren yaşanan hızlı nüfus artışının, istenen ve gerçekleşen çocuk sayıları arasındaki büyük farkın, gebeliklerin kontrol edilememesi sonucu oluşan sağlık sorunlarının, istenmeyen gebeliklerin isteyerek düşükle sonlandırılmasının kadın sağlığını olumsuz yönde etkilediği çeşitli raporlarla ve çalışmalarla ortaya konmuştur (105).

1965 yılında kabul edilen 557 Sayılı Nüfus Planlaması Kanunu ile Türkiye’de ilk kez aile planlaması yöntemleri uygulanmış, bu konuda toplumun bilgilendirilmesine ve eğitimine yasal olarak izin verilmiştir. İsteyerek düşüklere 1965’e kadar hiçbir koşulda yasal izin verilmezken 1965’den sonra sadece sağlık nedenleriyle izin verilse dahi doğurgan çağdaki kadınların istemedikleri gebeliklerini sonlandırmada sıklıkla başvurdukları bir yöntem olmuş ve isteyerek düşük yapan



kadınların çoğunlukta olduğu bildirilmiştir. Bu düşüklerin de neredeyse tamamı sosyal ve ekonomik nedenlerle yapılmıştır (105).

1983 yılında kabul edilen 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun ile gebeliğin 10. haftasına kadar kadının ve kocanın rızası ile isteğe bağlı olarak sonlandırılabilceği yasallaştırılmıştır. Bu yasa ile iki ayrı konuda daha yenilik getirilmiştir, bunlar eğitilmiş yardımcı sağlık personelinin Rahim İçi Araç (RİA) uygulaması ve kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyona eşlerin onayı ile izin verilmesidir (105).

İstenmeyen gebelikler tıbbi, sosyal ve halk sağlığı açısından önemli sağlık sorunudur. İstenmeyen gebeliklerin, doğum öncesi bakım yetersizliği, anne-bebek ölümleri, düşük doğum ağırlığı, bebek-çocuk ihmalı gibi pek çok ciddi sonuçları olabilmektedir (106).

İstenmeyen gebelik; gebeliğin, eşlerden birinin ya da her ikisinin birden arzu etmediği bir zamanda plansız meydana gelmesi olarak tanımlanır. İstenmeyen gebelik meydana geldiğinde ya hiç çocuk istenmiyordur ya da gebeliğin zamanlaması uygun değildir. Gebelik fizyolojik bir olay olmasına karşın istenilmediği zaman, kadın, erkek ve doğacak çocuk yönünden sosyal boyutları da olan önemli olumsuz sağlık sonuçları oluşur (107).

İstenmeyen gebelikler, üreme sağlığı ve ilgili konulardaki bilgi eksikliği, aile planlaması hizmetlerinin verilmemesi, bu hizmetlere ulaşamama sonucu aile planlaması yöntemlerin kullanılmamasına bağlı olabilir. Ayrıca, yöntemlerin yanlış kullanımı veya doğru kullanılsa bile yöntem başarısızlığı sonucu da istenmeyen gebelik meydana gelebilir. Bu durum isteyerek düşük öncesinde aile planlaması yöntemi kullanma örüntüsünü incelemenin önemini ortaya çıkarmaktadır (86).

Aile planlaması yöntemleri modern (RİA, oral kontraseptif, kondom, aylık ve üç aylık iğneler, deri altı implantları, diyafram, cerrahi sterilizasyon) ve geleneksel yöntemler (geri çekme, takvim yöntemi, vaginal yıkama) şeklinde sınıflandırılmaktadır (108).

Son beş yılda isteyerek düşük yapmış kadınlar için, son isteyerek düşüğün gerçekleştiği aydan sonraki ilk ayda kadınların %48,0'ı herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığını beyan etmiştir. Aile planlaması yöntemi kullananlar arasında

ise en çok tercih edilenler kondom, RİA ve geri çekme olmuştur (sırasıyla yüzde 17, 15 ve 14) (98).

İstenmeyen gebelikler üreme sağlığını tehdit eden önemli bir sorundur ve aile planlaması hizmetlerinde karşılanamayan gereksinim olarak ifade edilir. Pek çok gelişmekte olan ülkede kadınlar daha fazla çocuk sahibi olmak istemedikleri halde farklı nedenlerle herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır. İstenmeyen gebelikler çoğunlukla isteyerek düşükle sonlanmaktadır (109). Ülkemizde en az bir isteyerek düşüğü olan kadınların yüzdesi TNSA 2013 verilerine göre %14,0'dır (98).

Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerin bazılarında isteyerek düşük hizmetlerinin yasal sistem içerisinde yaygın ve ulaşılabilir olmaması hem doğurganlığı hem de anne mortalite ve morbiditesini olumsuz yönde etkilemektedir (109).

SHÇEK Toplum Merkezleri Kadın Sağlığı Eğitim Programı Değerlendirme Raporu'na göre toplum merkezlerinde yapılan çalışmada kadınların %23,1'inin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığı, modern yöntem kullanım düzeyinin %55,7, geleneksel yöntem (geri çekme) kullanma sıklığının %21,0 olduğu, en sık kullanılan modern yöntemlerin ise sırasıyla RİA %28,6 ve kondom %13,8 olduğu belirlenmiştir (94).

TNSA 2013'e göre, Türkiye'deki kadınların %74,0'ı herhangi bir yöntem (%47,0'ı modern, %26,0'ı geleneksel yöntem olmak üzere) ile korunmaktadır, en yaygın kullanılan modern yöntem RİA'dır (%17,0) ve bunu erkek kondomu takip etmektedir (%16,0), geri çekme en yaygın kullanılan geleneksel yöntem olmaya devam etmektedir (%26,0) (98).

Ülkemizde de 30 yılı aşkın bir süredir, riskli gebelikleri önleyerek kadın ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, ailelere gerekli bilgi ve hizmeti sunarak doğurganlıkları ile ilgili özgürce ve bilinçli seçim yapmalarını sağlayan politikalar izlenmiştir. Ancak buna rağmen, aile planlaması yöntemlerinin kullanım payları halen istenilen düzeye gelememiştir. Bu payı artırabilmenin en önemli yollarından biri, kişileri bilgilendirmeye yönelik ve bu bilgiye en çok ihtiyaç duyacağı bir zamanda eğitim yapılmasıdır (110).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Alanı ve Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi, Isparta İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı, il merkezinde, Ayazmana Mahallesi 4405 Sokak 8 numarada bulunan dört katlı binanın iki katında hizmet veren bir kurumdur. Kurumda 19 öğretmen ve bir okul sağlığı hemşiresi çalışmaktadır (111).

#### 3.2. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi'nde eğitim gören engelli çocukların annelerine verilen eğitimin annelerin üreme sağlığını koruyucu bilgi ve tutumlarına eğitimin etkisini ölçmeyi amaçlayan müdahale (deneysel) tipte bir çalışmadır.

#### 3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi'nde eğitim gören öğrencilerin anneleri oluşturdu. Merkezde eğitilebilir 113 ve öğretilebilir 160 öğrenci eğitim almaktaydı (toplam 273). Merkez yönetimi tarafından bildirilen 273 öğrencinin dosyaları daha detaylı incelendiğinde; 25 öğrencinin sevgi evlerinde kalmakta olduğu (babası /aileden biri tarafından bakımı üstlenilmiş), 10 öğrencinin annesinin vefat ettiği ve 3 öğrencinin evlatlık olduğu belirlendi (toplam 38). Belirtilen öğrenciler dışında kalan 235 öğrencinin annelerinin tamamına örnekleme yapılmaksızın ulaşılması hedeflendi. Araştırma grubundaki kadınların 14'ü 2, 1'i 3 tane engelli çocuğa sahip olduğundan evrende 219 anne bulunmaktaydı. Üç öğrencinin annesi eğitimin yapıldığı tarihlerde hastanede yattığı için araştırmaya katılmadı. Okula kayıtlı olmasına rağmen 13 öğrenci devamsız olduğu için annelerine ulaşamadı. On iki öğrencinin anneleri araştırmaya katılmayı kabul etmedi (toplam 28). Açıklanan sebeplerle araştırmada 191 kadına ulaşıldı (ulaşma oranı %87,2).

Bir engelli çocuğa sahip kadınların sayısı 176, birden fazla engelli çocuğa sahip kadınların sayısı 15 (toplam 191), toplam engelli çocuk sayısı ise 207'dir.

Engelli çocuğa sahip olma ile ilgili özellikler değerlendirilirken; 191 kadından 207 engelli çocukla ilgili veri toplandı. Engelli çocuğa sahip olma ile ilgili özellikler; kadının sahip olduğu engelli çocuk sayısı, engelli çocuğun doğduğu gebelik sırası, gebeliğinde alınan bakım sayısı, gebeliği boyunca kontrole gidilen yer, doğumun şekli, doğumun olduğu yer ve doğuma yardım eden kişi şeklinde değerlendirildi.

### **3.4. Etik**

Araştırma öncesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu'ndan (14.01.2015 tarih ve 143 sayılı karar, EK-1), Isparta Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüđu'nden (07.01.2015 tarih 27749142/730/146781 sayılı yazısı, EK-2) gerekli izinler alındı. Araştırma grubuna araştırmanın amacı ve gizliliği konusunda bilgi verildi ve çalışmaya katılma onay formu (EK -3) imzalatıldı. Evli kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ)'ni geliştiren araştırmacıdan ölçeğin kullanımını için gerekli izin alındı (EK-4).

### **3.5. Araştırmanın Hipotezleri**

1. Engelli annesi olan kadınların eğitim öncesinde Bilgi Ölçme Testi (BÖT) ve ÜSBÖ toplam puanları sosyodemografik özelliklere, üreme sağlığı, sağlık alışkanlıklarına ve engelli çocuğa sahip olma özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

2. Engelli annesi olan kadınların eğitim sonrasında BÖT ve ÜSBÖ toplam puanları sosyodemografik özelliklere, üreme sağlığı, sağlık alışkanlıklarına ve engelli çocuğa sahip olma özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

3. Engelli annesi olan kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında BÖT ve ÜSBÖ toplam puanları farklıdır ve eğitim sonrası tüm puanlar artış göstermektedir.

### **3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler**

- BÖT toplam puanı
- ÜSBÖ toplam puanı

### 3.7. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

- Kadının yaşı
- Kadının eğitim durumu
- Kadının medeni durumu
- Kadının eşı ile akrabalık durumu
- Kadının aile yapısı
- Kadının çalışma durumu
- Kadının gelir düzeyi
- Kadının gelir gider dengesi
- Kadının sağlık algısı
- Kadının kronik hastalığının bulunma durumu
- Kadının hastalanınca en çok başvurduğu yer
- Kadının sigara kullanma durumu
- Kadının günlük çay tüketim miktarı (fincan)
- Kadının günlük kahve tüketim miktarı (fincan)
- Kadının günlük kola tüketim miktarı (bardak)
- Kadının düzenli egzersiz yapma durumu
- Kadının ilk evlenme yaşı (yıl)
- Kadının toplam gebelik sayısı
- Kadının canlı doğum sayısı
- Kadının ölü doğum sayısı
- Kadının kendiliğinden düşük sayısı
- Kadının isteyerek düşük sayısı
- Kadının istenen çocuk sayısı

- Kadının ilk adetini gördüğü yaş (yıl)
- Kadının adetinin süresi (gün)
- Kadının kaç günde bir adet gördüğü (gün)
- Kadının vücut kütle indeksi (VKİ)
- Kadının tekrar gebelik düşünme durumu
- Kadının aile planlaması yöntemi kullanma durumu
- Kadının kullandığı aile planlaması yöntemi
- Kadının aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu
- Kadının genital akıntı varlığı
- Kadının düzenli adet görme durumu
- Kadının KKMM yapma durumu
- Kadının meme ultrasonu çekirme durumu
- Kadının mamografi çekirme durumu
- Kadının rahim ağzından sürüntü aldırma durumu
- Kadının ailesinde meme kanseri tanısı almış kişi bulunma durumu
- Kadının ailesinde rahim veya yumurtalık kanseri tanısı almış kişi bulunma durumu
- Kadının daha önce üreme sağlığını koruyucu davranışlar ile ilgili eğitim alma durumu
- Kadının sahip olduğu engelli çocuk sayısı
- Engelli çocuğun doğduğu gebelik sırası
- Engelli çocuğun gebeliğinde alınan bakım sayısı
- Engelli çocuğun gebeliği boyunca kontrole gidilen yer
- Engelli çocuğun doğum şekli
- Engelli çocuğun doğumunun olduğu yer

- Engelli çocuğun doğumuna yardım eden kişi

### **3.8. Veri Toplama ve Değerlendirme**

Araştırmanın birinci aşamasında, Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi yönetimi ile görüşülerek eğitim günleri ve eğitim grupları belirlendi. Eğitim öncesi anket uygulanmasına ve “Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışlar” eğitimine 10 Mart 2015’te başlanmasına ve 10 işgünü boyunca her gün 20-25 annenin davet edilmesine karar verildi. Eğitimin konusu, tarihi, saati ve yeri hakkında bilgilendirmenin olduğu araştırmacı tarafından hazırlanan davetiyeler (EK-5) öğrencilere, annelerine ulaştırmak üzere eğitimden bir gün önce verildi. Engelli annesi olan kadınlara kendileri için belirlenen gün ve saatlerde tanımlayıcı bilgi formu (EK-6), BÖT (EK-7) ve ÜSBÖ (EK-8) (5) olmak üzere üç bölümden oluşan anket sözlü ve yazılı onayları alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Uygulama öncesinde araştırmanın amacı hakkında kadınlara bilgi verildi. Anket formunun doldurulması her bir kadın için ortalama 30 dakika sürdü. Anket uygulaması sonrası her gruba araştırmacı tarafından üreme sağlığını geliştirmeye yönelik 130 dakikalık eğitim verildi (EK-9). Eğitim sonrasında kadınlara katılım belgesi (EK-10) verildi.

Araştırmanın ikinci aşamasında, eğitimden 2 ay sonra (Haziran 2015) belirlenen günlerde engelli annesi olan kadınlar Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi’ne davet edildi ve BÖT ile ÜSBÖ tekrar yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

#### **Dışlama Kriterleri;**

- Sevgi evlerinde kalan, annesi vefat etmiş olan, evlat edinilmiş olan veya babası tarafından bakımı üstlenilmiş olan öğrencinin annesi olmak

#### **3.8.1. Veri Toplama Araçları**

##### **3.8.1.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu**

Kadının sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 12 soru, alışkanlıklarını sorgulayan 6 soru, kanserden korunma ve erken tanı ile ilgili 12 soru, üreme

organları ile ilgili şikayetleri sorgulayan 7 soru, aile planlaması kullanımı ile ilgili 15 soru, adet görme ile ilgili özelliklerini sorgulayan 6 soru ve engelli çocukla ilgili 7 soru olmak üzere toplam 65 sorudan oluşan eğitim öncesi uygulanan formdur.

Sosyodemografik özelliklerde gelir gider dengesi, gelir düzeyi, aile planlaması bilgi düzeyi ve sağlık algısı kadınların kendi ifadelerine göre değerlendirildi. Alışkanlıklar sorgulanırken; haftada en az 3 gün, günde en az 20 dakika tempolu yürüyüşe denk egzersiz yapma “düzenli egzersiz yapma” olarak kabul edildi. Adet görme ile ilgili özelliklerden adetliyen günlük kanama miktarı günde 4 hijyenik kadın bağı “*pad*” ve üzeri ise “yoğun”, 2-4 *pad* arası ise “normal” ve 2 *pad* altı ise “az” olarak değerlendirildi.

Veriler değerlendirilirken verilerin bazılarında yeniden gruplamalar yapıldı. Araştırma grubundaki kadınların yaşları 18-34, 35 ve üstü yaş grupları şeklinde; VKİ, DSÖ VKİ sınıflamasına göre; 18,4 ve altı “zayıf”, 18,5-24,9 arası “normal”, 25,0-29,9 arası “fazla kilolu”, 30,0 ve üstü “obez” (112); kullanılan aile planlaması yöntemi RİA, kondom, tüp ligasyonu, hap, aylık/üç aylık iğne kullanımı “modern yöntem”, geri çekme “geleneksel yöntem” olarak sınıflandırıldı.

### **3.8.1.2. Bilgi Ölçme Testi (BÖT)**

Kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumları ile ilgili bilgi düzeylerini ve yapılan eğitimin etkinliğini belirlemek amacı ile eğitim öncesi ve sonrasında kadınlara uygulanan testtir. Test araştırmacı tarafından geliştirilmiş doğru-yanlış şeklinde cevaplanan 10 sorudan oluşmaktadır. Bu testteki soruların cevaplarının 7’si doğru, 3’ü yanlış şeklindedir ve testin soru ve cevapları Tablo 1’de sunulmuştur.



**Tablo 1.** Araştırma Grubuna Uygulanan Bilgi Ölçme Testinin Soru ve Cevapları

<b>Sorular</b>	<b>Cevaplar</b>
Gebelik rahimde gelişir.	Doğru
Her cinsel ilişkide hamile kalınabilir.	Doğru
Adetliken banyo yapılabilir.	Doğru
İdrar yapma isteği geldiğinde tuvalete gitmeden bir süre beklemenin sakıncası yoktur.	Yanlış
Tuvaletten önce eller su ve sabunla yıkanmalıdır.	Doğru
Üreme organlarının dış kısmı (taharetlenen bölge) kuru tutulmalıdır.	Doğru
Günde en az 6-8 bardak su içilmelidir.	Doğru
Meme kanserinde erken tanı için kadının kendisinin yapabileceği bir şey yoktur.	Yanlış
Geri çekme (erkeğin korunması) gebeliği önlenmede etkili bir yöntem değildir.	Doğru
Hazneden gelen süt kesiği gibi (peynirimsi) akıntı ve üreme organlarında kaşıntı normaldir.	Yanlış

Her bir soruya verilecek doğru cevap için kadınlara birer puan verildi ve toplamı kadınların üreme sağlığını koruyucu bilgi ve tutumları konusunda bilgi puanını oluşturdu. Puanın artması üreme sağlığını koruyucu tutumları konusunda bilgi düzeyinin arttığına göstergesidir.

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

Demirci tarafından 2004 yılında geliştirilen ölçek toplam 39 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşan ve bu çalışmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası uygulanan testtir (5).

Ölçeğin alt boyutları:

- Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı (8 madde),
- Üreme organ ve meme kanserinden korunma(4 madde),
- Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları (10 madde),
- Genital yol enfeksiyonlarından korunma (14 madde),
- İstenmeyen gebeliklerden korunmadır (3 madde).

ÜSBÖ; kadınların kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, anlaşılması kolay, 39 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Formun başında nasıl doldurulacağına ilişkin bilgi verilmiştir. Kadınların üreme sağlıklarını korumaya yönelik tutum ve davranışlarıyla ilgili uygulamalarını sıklığına göre ifade etmeleri ve her bir maddeyi okuyarak kendine uygun olan seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmektedir. Bu seçenekler 5, 10, 16 ve 28. maddeler dışında “Hiçbir zaman=1 puan, Nadiren/çok seyrek=2 puan, Bazen=3 puan, Çoğu zaman=4 puan ve Her zaman/Düzenli=5 puan” şeklinde; 5, 10, 16 ve 28. maddelerde ise tersten puanlanmaktadır (Hiçbir zaman=5 puan, Nadiren/çok seyrek=4 puan, Bazen=3 puan, Çoğu zaman=2 puan ve Her zaman/Düzenli=1 puan). Her bir maddeden alınan puanlar toplanarak ölçeğin ham puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 39-195 arasında değişmektedir. Yine her bir alt boyutun ham puanları, alt boyut altında yer alan maddelerin puanları toplanarak elde edilmektedir. Demirci'nin çalışmasında belirlenen ve bildirilen ölçek toplam ve alt boyut puanlarının alınabilecek en düşük ve en yüksek değerleri ile Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları Tablo 2'de verilmiştir. Ölçek ve alt boyutlardan alınan puanların artması o alanda bilgi ve tutumun olumlu yönde geliştiğinin göstergesidir.

**Tablo 2.** ÜSBÖ ve Alt Boyutlarından Alınabilecek Puanlar ile Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Hesaplamada Kullanılan Ölçek Maddeleri	Madde sayısı	Min. Ham Puan	Maks. Ham Puan	Cronbach's Alpha
ÜSBÖ (Toplam Puan)	1- 39	39	39	195	0,82
1. Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı	13,14,15,16*,24,25,33,39	8	8	40	0,78
2. Üreme organ ve meme kanserinden korunma	20,21,22,23	4	4	20	0,72
3. Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları	1,29,30,31,32,34,35,36,37,38	10	10	50	0,62
4. Genital yol enfeksiyonlarından korunma	2,3,4,5*,6,7,8,9,10*,11,12,17,18,19	14	14	70	0,61
5.İstenmeyen gebeliklerden korunma	26,27,28*	3	3	15	0,61

\* Tersten puanlanan maddeler, ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği

### **3.8.2. Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışlar Eğitimi**

#### **3.8.2.1. Eğitim Programının Tanımı**

Bu eğitim programı, kadınların üreme sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik bilgi edinmeleri, doğru tutum ve davranış kazanmalarını sağlamak amacıyla düzenlendi.

#### **3.8.2.2. Eğitim Programının Hedefleri ve Öğrenim Çıktıları**

Kadınlar bu eğitimin sonunda;

- Üreme organlarını tanımış olacaklardır.
- Üreme sağlığını koruyucu doğru davranışların neler olduğunu sayabileceklerdir.
- Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitmenin önemini açıklayabileceklerdir.

- Üreme sağlığını, doğrudan ya da dolaylı etkileyen genel sağlık davranışlarını sayabileceklerdir.
- Üreme organ kanserlerinde erken tanının ve yıllık jinekolojik muayenelere düzenli gitme davranışının önemini kavrayabileceklerdir.
- Üreme organ ve meme kanserinden korunmada alınması gereken önlemleri sayabileceklerdir.
- Genital yol enfeksiyonlarını önlemeye yönelik koruyucu davranışların neler olduğunu sayabileceklerdir.
- İstenmeyen gebeliklerden korunma yöntemlerini sayabileceklerdir.

### **3.8.2.3. Eğitim Materyallerinin Hazırlanması**

Materyaller aşağıda belirtilen yetişkinlerin öğrenme özellikleri dikkate alınarak hazırlanmıştır.

- Yetişkinler eğitimin kendi konularıyla bağlantılı olmasını isterler.
- Yetişkinler eğitim kendi konularıyla ilgiliyse öğrenmeye hevesli olurlar, güdülenirler.
- Yetişkinler eğitime etkin olarak katılmak isterler.
- Yetişkinler eğitimde değişiklik isterler.
- Yetişkinler olumlu geribildirim verilmesini isterler.
- Yetişkinlerin kişisel kaygıları vardır ve güvenli bir ortama gereksinim duyarlar.
- Yetişkinler, herkesten farklı bilgi, görgü ve deneyime sahip özgün birer birey olarak görölmek isterler.
- Yetişkinlerin özgüvenlerini korumaları gerekir.
- Yetişkinlerin kendileri ve eğitmenleri için beklenti düzeyleri yüksektir.
- Yetişkinlerin bireysel gereksinimleri göz önüne alınmalıdır (60).

Yetişkin eğitimi yaklaşımında, program öğeleri için belirleyici olan, düzenleme ögesini oluşturan en önemli adım öğrenme için uygun ortam oluşturmaktır. Fiziksel alanı planlamada öğrenenler arasındaki etkileşimi teşvik edecek şekilde küçük grup çalışmaları ve yuvarlak, oval, altıgen ya da “U” biçiminde masaların konulması önem taşımaktadır (53). Bu nedenle kadınlara yönelik üreme sağlığı eğitimleri Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi spor salonunda 20-25 kişilik gruplar şeklinde ve “U” biçiminde oturma düzeni hazırlanarak gerçekleştirildi.

Etkin bir öğrenme için bir başka konu da; öğrenme ortamının; kitaplar, kitapçıklar, filmler, slaytlar, teypler, televizyon, video ve diğer görsel-ışitsel araçlarla, bilgisayar, modeller-maketler ve diğer benzetimli araçlar ile düzenlenmesi gerekmektedir (53).

Bu kapsamda eğitimlerde araştırmacı tarafından hazırlanan slayt gösterimi (power point sunusu) bilgisayar ve projektörle sunuldu. Kadın üreme organları, adet döngüsü, gebeliğin oluşumu, aile planlaması yöntemleri konularının sunumunda “Aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber” içerisindeki görsellerden faydalanıldı (113).

KKMM muayenesi konusunda uygulama basamakları meme modeli üzerinde gösterildi. Aile planlaması yöntemleri konusunda RİA, hap, enjekte edilen kontraseptifler ve kondom modelleri kullanıldı. Sunum esnasında eğitim salonundaki panolara konuyla ilgili posterler asıldı. Flipchart tahtasında araştırmacı tarafından hazırlanan “üzerinde kadın üreme organlarının isimlerinin yazılı olduğu kağıt” ve “üzerinde meme kanseri belirtileri ve KKMM basamaklarının yazılı olduğu kağıt” ilgili konuda gösterildi (Resim 1-5).



**Resim 1. Kadın üreme organları sunumu**



**Resim 2. Adet döngüsü sunumu**



**Resim 3. Gebeliğin oluşumu sunumu**



**Resim 4.** Kendi kendine meme muayenesi sunumu ve meme modeli üzerinde demonstrasyonu



**Resim 5.** Genel Sağlık Davranışlarını İçeren Sunum

### 3.9. Araştırmanın Çalışma Takvimi

**Çizelge 1.** Araştırmanın Çalışma Takvimi

FAALİYETLER	Aralık 2014	Ocak 2015	Şubat 2015	Mart 2015	Nisan 2015	Mayıs 2015	Haziran 2015	Temmuz 2015	Ağustos 2015	Eylül 2015	Ekim 2015	Kasım 2015	Aralık 2015	Ocak 2016	Şubat 2016	Mart2016	Nisan 2016	Mayıs 2016	Haziran 2016
Literatür tarama, kaynakları okuma ve not alma	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Tez önerisi hazırlama ve tez izleme komitesine sunma	X																		
Tez önerisinin Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde kabul edilmesi	X																		
SDÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru ve onayı	X	X																	
Kurumdan araştırma izni için başvuru ve onayı	X	X																	
Evren belirleme ve örneklem seçimi	X																		
Anket hazırlama	X																		
Ön uygulama (anket), anketin son şeklinin verilmesi, anketin çoğaltılması			X																
Üreme sağlığı eğitimi ve eğitim materyallerinin hazırlanması (Broşürler, üzerine kadın ve erkek üreme organlarının çizilmiş olduğu flipchart kağıtları, powerpoint sunumu, aile planlaması yöntemlerinin örnekleri [Rahim içi araç, hap, kondom, diyafram, aylık ve üç aylık iğneler], katılım belgesi)			X	X															
Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi yönetimi ile görüşülerek üreme sağlığı eğitimi için grupların oluşturulması ve eğitimin yapılacağı tarihlerin belirlenmesi			X																
Üreme sağlığı eğitimi için duyuru afişlerinin, davetiyelerin hazırlanması ve basılması			X																



**Çizelge 1'in devamı: Araştırmanın Çalışma Takvimi**

FAALİYETLER	Aralık 2014	Ocak 2015	Şubat 2015	Mart 2015	Nisan 2015	Mayıs 2015	Haziran 2015	Temmuz 2015	Ağustos 2015	Eylül 2015	Ekim 2015	Kasım 2015	Aralık 2015	Ocak 2016	Şubat 2016	Mart 2016	Nisan 2016	Mayıs 2016	Haziran 2016
Eğitim öncesi araştırma verilerinin toplanması/anket uygulama(Tanımlayıcı Bilgi Formu, Bilgi Ölçme Testi, Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği) ve üreme sağlığı eğitiminin verilmesi				X															
Eğitimden 2 ay sonra kadınların eğitim sonrası verilerinin toplanması için okula tekrar davet edilmesi							X	X											
Eğitim sonrası araştırma verilerinin toplanması/anket uygulama (Bilgi Ölçme Testi, Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği)							X	X											
Verilerin girişi için SPSS programında veri tabanı hazırlanması										X									
Hazırlanan veri tabanına araştırmacı tarafından kadınlara ait eğitim öncesi ve eğitim sonrası veri girişlerinin yapılması										X	X								
Bilgisayarda veri temizliği yapılması												X							
Tezin tanımlayıcı istatistiklerinin, tek değişkenli analizlerinin ve regresyon analizlerinin yapılması												X	X						
Tezin genel bilgiler, materyal-metod, bulgular, tartışma, sonuç ve öneriler şeklinde raporunun hazırlanması													X	X	X	X	X		
Tez savunma jürisinin ve tarihinin belirlenmesi ve gerekli yazışmaların yapılması																		X	
Tez savunması için sunumun hazırlanması ve tez savunmasının yapılması																			X
Tezin Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne teslim edilmesi																			X

### 3.10. Ön Uygulama

Araştırma öncesinde araştırma evreni dışında kalan 20 kadına ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonrasında ankette herhangi bir değişiklik öngörülmedi.

### 3.11. İstatistik Analiz ve Değerlendirme

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Version 15.0) programı kullanılarak değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi kullanılarak incelendi. Tek değişkenli analizlerde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum (min-maks) değerler) bağımlı gruplarda karşılaştırmalarda Mc Nemar ve Paired t testi, bağımsız gruplarda karşılaştırmalarda bağımsız grup t testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, ANOVA testleri ve korelasyonları belirlemede Pearson korelasyon testleri kullanıldı. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık için sınır değer  $p < 0,05$  kabul edildi. Bulgular bölümünde istatistik analiz sonuçları p değerlerinin gerçek değerleri verilerek sunuldu. Yalnız p değerinin 0,001'den küçük olduğu durumlarda  $p < 0,001$  şeklinde ifade edildi. Parametrik koşulların sağlanmadığı ikiden fazla grubun ortalamalarının karşılaştırıldığı ve farkın anlamlı olduğu durumlarda farkı oluşturan grubu belirlemede Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. İstatistik anlamlılık değeri, alfa (0,05) değerinin grup karşılaştırma sayısına bölünmesi ile belirlendi ve p değeri için en küçük anlamlılık değeri  $p < 0,016$  olarak alındı.

Korelasyonun derecesi, korelasyon katsayısı (r) ile ölçüldü. Değeri -1 ile +1 arasında değişir. Mutlak değeri 1'e ne kadar yakınsa korelasyon o kadar kuvvetlidir. Korelasyon katsayısı (r) değerinin mutlak değerine göre korelasyonunun derecelendirmesi aşağıda verilmiştir.

0,05-0,30	: Düşük veya önemsiz korelasyon
0,30-0,40	: Düşük orta derecede korelasyon
0,40-0,60	: Orta derecede korelasyon
0,60-0,70	: İyi derecede korelasyon

0,70-0,75 : Çok iyi derecede korelasyon

0,75-1,00 : Mükemmel korelasyon (114).

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası BÖT ve ÜSBÖ toplam puan ortalamaları üzerinde etkili bağımsız prediktörleri belirlemek üzere, tek değişkenli (univariate) analizlerde belirlenen olası faktörler modele alınarak lineer regresyon analizleri yapıldı. İstatistiksel anlamlılık için sınır değer  $p < 0,05$  alındı. Regresyon modeli olguların her birinin gözlenen değerine karşılık beklenen değerlerini vermektedir. Model uyumuna karar vermek için Durbin Watson analizi kullanıldı. Durbin-Watson analizi regresyon modelinin iyi oluşturulup oluşturulmadığını gösterir. Analiz sonucu 2'ye yakın bir değer veriyorsa model iyi oluşturulmuş, ancak sıfıra ve 4'e yakınsa oluşturulan modelde sorun olduğunun düşünülmesi gerektiği bildirilmektedir (115).

Regresyon analizindeki  $R^2$  (*R square*) bağımlı değişkendeki değişimin ne kadarının bağımsız değişken grubundan kaynaklandığını göstermektedir. Değişken sayısının fazla ya da olgu sayısının küçük olduğu durumlarda ise düzeltilmiş (adjusted)  $R^2$  değerinin yeğlenmesi önerilmektedir (115). Bu çalışmada yapılan lineer regresyon analizlerinin modellerinde değişken sayısının fazla olması sebebiyle düzeltilmiş (adjusted)  $R^2$  değerleri kullanılmıştır.

Değişkenler regresyon analizine alınmadan önce; ikili (dikotom) hale dönüştürüldü (kendi sağlığını algılama için; orta ve üstü=1 ve çok kötü/kötü=0, günlük çay tüketimi için; 4 fincan ve üstü=1, 4 fincandan az=0, eğitim durumu için; lise ve üstü=1, ilköğretim=0, aile yapısı için; çekirdek aile=1, diğer=0, sigara içme durumu için; içiyor/bırakmış=1, hiç içmeyenler=0, günlük kahve tüketimi için; 1-3 fincan içenler=1, hiç içmeyenler=0, çalışma durumu (emekli/çalışıyor=1, ev hanımı=0), düzenli egzersiz yapma için; yapıyor=1, yapmıyor=0, tekrar gebelik düşünme için; evet=1, hayır=0, kullanılan aile planlaması yöntemi için; modern=1, geleneksel=0, aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olma için; evet=1, hayır=0, KKMM yapma için; yapıyor=1, yapmıyor=0, rahim ağzından sürüntü aldırma durumu için; evet=1, hayır=0, üreme sağlığı ile ilgili eğitim alma durumu için; evet=1, hayır=0, engelli çocuğun doğumunun olduğu yer için; sağlık kurumu=1, diğer=0, engelli çocuğun gebeliğinde alınan bakım sayısı için; en az bir kez=1, hiç=0, engelli çocuğun gebeliği süresince kontrole gidilen yer için; ikinci

basamak/uzman=1, birinci basamak=0, engelli çocuğun doğumuna yardım eden kişi için; sağlık personeli=1, diğer=0).

### **3.12. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları**

Araştırmada eğitim öncesi ulaşılan kadınların tamamına eğitim sonrası da ulaşılmaması, veri kaybı yaşanmaması ve ülkemizde engelli çocukların annelerinin üreme sağlığını koruyucu tutum ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerini belirleyen, bu kadınlara üreme sağlığı eğitimi vererek eğitimin etkinliğini ölçen ilk çalışma olması araştırmanın güçlü yanlarıdır.

Araştırmanın Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi'nde eğitim gören engelli çocuklara sahip anneleri temsil eden bir evrende yapılması nedeniyle sonuçların Isparta'da yaşayan tüm engelli çocukların annelerine genellenemeyecek olması araştırmanın kısıtlı yanlarıdır.

#### 4. BULGULAR

Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 3’de görülmektedir. Araştırma grubunun %84,3’ü 35 ve üzeri yaş grubunda, %68,6’sı ilkokul-ortaokul mezunu, %91,1’i evli, %74,9’unun eşi ile herhangi bir akrabalık durumu bulunmamakta, %81,2’si çekirdek ailede yaşamakta ve %82,2’si ev hanımıydı. Kadınların %74,4 gelir düzeyini orta olarak ifade etti. Yüzde 55,0’ının geliri giderinden azdı.

**Tablo 3.** Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Sayı	%	
Yaş	25-34	30	15,7
	35-49	107	56,0
	50-75	54	28,3
Eğitim Durumu	Formal eğitim almamış	25	13,1
	İlkokul-ortaokul	131	68,6
	Lise ve üstü	35	18,3
Medeni Durumu	Evli	174	91,1
	Dul olanlar	17	8,9
Eşi ile akrabalık durumu	Var	48	25,1
	Yok	143	74,9
Aile yapısı	Çekirdek	155	81,2
	Geniş aile	26	3,6
	Tek ebeveynli	10	5,2
Çalışma durumu	Ev hanımı	157	82,2
	Çalışıyor	23	12,0
	Emekli	11	5,8
Gelir düzeyi	Kötü	13	6,8
	Orta	142	74,4
	İyi	36	18,8
Gelir gider dengesi	Geliri giderine eşit	72	37,7
	Geliri giderinden az	105	55,0
	Geliri giderinden fazla	14	7,3
<b>Toplam</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	

Araştırma grubunun sağlık alışkanlıkları ile ilgili özellikleri Tablo 4’de görülmektedir. Araştırma grubunun %53,4’ü kendi sağlığını orta düzeyde algılamaktaydı, %40,3’ünün kronik bir hastalığı bulunmakta ve %64,4’ü

hastalandığında en çok devlet-üniversite hastanesine başvuruyordu. Araştırma grubunda bulunan kronik hastalıklarda ilk üçü (sıklık sırasına göre) kardiyovasküler sistem hastalıkları (%38,3), endokrin sistem hastalıkları (%22,3) ve solunum sistemi hastalıkları idi (%13,8) (Tablo 5).

Araştırma grubunun %82,2'si hiç sigara kullanmamış, %69,6'sı günde 4 fincan ve üzeri çay içmekte, %53,9'u gün içinde hiç kahve tüketmemekte, %82,2'si hiç kola içmemekteydi. Yüzde 17,3'ü düzenli egzersiz yapmıyor, 77,4'ü fazla kilolu veya obezdi.

**Tablo 4.** Araştırma Grubunun Sağlık Alışkanlıkları ile İlgili Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Kendi sağlığını algılama		
	Çok kötü-Kötü	20 10,5
	Orta	102 53,4
	İyi-Çok iyi	69 36,1
Kronik hastalık olma durumu		
	Var	77 40,3
	Yok	114 59,7
Hastalanınca en çok başvuru yeri		
	Aile hekimi	45 23,6
	Devlet-Üniversite hastane	123 64,4
	Özel hekim-Özel hastane	23 12,0
Sigara kullanma durumu		
	Hiç kullanmamış	157 82,2
	İçiyor	23 12,0
	İçmiş bırakmış	11 5,8
Günlük çay tüketimi (günlük)		
	4 fincandan az	58 30,4
	4 fincan ve üzeri	133 69,6
Günlük kahve tüketimi (günlük)		
	Hiç içmeyenler	103 53,9
	1-3 fincan içenler	88 46,1
Günlük kola tüketimi (günlük)		
	Hiç içmeyenler	157 82,2
	1-3 bardak içenler	34 17,8
Düzenli egzersiz yapma durumu		
	Yapıyor	33 17,3
	Yapmıyor	158 82,7
Beden Kütle İndeksi		
	Zayıf (18,4 ve altı)	3 1,7
	Normal (18,5-24,9)	40 20,9
	Fazla kilolu (25,0-29,9)	74 38,7
	Obez (30,0 ve üstü)	74 38,7
<b>Toplam</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 5.** Araştırma Grubunda Kronik Hastalığa Sahip Olanların Hastalıklara Göre Dağılımı

<b>Kronik Hastalıklar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>
Kardiovasküler sistem	36	38,3
Endokrin sistemi	21	22,3
Solunum sistem	13	13,8
Santral sinir sistemi	6	6,4
Gastrointestinal sistem	4	4,3
Ürogenital sistem	3	3,2
Duyu organları	3	3,2
Depresyon	3	3,2
Hematolojik sistem	3	3,2
Kas iskelet sistemi	2	2,1
<b>Toplam†</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

\* Sadece kronik hastalığı olanlar içindeki dağılım verilmiştir (n=77)

† 17 kişide birden fazla kronik hastalık mevcuttur (n=94)

Araştırma grubunun sağlıkla ve alışkanlıkları ile ilgili diğer özellikleri Tablo 6'da görülmektedir. Araştırma grubunun yaş ortalaması 44,0±9,1 (min=25-maks=75)'dir. Araştırma grubunun günlük çay tüketimi ortalama 5,6±3,7 (min=0-maks=25) fincan; günlük kahve tüketimi ortalama 0,5±0,7 (min=0-maks=3) fincan ve günlük kola tüketimi ortalama 0,2±0,5 (min=0-maks=3) bardaktı.

**Tablo 6.** Araştırma Grubunun Sağlıkla ve Alışkanlıkları ile İlgili Diğer Özellikleri

<b>Özellikler</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>	<b>Ort ± SS</b>
Yaş (yıl)	25	75	44,0 ± 9,1
Günlük çay tüketimi (fincan)	0	25	5,6 ± 3,7
Günlük kahve tüketimi (fincan)	0	3	0,5 ± 0,7
Günlük kola tüketimi (bardak)	0	3	0,2 ± 0,5

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Araştırma grubunun evlilik ve doğurganlık özellikleri Tablo 7'de görülmektedir. Araştırma grubundaki kadınların ilk evlenme yaşı ortalama 20,2±3,8 (min=13-maks=36), toplam gebelik sayısı ortalama 3,6±1,8 (min=1-maks=16) ve canlı doğum sayısı ortalama 2,7±1,1 (min=1-maks=7) idi.

**Tablo 7.** Araştırma Grubunun Evlilik ve Doğurganlık Özellikleri

Özellikler	Min	Maks	Ort ± SS
İlk evlenme yaşı (yıl)	13	36	20,2 ± 3,8
Toplam gebelik sayısı	1	16	3,6 ± 1,8
Canlı doğum sayısı	1	7	2,7 ± 1,1
Ölü doğum sayısı	0	13	0,3 ± 1,1
Kendiliğinden düşük sayısı	0	5	0,4 ± 0,8
İsteyerek düşük sayısı	0	5	0,3 ± 0,6
İstenen çocuk sayısı	1	6	2,8 ± 0,9
İlk adet görüldüğü yaş (yıl)	10	18	13,4 ± 1,5
Adetin süresi(gün)	2	15	5,5 ± 2,2
Kaç günde bir adet görüldüğü	15	120	29,4 ± 13,2

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Araştırma grubunun aile planlaması kullanımı ile ilgili özellikleri Tablo 8’de görülmektedir. Araştırma grubunun %89,0’ı tekrar gebelik düşünmemekte ve %53,9’u aile planlaması kullanmaktaydı. Yöntem kullananların %68,9’u modern yöntem kullanmakta ve modern yöntemlerden en çok kullanılan üçü (sıklık sırasına göre) RİA (%33,8), kondom (%33,8) ve tüp ligasyonu (%22,5) idi.

Aile planlaması yöntemi kullanmayanların kullanmama nedenleri sıklık sırasına göre sırasıyla gerekli değil (menopoz) (%68,2), eşi yok (%14,7), eşi istemiyor (%11,4), hangi yöntemi kullanacağını bilmiyor (%2,3), sağlık sorunları nedeniyle ( %2,3) ve emziriyor (%1,1) idi. Aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri sorgulanırken belirlenen menopoz ve eşin olmaması durumları (n=73) çıkarıldığında aile planlaması kullanma düzeyi %87,3 idi.

Aile planlaması yöntemi kullananların kullanma nedenleri sıklık sırasına göre sırasıyla başka çocuk istememe (%83,5), sağlık sorunları (%5,8), iki çocuk arasındaki yaşı açmak isteme (%4,9), engelli çocuğa sahip olma (%3,8), ileri yaş (%1,0) ve iş nedeniyle (%1,0) idi.

Yöntem kullananların %83,5’i yöntemi ücretsiz-sağlık kurumundan temin etmekteydi. Kadınların %64,1’i aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmişti. Aile planlaması hakkında en çok bilgi alınan kişi/yer sağlık personeli (%67,3) ve arkadaş-komşuydu (%17,6).



**Tablo 8.** Araştırma Grubunun Aile Planlaması Kullanımı ile İlgili Özellikleri

Özellikler	Sayı	%	
Tekrar gebelik düşünme durumu	Evet Hayır	21 170	11,0 89,0
Yöntem kullanım durumu	Evet Hayır	103 88	53,9 46,1
Kullanılan aile planlaması yöntemi*	Modern Geleneksel	71 32	68,9 31,1
Modern yöntemin dağılımı†	RİA Kondom Tüp ligasyonu Hap Aylık/üç aylık iğne	24 24 16 4 3	33,8 33,8 22,5 5,6 4,3
Aile planlaması yöntemi kullanmayanların kullanmama nedenleri‡	Gerekli değil(menopoz) Eşi yok Eşi istemiyor Hangi yöntemi kullanacağını bilmiyor Sağlık sorunları Emziriyor	60 13 10 2 2 1	68,2 14,7 11,4 2,3 2,3 1,1
Aile planlaması kullananların kullanma nedenleri*	Başka çocuk istememe Sağlık sorunları İki çocuk arası yaşı açmak isteme Engelli çocuğa sahip olma İleri yaş İş nedeniyle	86 6 5 4 1 1	83,5 5,8 4,9 3,8 1,0 1,0
Aile planlaması yönteminin temin edildiği yer*	Ücretsiz-sağlık kurumundan Para ile	86 17	83,5 16,5
Aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu*	Evet Hayır	66 37	64,1 35,9
Aile planlaması hakkında bilginin alındığı kişi/yer§	Sağlık personeli Arkadaş-komşu Medya Hiç kimse Bilimsel kitap Eşi	76 20 9 4 3 1	67,3 17,6 8,0 3,5 2,7 0,9
<b>Toplam</b>		<b>191</b>	<b>100,0</b>

\*Yöntem kullananlar arasındaki dağılım verilmiştir (n=103).

†Modern yöntem kullananlar arasındaki dağılım verilmiştir (n=71).

‡Yöntem kullanmayanlar arasındaki dağılım verilmiştir (n=88).

§7 kişi birden fazla şık işaretlediği için n=113'dür.

Araştırma grubunun adet görme ile ilgili özellikleri Tablo 9'da görülmektedir. Araştırma grubundaki kadınların %55,5'i düzenli adet görmekte, adet görenlerin %88,6'sı adetli iken *pad* kullanmakta ve %35,3'ünün yoğun kanaması olmaktadır.

**Tablo 9.** Araştırma Grubunun Adet Görme ile İlgili Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Düzenli adet görme durumu		
Düzenli	106	55,5
Düzensiz	13	6,8
Menopoza girmiş	72	37,7
Adetliyken kullanılan ürün*		
‘Pad’	103	86,6
Bez/pamuk	16	13,4
Adetliyken kanama miktarı*		
Yoğun ( >4 pad)	42	35,3
Normal (2-4 pad)	61	51,3
Az (<2 pad)	16	13,4
<b>Toplam</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>

\*Sadece adet görenler arasındaki dağılım verilmiştir (n=119)

Araştırma grubunun üreme organları ile ilgili şikayetlerinin dağılımı Tablo 10’da görülmektedir. Araştırma grubundaki kadınların %38,2’sinde genital akıntı ve %36,6’sında gülerken öksürürken idrar/dışkı kaçırma şikayeti bulunmaktaydı. Üreme organları şikayeti ile hastaneye yatmış olanların (n=30) hastaneye yatma nedenleri sırası ile tüp ligasyonu (n=10, %33,3), histerektomi (n=10, %33,3), kanama (n=3, %10,0), kanser (n=2, %1,0), overkist (n=2, %1,0), myomektomi (n=2, %1,0) ve isteyerek düşüktü (n=1, %0,5). Memede hastalığı olanların (n=16) %81,3’ü kist, %18,8’i kitle idi.

**Tablo 10.** Araştırma Grubunun Üreme Organları ile İlgili Şikayetlerinin Dağılımı

Özellikler		Sayı	%
Genital akıntı varlığı	Var	73	38,2
	Yok	118	61,8
Genital akıntıda koku bulunma durumu*	Var	34	46,6
	Yok	39	53,4
Genital akıntıda renk bulunma durumu*	Var	39	53,4
	Yok	34	46,6
Genital akıntı ile birlikte kaşıntı varlığı*	Var	25	34,2
	Yok	48	65,8
Gülerken öksürürken idrar/dışkı kaçıрма durumu	Var	70	36,6
	Yok	121	63,4
Adet kanamasından farklı bir kanama varlığı	Var	10	5,2
	Yok	181	94,8
Cinsel ilişki sırasında kanama olma durumu	Var	4	2,1
	Yok	187	97,9
Dış üreme organlarında değişiklik durumu	Var	6	3,1
	Yok	185	96,9
Hazedede kuruluk olma durumu	Var	33	17,3
	Yok	158	82,7
Üreme organları ile ilgili hastaneye yatma durumu	Evet	30	15,7
	Hayır	161	84,3
Memelerde hastalık bulunma durumu	Evet	16	8,4
	Hayır	175	91,6
<b>Toplam</b>		<b>191</b>	<b>100,0</b>

\*Sadece genital akıntısı olanların içinde dağılım verilmiştir (n=73).

Araştırma grubunun kanserden korunma ve erken tanı ile ilgili özellikleri Tablo 11’de görülmektedir. Araştırma grubunda bulunan kadınların %8,4’ünün ailesinde meme kanseri tanısı almış bir kadın akrabası bulunmakta ve meme kanseri almış akrabaların %31,3’ü teyze, %31,3’ü halaydı. Araştırma grubunda bulunan kadınların %2,1’inin ailesinde rahim ve yumurtalık kanseri tanısı almış bir kadın bulunmaktaydı.

Araştırma grubunda bulunan kadınların %58,1'i KKMM yapmakta ve bunların %72,0'ı ayda en az bir kez ve daha sıklıkla KKMM yapmaktaydı.

Araştırma grubundaki kadınların %37,7'si meme ultrasonu yaptırdığını, %37,2'si mamografi yaptırdığını ve %52,9'u rahim ağzından sürüntü yaptırdığını belirtti. Araştırma grubunda kadın hastalıkları nedeni ile doktora gidenler %55,5 idi. Kadın hastalıkları nedeni ile doktora gidenlerin (n=106) doktora gitme sebepleri sırası ile akıntı (%28,8), adet düzensizliği (%27,0), hastalık şüphesi (%27,0), genel kontrol (%8,2), ağrı (%7,2) ve RİA taktirmek için (%1,8) idi.

Kadınların %11,5'i üreme sağlığını koruyucu davranışlarla ilgili eğitim aldığını belirtti. Eğitimin alındığı kişi ebe/hemşire/öğrenci (%72,7) ve hekimdi (%27,3).

Araştırma grubunun engelli çocuğa olan gebelik ve doğum ile ilgili özellikleri Tablo 12'de görülmektedir. Araştırma grubundaki kadınların 14'ünün 2, 1'inin 3 tane engelli çocuğu bulunmakta olup, araştırmada verisi toplanan toplam engelli çocuk sayısı 207 idi.

Engelli çocukların %32,9'u kadınların birinci gebeliği sonucu, %69,9'u normal yolla, %81,6'sı devlet hastanesinde olmak üzere %91,7'si bir sağlık kuruluşunda ve %95,6'sı sağlık personeli gözetiminde doğmuştu. Kadınların %32,4'ü engelli çocuğun gebeliği süresince hiç bakım almamış, %95,0'ı en çok ikinci basamak/uzmana kontrole gitmişti.

**Tablo 11.** Araştırma Grubunun Kanserden Korunma ve Erken Tanı ile İlgili Özellikleri

Özellikler		Sayı	%
Ailede meme kanseri tanısı almış olma durumu	Evet	16	8,4
	Hayır	175	91,6
Meme kanseri tanısı alan kişi*	Teyze	5	31,3
	Hala	5	31,3
	Anneanne	2	12,5
	Teyze kızı	2	12,5
	Anne	1	6,2
	Kız kardeş	1	6,2
Ailede rahim ve yumurtalık kanseri tanısı almış kişi olma durumu	Evet	4	2,1
	Hayır	187	97,9
KKMM yapma durumu	Evet	111	58,1
	Hayır	80	41,9
KKMM yapma sıklığı†	Haftada en az bir kez	40	36,0
	Ayda en az bir kez	40	36,0
	Üç ayda bir kez	14	12,6
	Altı ayda bir kez	1	0,9
	Daha seyrek	16	14,4
Meme ultrasonu çekirme durumu	Evet	72	37,7
	Hayır	119	62,3
Mamografi çekirme durumu	Evet	71	37,2
	Hayır	120	62,8
Rahim ağzından sürüntü aldırma durumu	Evet	101	52,9
	Hayır	90	47,1
Kadın hastalıkları nedeni ile doktora gitme durumu	Evet	106	55,5
	Hayır	85	44,5
Kadın hastalıkları nedeni ile doktora gitme sebebi‡	Akıntı	32	28,8
	Adet düzensizliği	30	27,0
	Hastalık şüphesi	30	27,0
	Genel kontrol	9	8,2
	Ağrı	8	7,2
	RİA taktırmak için	2	1,8
Üreme sağlığını koruyucu davranışlarla ilgili eğitim alma durumu	Evet	22	11,5
	Hayır	169	88,5
Eğitimin alındığı kişi§	Ebe/hemşire/öğrenci	16	72,7
	Hekim	6	27,3
<b>Toplam</b>		<b>191</b>	<b>100,0</b>

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi, RİA: Rahim içi araç

\*Ailesinde meme kanseri tanısı almış olanlar içinde dağılım verilmiştir (n=16).

†KKMM yapanlar arasındaki sıklık verilmiştir (n=111).

‡ 5 kişi birden fazla sebeple doktora gittiği için n=111'dir.

§ ÜS koruyucu davranışlarla ilgili eğitim alanlar arasında dağılım verilmiştir (n=22).

**Tablo 12.** Araştırma Grubunun Engelli Çocuğa Olan Gebelik ve Doğum ile İlgili Özellikleri

Özellikler		Sayı	%
Ailedeki engelli çocuk sayısı*	Bir	176	92,1
	İki	14	7,4
	Üç	1	0,5
Engelli çocuğun doğduğu gebelik sırası	1.gebelik	68	32,9
	2.gebelik	58	28,0
	3.gebelik	37	17,9
	4.gebelik	29	14,0
	5 ve üstü	15	7,2
Engelli çocuğun gebeliğinde alınan bakım sayısı	Hiç	67	32,4
	Bir- üç arası	36	17,4
	Dört ve daha fazla	104	50,2
Engelli çocuğun gebeliği süresince en çok kontrole gidilen yer†	Birinci basamak	7	5,0
	İkinci basamak/uzman	133	95,0
Engelli çocuğun doğum şekli	Normal	143	69,9
	Sezaryan	61	29,6
	Vakum	3	1,5
Engelli çocuğun doğumunun olduğu yer	Devlet hastanesi	169	81,6
	Üniversite hastanesi	18	8,7
	Evde	17	8,3
	Özel hastane	3	1,4
Engelli çocuğun doğumuna yardım eden kişi	Pratisyen hekim/Kadın doğum uzmanı	117	56,5
	Ebe/hemşire	81	39,1
	Kendi kendine/ara ebesi	9	4,4
<b>Toplam</b>		<b>207</b>	<b>100,0</b>

\*Kadınların (n=191) 14'ünün iki, birinin 3 tane engelli çocuğu bulunmaktadır (n=207), †Engelli çocuğun gebeliğinde bakım alanlar arasında dağılım verilmiştir (n=140).

Araştırma grubunun BÖT toplam puanı, ÜSBÖ'nün toplam puanı ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 13'de görülmektedir. BÖT'den eğitim sonrasında alınan toplam puan (8,3±1,2) eğitim öncesinde alınan toplam puandan (8,0±1,3) anlamlı olarak yüksekti (p<0,001). ÜSBÖ'den eğitim sonrasında alınan toplam puan (149,8±15,7) eğitim öncesinde alınan toplam puandan (144,8±17,2) anlamlı olarak yüksekti (p<0,001).

ÜSBÖ alt boyutlarından "Kanserden Korunma", "Genel Sağlık Davranışı" ve "Enfeksiyonlarından Korunma" alt boyutlarında eğitim sonrası puanları eğitim

öncesi puanlarından daha yüksek olmak üzere anlamlı farklıydı (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $p<0,001$  ve  $p<0,001$ ). “Doktora Gitme Davranışı” ve “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyutlarında eğitim öncesi ile eğitim sonrası puanları arasında anlamlı farklılık belirlenmedi.

**Tablo 13.** Araştırma Grubunun BÖT Toplam Puanı, ÜSBÖ’nün Toplam Puanı ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Puan Adı	Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası			p değeri*
	Min	Maks	Ort ± SS	Min	Maks	Ort ± SS	
<b>BÖT Toplam Puanı</b>	3	10	8,0 ± 1,3	4	10	8,3 ± 1,2	<b>p&lt;0,001</b>
<b>ÜSBÖ Toplam Puanı</b>	98	183	144,8 ± 17,2	92	188	149,8 ± 15,7	<b>p&lt;0,001</b>
<b>ÜSBÖ Alt Boyut Puanları</b>							
“Doktora Gitme Davranışı”	8	40	34,8 ± 6,5	10	40	35,2 ± 5,5	0,320
“Kanserden Korunma”	4	20	8,8 ± 4,3	4	20	9,6 ± 4,3	<b>0,003</b>
“Genel Sağlık Davranışı”	15	47	29,6 ± 6,9	15	47	31,9 ± 6,2	<b>p&lt;0,001</b>
“Enfeksiyonlardan Korunma”	42	70	60,4 ± 5,2	39	70	61,8 ± 4,6	<b>p&lt;0,001</b>
“İstenmeyen Gebeliklerden Korunma”	3	15	11,1 ± 3,4	3	15	11,3 ± 3,5	0,380

BÖT: Bilgi Ölçme Testi, ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği, Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, \*Paired t Testi

Araştırma grubunun eğitim öncesinde alınan BÖT ve ÜSBÖ toplam ve alt boyut puanlarının korelasyonları Tablo 14’de görülmektedir. BÖT toplam puanı, ÜSBÖ toplam puanıyla ve ÜSBÖ alt boyutlarından “Enfeksiyonlardan korunma” ve “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt puanı ile pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermekteydi (sırası ile  $r=0,23$ ,  $p=0,001$ ;  $r=0,30$ ,  $p<0,001$  ve  $r=0,19$ ,  $p=0,010$ ). ÜSBÖ toplam puanı ile alt boyut puanlarının tamamı arasında pozitif yönde korelasyon belirlendi (r ve p değerleri için bakınız Tablo 14).

“Kanserden Korunma” alt boyut puanı “Enfeksiyonlardan Korunma” ve “Genel Sağlık Davranışı” alt boyut puanıyla, “Genel Sağlık Davranışı” alt boyut puanı “Doktora Gitme Davranışı”, “Kanserden Korunma” ve “Enfeksiyonlardan Korunma” alt boyut puanıyla pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermekteydi (r ve p değerleri için bakınız Tablo 14). “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyut puanı diğer alt boyut puanları ile korelasyon göstermemekteydi.

**Tablo 14.** Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyonları

Değişkenler	BÖT Toplam Puanı		ÜSBÖ Toplam Puanı		Doktora Gitme Davranışı		Kanserden Korunma		Genel Sağlık Davranışı		Enfeksiyonlardan Korunma		İstenmeyen Gebeliklerden Korunma	
	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*
<b>BÖT Toplam Puanı</b>	1		0,23	<b>0,001</b>	0,13	0,071	0,05	0,482	0,11	0,145	0,30	<b>&lt;0,001</b>	0,19	<b>0,010</b>
<b>ÜSBÖ Toplam Puanı</b>			1		0,72	<b>&lt;0,001</b>	0,57	<b>&lt;0,001</b>	0,75	<b>&lt;0,001</b>	0,73	<b>&lt;0,001</b>	0,33	<b>&lt;0,001</b>
<b>Doktora Gitme Davranışı</b>					1		0,35	<b>&lt;0,001</b>	0,35	<b>&lt;0,001</b>	0,37	<b>&lt;0,001</b>	0,06	0,447
<b>Kanserden Korunma</b>							1		0,27	<b>0,004</b>	0,30	<b>&lt;0,001</b>	0,09	0,225
<b>Genel Sağlık Davranışı</b>									1		0,47	<b>&lt;0,001</b>	0,15	<b>0,045</b>
<b>Enfeksiyonlardan korunma</b>											1		0,10	0,188
<b>İstenmeyen gebeliklerden korunma</b>													1	

BÖT: Bilgi Ölçme Testi, ÜSBÖ: : Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği

\*Pearson Korelasyon Testi, r= Pearson Korelasyon Katsayısı

Araştırma grubunun eğitim sonrasında alınan BÖT ve ÜSBÖ toplam ve alt boyut puanlarının korelasyonları Tablo 15’de görülmektedir. Eğitim sonrasında; BÖT toplam puanı ile “Doktora Gitme Davranışı” ve “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyut puanları arasında anlamlı pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmaktaydı (sırasıyla  $r=0,20$   $p=0,007$  ve  $r=0,19$ ,  $p=0,011$ ). Eğitim sonrasında ÜSBÖ alt boyutlarından “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” dışında kalanların tamamının kendi aralarında anlamlı pozitif yönde korelasyon gösterdiği belirlendi (r ve p değerleri için bakınız Tablo 15). “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyut puanı ile “Doktora Gitme Davranışı” ve “Enfeksiyonlardan Korunma” alt boyut puanları anlamlı pozitif yönde zayıf korelasyon göstermekteydi (sırasıyla  $r=0,15$   $p=0,033$  ve  $r=0,16$ ,  $p=0,024$ ).



**Tablo 15.** Araştırma Grubunda Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyonları

Değişkenler	BÖT Toplam Puanı		ÜSBÖ Toplam Puanı		Doktora Gitme Davranışı		Kanserden Korunma		Genel Sağlık Davranışı		Enfeksiyonlardan Korunma		İstenmeyen Gebeliklerden Korunma	
	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*
<b>BÖT Toplam Puanı</b>	1		0,14	0,050	0,20	<b>0,007</b>	0,04	0,590	-0,01	0,850	0,09	0,237	0,19	<b>0,011</b>
<b>ÜSBÖ Toplam Puanı</b>			1		0,70	<b>&lt;0,001</b>	0,60	<b>&lt;0,001</b>	0,73	<b>&lt;0,001</b>	0,73	<b>&lt;0,001</b>	0,38	<b>&lt;0,001</b>
<b>Doktora Gitme Davranışı</b>					1		0,37	<b>&lt;0,001</b>	0,27	<b>&lt;0,001</b>	0,42	<b>&lt;0,001</b>	0,15	<b>0,033</b>
<b>Kanserden Korunma</b>							1		0,29	<b>&lt;0,001</b>	0,29	<b>&lt;0,001</b>	0,08	0,285
<b>Genel Sağlık Davranışı</b>									1		0,44	<b>&lt;0,001</b>	0,12	0,103
<b>Enfeksiyonlardan Korunma</b>											1		0,16	<b>0,024</b>
<b>İstenmeyen Gebeliklerden Korunma</b>													1	

BÖT: Bilgi Ölçme Testi, ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği

\*Pearson Korelasyon Testi, r= Pearson Korelasyon Katsayısı

Araştırma grubunun BÖT sorularına eğitim öncesi ve eğitim sonrası verdiği doğru cevapların dağılımı Tablo 16’da görülmektedir. Eğitim öncesinde en az doğru bilinen ifade “her cinsel ilişkide hamile kalılabileceği” (%42,4) ifadesiydi. En çok doğru bilinen ifade “üreme organlarının dış kısmının (taharetlenen bölge) kuru tutulması gerektiği” (%97,4) ve “günde en az 6-8 bardak su içilmesi gerektiği” (%97,4) ifadeleriydi. Eğitim sonrasında “gebelik rahimde gelişir”, “her cinsel ilişkide hamile kalınabilir” ve “tuvaletten önce eller su ve sabunla yıkanmalıdır” ifadeleri için doğru cevap veren kadınların yüzdesinin eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde artmış olduğu belirlendi (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $p=0,001$  ve  $p<0,001$ ).

**Tablo 16.** Araştırma grubunun BÖT Sorularına Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Verdiği Doğru Cevapların Dağılımı

Sorular	Eğitim Öncesi Doğru Yapan		Eğitim Sonrası Doğru Yapan		$p^*$ değeri
	n	%	n	%	
Gebelik rahimde gelişir.	168	88,0	183	95,8	<b>0,003</b>
Her cinsel ilişkide hamile kalınabilir.	81	42,4	104	54,5	<b>0,001</b>
Adetliken banyo yapılabilir.	176	92,1	184	96,3	0,057
İdrar yapma isteği geldiğinde tuvalete gitmeden bir süre beklemenin sakıncası yoktur.	152	79,6	151	79,1	1,000
Tuvaletten önce eller su ve sabunla yıkanmalıdır.	169	88,5	186	97,4	<b><math>p&lt;0,001</math></b>
Üreme organlarının dış kısmı (taharetlenen bölge)kuru tutulmalıdır.	186	97,4	189	99,0	0,375
Günde en az 6-8 bardak su içilmelidir.	186	97,4	190	99,5	0,125
Meme kanserinde erken tanı için kadının kendisinin yapabileceği bir şey yoktur.	133	69,6	142	74,3	0,222
Geri çekme (erkeğin korunması) gebeliği önlenmede etkili bir yöntem değildir.	112	58,6	112	58,6	1,000
Hazneden gelen süt keşiği gibi (peynirimsi) akıntı ve üreme organlarında kaşıntı normaldir.	156	81,7	147	77,0	0,188

BÖT: Bilgi Ölçme Testi, \*Mc Nemar Testi

Araştırma grubunun eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında alınan BÖT ve ÜSBÖ toplam puanlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 17’de görülmektedir. Lise ve üstü eğitim almış olanlarda ÜSBÖ eğitim öncesi toplam puan ortalaması ( $154,5 \pm 15,5$ ) ilköğretim ve altı eğitim almış olanların puan ortalamasından ( $142,6 \pm 16,9$ ) anlamlı düzeyde yüksekti ( $p < 0,001$ ). Aile yapısı ile ÜSBÖ eğitim öncesi toplam puanı arasında gruplar arası farklılık belirlendi ( $p = 0,022$ ). Bu fark geniş ailede yaşayanların ortalama puanının ( $136,2 \pm 18,9$ ) çekirdek ailede yaşayanlarınkinden ( $146,1 \pm 16,6$ ) anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktaydı ( $p = 0,008$ ). ÜSBÖ eğitim sonrası toplam puan ortalaması lise ve üstü eğitim almış olanlarda ( $156,5 \pm 14,5$ ) ilköğretim ve altı eğitim almış olanlarınkinden ( $148,3 \pm 15,6$ ), emekli/çalışıyor olanlarda ( $155,6 \pm 14,4$ ) ev hanımı olanlarınkinden ( $148,5 \pm 15,7$ ) anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile  $p = 0,005$ ,  $p = 0,018$ ).

**Tablo 17.** Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde ve Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler		n	BÖT Toplam puanı (Eğitim öncesi) Ort ± SS	BÖT Toplam puanı (Eğitim sonrası) Ort ± SS	ÜSBÖ Toplam Puanı (Eğitim öncesi) Ort ± SS	ÜSBÖ Toplam Puanı (Eğitim sonrası) Ort ± SS
Yaş	25-34	30	8,1±1,2	8,3±1,2	148,8±17,5	150,3±16,3
	35-49	107	8,0±1,4	8,3±1,2	144,7±16,7	150,0±15,6
	50-75	54	7,9±1,7	8,3±1,2	142,5±18,0	149,0±15,8
	<i>p</i> *		0,838	0,997	0,277	0,909
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	156	7,9±1,3	8,3±1,2	142,6±16,9	148,3±15,6
	Lise ve üstü	35	8,2±1,1	8,3±1,0	154,5±15,5	156,5±14,5
	<i>p</i> †		0,217	0,874	<b><i>p</i>&lt;0,001</b>	<b>0,005</b>
Medeni Durumu	Evli	174	7,9±1,3	8,3±1,2	144,2±17,5	149,4±15,8
	Dul olanlar	17	7,9±1,5	8,2±1,3	150,7±12,6	153,5±14,0
	<i>p</i> ‡		0,973	0,748	0,174	0,499
Eşi ile akrabalık durumu	Var	48	7,9±1,2	8,3±1,3	144,3±15,3	146,7±15,7
	Yok	143	8,0±1,4	8,3±1,2	145,0±17,9	150,8±15,6
	<i>p</i> †		0,728	0,897	0,823	0,118
Aile yapısı	Çekirdek	155	8,0±1,3	8,3±1,2	146,1±16,6	150,3±16,0
	Geniş aile	26	7,8±1,5	8,8±1,0	136,2±18,9	147,8±15,0
	Tek ebeveynli	10	7,7±1,2	8,0±0,9	146,8±17,4	147,4±13,5
	<i>p</i> §		0,623	0,080	<b>0,022</b>	0,373
Çalışma durumu	Ev hanımı	157	7,9±1,3	8,3±1,2	143,6±16,6	148,5±15,7
	Emekli/Çalışıyorlar	34	8,1±1,5	8,5±1,1	150,0±19,2	155,6±14,4
	<i>p</i> †		0,603	0,242	0,054	<b>0,018</b>
Gelir düzeyi	Kötü	13	7,7±0,9	8,2±1,3	140,1±20,1	146,8±18,1
	Orta ve üstü	178	8,0±1,3	8,3±1,2	145,1±17,0	150,0±15,5
	<i>p</i> ‡		0,216	0,534	0,387	0,524
Gelir gider dengesi	Geliri giderinden az	105	8,1±1,2	8,3±1,1	145,5±17,4	148,9±15,9
	Geliri giderine eşit/fazla	86	7,8±1,4	8,3±1,2	143,9±17,1	150,9±15,4
	<i>p</i> †		0,224	0,998	0,529	0,377
<b>Toplam</b>		<b>191</b>	<b>8,0±1,3</b>	<b>8,3±1,2</b>	<b>144,8±17,2</b>	<b>149,8±15,7</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, BÖT: Bilgi Ölçme Testi, ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği, \*ANOVA testi, †Bağımsız Grup t Testi, ‡Mann Whitney U, §Kruskal Wallis Testi

Araştırma grubunda eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında alınan BÖT ve ÜSBÖ toplam puanlarının sağlık alışkanlıkları ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 18’de görülmektedir. Eğitim öncesi BÖT toplam puan ortalaması kendi sağlığını orta ve üstü algılayanlarda (8,0±1,3), çok kötü-kötü algılayanlara göre (7,4±1,5); 4 fincan ve üstü günlük çay tüketenlerin ortalama puanı (8,2±1,2), 4 fincandan az çay tüketenlerinkinden (7,5±1,5) anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile *p*=0,029, *p*=0,001).

Eğitim sonrası BÖT toplam puan ortalaması günlük kahve tüketimi 1-3 fincan olanlarda ( $8,5\pm 1,1$ ), hiç içmeyenlerinkinden ( $8,1\pm 1,3$ ) anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,033$ ).

Eğitim ncesi SBÖ toplam puan ortalaması sigara içiyor/içmiş bırakmış olanlarda ( $150,6\pm 17,2$ ) hiç kullanmamış olanlarinkinden ( $143,5\pm 17,0$ ); günlük kahve tüketimi 1-3 fincan olanlarda ( $148,7\pm 16,1$ ), hiç içmeyenlerinkinden ( $141,4\pm 17,5$ ) ve düzenli egzersiz yapanlarda ( $154,5\pm 15,8$ ), yapmayanlarinkinden ( $142,7\pm 16,9$ ) anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile  $p=0,029$ ,  $p=0,003$  ve  $p<0,001$ ).

Eğitim sonrası SBÖ toplam puan ortalaması günlük kahve tüketimi 1-3 fincan olanlarda ( $152,4\pm 15,2$ ), hiç içmeyenlerinkinden ( $147,6\pm 15,9$ ) ve düzenli egzersiz yapanlarda ( $155,9\pm 11,7$ ), yapmayanlarinkinden ( $148,5\pm 16,2$ ) anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile  $p=0,034$ ,  $p=0,014$ ).

**Tablo 18.** Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde ve Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam Puanlarının Sağlık Alışkanlıkları ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		n	BÖT Toplam puanı (Eğitim öncesi) Ort ± SS	BÖT Toplam puanı (Eğitim sonrası) Ort ± SS	ÜSBÖ Toplam Puanı (Eğitim öncesi) Ort ± SS	ÜSBÖ Toplam Puanı (Eğitim sonrası) Ort ± SS
Kendi sağlığını algılama	Çok kötü-Kötü	20	7,4±1,5	8,7±1,2	141,0±18,8	147,1±19,9
	Orta ve üstü	171	8,0±1,3	8,3±1,2	145,8±17,1	150,1±15,2
			<b>0,029</b>	0,180	0,305	0,418
Kronik hastalık olma durumu	Var	77	7,9±1,2	8,4±1,1	145,2±14,8	150,4±15,1
	Yok	114	8,0±1,4	8,3±1,2	144,4±18,8	149,4±16,2
			0,705	0,396	0,766	0,655
Hastalanınca en çok başvurulan yer	Kamu	168	8,0±1,3	8,3±1,2	144,2±17,2	149,0±15,7
	Özel	23	7,7±1,4	8,5±1,1	148,8±17,6	155,7±14,4
			0,240	0,479	0,228	0,054
Sigara içme durumu	Hiç kullanmamış	157	8,0±1,3	8,3±1,2	143,5±17,0	148,8±15,8
	İçiyor/içmiş bırakmış	34	7,8±1,4	8,4±1,0	150,6±17,2	154,2±14,6
			0,436	0,711	<b>0,029</b>	0,073
Günlük çay tüketimi(günlük)	4 fincandan az	58	7,5±1,5	8,2±1,2	142,4±17,8	146,4±17,2
	4 fincan ve üzeri	133	8,2±1,2	8,4±1,2	145,8±16,9	151,3±14,8
			<b>0,001</b>	0,220	0,223	0,051
Günlük kahve tüketimi (günlük)	Hiç içmeyenler	103	8,0±1,2	8,1±1,3	141,4±17,5	147,6±15,9
	1-3 fincan içenler	88	7,9±1,4	8,5±1,1	148,7±16,1	152,4±15,2
			0,327	<b>0,033</b>	<b>0,003</b>	<b>0,034</b>
Günlük kola tüketimi(günlük)	Hiç içmeyenler	157	8,0±1,3	8,3±1,2	144,8±17,3	149,9±15,3
	1-3 bardak içenler	34	7,9±1,3	8,4±1,2	144,7±17,2	149,1±17,7
			0,840	0,711	0,986	0,773
Düzenli egzersiz yapma durumu	Yapıyor	33	8,1±1,2	8,3±1,1	154,5±15,8	155,9±11,7
	Yapmıyor	158	7,9±1,3	8,3±1,2	142,7±16,9	148,5±16,2
			0,506	0,825	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,014</b>
Beden Kütle İndeksi	Zayıf -Normal	43	7,9±1,2	8,1±1,3	148,2±17,2	151,5±16,1
	Fazla kilolu-Obez	148	8,0±1,3	8,4±1,1	143,8±17,2	149,3±15,6
			0,794	0,213	0,138	0,430
<b>Toplam</b>		<b>191</b>	<b>8,0±1,3</b>	<b>8,3±1,2</b>	<b>144,8±17,2</b>	<b>149,8±15,7</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, BÖT: Bilgi Ölçme Testi, ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği, \*Mann Whitney U, †Bağımsız Grup t Testi

Araştırma grubunun eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında alınan BÖT ve ÜSBÖ toplam puanlarının evlilik ve doğurganlık özellikleri ile korelasyonları Tablo 19’da görülmektedir. Evlilik ve doğurganlık özellikleri ile korelasyonlarda korelasyon katsayılarının tümü 0,30’dan düşük olarak belirlendi.

**Tablo 19.** Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde ve Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam Puanlarının Evlilik ve Doğurganlık Özellikleri ile Korelasyonları

Değişkenler	BÖT Toplam puanı (Eğitim öncesi)		BÖT Toplam puanı (Eğitim sonrası)		ÜSBÖ Toplam Puanı (Eğitim öncesi)		ÜSBÖ Toplam Puanı (Eğitim sonrası)	
	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*
İlk evlenme yaşı (yıl)	0,05	0,475	0,13	0,071	-0,01	0,895	0,03	0,661
Toplam gebelik sayısı	-0,01	0,883	-0,08	0,292	-0,07	0,343	-0,04	0,597
Canlı doğum sayısı	0,01	0,887	-0,07	0,319	-0,18	<b>0,016</b>	-0,13	0,085
Ölü doğum sayısı	-0,07	0,314	0,02	0,794	-0,00	0,979	0,03	0,730
Kendiliğinden düşük sayısı	0,04	0,625	-0,09	0,239	0,11	0,149	0,09	0,195
İsteyerek düşük sayısı	0,04	0,633	-0,02	0,789	-0,01	0,910	-0,04	0,548
İstenen çocuk sayısı	0,10	0,160	0,01	0,909	0,00	0,999	-0,05	0,531
İlk adet görüldüğü yaş(yıl)	-0,03	0,638	-0,00	0,978	0,02	0,797	0,07	0,326
Adetin süresi(gün)	-0,12	0,193	-0,11	0,256	0,09	0,334	0,07	0,472
Kaç günde bir adet görüldüğü (gün)	-0,03	0,729	-0,02	0,862	0,13	0,160	0,10	0,270
VKİ	0,01	0,950	0,05	0,480	-0,15	<b>0,040</b>	-0,17	<b>0,022</b>

VKİ: Vücut Kütle İndeksi, BÖT: Bilgi Ölçme Testi, ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği, \*Pearson Korelasyon Testi, r= Pearson Korelasyon Katsayısı

Araştırma grubunun eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında alınan BÖT ve ÜSBÖ toplam puanlarının aile planlaması kullanımı ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 20’de görülmektedir. Eğitim öncesi ÜSBÖ toplam puan ortalaması tekrar gebelik düşünenlerde (152,5±15,3), düşünmeyenlerden (143,8±17,3); modern bir aile planlaması yöntemi kullananlarda (147,8±16,6), geleneksel bir yöntem kullananlarda (139,5±17,8) ve aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade edenlerde (150,1±16,2), yeterli bilgiye sahip olmadığını

ifade edenlerden (136,4±15,8) anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile p=0,038, p=0,025, p<0,001).

Eğitim öncesi ve sonrası BÖT puanları aile planlaması kullanımı ile ilgili özelliklere göre farklılık göstermemektedir. Eğitim sonrası ÜSBÖ puanları aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre farklılık göstermekte ve yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade edenlerin eğitim sonrası ÜSBÖ puan ortalaması (153,3±15,2) yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade edenlerden (145,7±13,2) anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,013).

**Tablo 20.** Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde ve Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam Puanlarının Aile Planlaması Kullanımı ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		n	BÖT	BÖT	ÜSBÖ	ÜSBÖ
			Toplam puanı (Eğitim öncesi) Ort ± SS	Toplam puanı (Eğitim sonrası) Ort ± SS	Toplam Puanı (Eğitim öncesi) Ort ± SS	Toplam Puanı (Eğitim sonrası) Ort ± SS
Tekrar gebelik düşünme durumu	Evet	21	8,1±1,0	8,3±0,9	152,5±15,3	152,4±15,9
	Hayır	170	7,9±1,3	8,3±1,3	143,8±17,3	149,5±15,7
	<i>p</i> *		0,992	0,596	<b>0,038</b>	0,446
Yöntem kullanım durumu	Evet	103	8,0±1,4	8,3±1,2	145,2±17,3	150,6±14,9
	Hayır	88	7,9±1,3	8,3±1,1	144,2±17,2	148,9±16,6
	<i>p</i> †		0,838	0,746	0,697	0,450
Kullanılan aile planlaması yöntemi‡	Modern	71	8,0±1,4	8,3±1,3	147,8±16,6	151,0±15,2
	Geleneksel	32	7,9±1,2	8,5±1,1	139,5±17,8	149,7±14,4
	<i>p</i> †		0,634	0,372	<b>0,025</b>	0,682
Aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu‡	Evet	66	8,0±1,3	8,3±1,1	150,1±16,2	153,3±15,2
	Hayır	37	7,9±1,5	8,4±1,4	136,4±15,8	145,7±13,2
	<i>p</i> †		0,773	0,684	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,013</b>
<b>Toplam</b>		<b>191</b>	<b>8,0±1,3</b>	<b>8,3±1,2</b>	<b>144,8±17,2</b>	<b>149,8±15,7</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, BÖT: Bilgi Ölçme Testi, ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği, \*Mann Whitney U, † Bağımsız Grup t Testi, ‡Sadece yöntem kullananlar arasındaki dağılım verilmiştir (n=103).

Araştırma grubunun eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında alınan BÖT ve ÜSBÖ toplam puanlarının üreme organ şikayetleri, kanserden korunma ve erken tanı ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 21’de görülmektedir. Eğitim öncesi



ÜSBÖ toplam puan ortalaması KKMM yapanlarda (149,2±17,3) yapmayanlardan (138,6±15,2) anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0,001$ ). Eğitim sonrası ÜSBÖ toplam puanı KKMM yapanlarda (153,2±13,6), yapmayanlardan (145,1±17,2); rahim ağzından sürüntü aldirmiş olanlarda (152,8±16,0), aldirmamış olanlardan (146,4±14,8) ve üreme sağlığı ile ilgili eğitim almış olanlarda (156,4±10,7), eğitim almamış olanlardan (148,9±16,1) anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile  $p<0,001$ ,  $p=0,005$ ,  $p=0,028$ ).

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası BÖT toplam puan ortalamaları üreme organ şikayetleri, kanserden korunma ve erken tanı ile ilgili özelliklerine göre farklılık göstermemekteydi.



**Tablo 21.** Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde ve Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam Puanlarının Üreme Organ Şikayetleri, Kanserden Korunma ve Erken Tanı ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		n	BÖT	BÖT	ÜSBÖ	ÜSBÖ
			Toplam Puanı (Eğitim öncesi) Ort ± SS	Toplam Puanı (Eğitim sonrası) Ort ± SS	Toplam Puanı (Eğitim öncesi) Ort ± SS	Toplam Puanı (Eğitim sonrası) Ort ± SS
Genital akıntı varlığı	Var	73	8,0±1,4	8,4±1,3	142,3±18,5	147,2±18,1
	Yok	118	7,9±1,3	8,3±1,1	146,3±16,3	151,4±13,9
	<i>p</i> *		0,782	0,446	0,127	0,073
Düzenli adet görme durumu†	Evet	106	8,0±1,2	8,3±1,2	146,0±17,6	151,5±15,3
	Hayır	13	8,1±1,1	8,5±1,1	146,7±12,2	148,2±14,6
	<i>p</i> ‡		0,696	0,596	0,942	0,479
KKMM yapma durumu	Evet	111	8,1±1,2	8,4±1,0	149,2±17,3	153,2±13,6
	Hayır	80	7,8±1,5	8,2±1,4	138,6±15,2	145,1±17,2
	<i>p</i> *		0,087	0,314	<0,001	<0,001
Meme ultrasonu çektilme durumu	Evet	72	8,2±1,4	8,4±1,1	146,9±17,9	152,2±15,8
	Hayır	119	7,8±1,4	8,3±1,2	143,5±16,8	148,4±15,6
	<i>p</i> *		0,079	0,421	0,178	0,103
Mamografi çektilme durumu	Evet	71	8,2±1,1	8,3±1,2	145,1±17,8	149,9±16,1
	Hayır	120	7,8±1,4	8,3±1,2	144,5±17,0	149,7±15,6
	<i>p</i> *		0,100	0,771	0,819	0,928
Rahim ağzından sürüntü aldirma durumu	Evet	101	8,1±1,1	8,4±1,2	146,9±17,2	152,8±16,0
	Hayır	90	7,8±1,5	8,3±1,2	142,3±17,0	146,4±14,8
	<i>p</i> *		0,127	0,689	0,063	0,005
Ailede meme kanseri tanısı almış olma durumu	Evet	16	8,6±0,7	8,8±1,0	146,9±15,2	152,7±15,0
	Hayır	175	7,9±1,3	8,3±1,2	144,6±17,4	149,5±15,8
	<i>p</i> ‡		0,055	0,063	0,732	0,305
Ailede rahim ve yumurtalık kanseri tanısı almış olma durumu	Evet	4	9,0±0,8	8,8±0,5	156,0±11,0	148,8±15,6
	Hayır	187	7,9±1,3	8,3±1,2	144,5±17,3	149,8±15,7
	<i>p</i> ‡		0,082	0,432	0,150	0,898
Üreme sağlığı ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	22	8,3±1,1	8,4±1,2	151,5±12,8	156,4±10,7
	Hayır	169	7,9±1,3	8,3±1,2	143,9±17,6	148,9±16,1
	<i>p</i> ‡		0,165	0,993	0,086	0,028
<b>Toplam</b>		<b>191</b>	<b>8,0±1,3</b>	<b>8,3±1,2</b>	<b>144,8±17,2</b>	<b>149,8±15,7</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, BÖT: Bilgi Ölçme Testi, ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği, \*Bağımsız Grup t Testi, †Sadece adet görenler arasındaki dağılımı verilmiştir (n=119), ‡ Mann Whitney U.

Araştırma grubunun eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında alınan BÖT ve ÜSBÖ toplam puanlarının engelli çocuğa olan gebelik ve doğum ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 22’de görülmektedir. Eğitim sonrası BÖT toplam puanı engelli çocuğunu sağlık kurumunda doğurmuş olanlarda (8,3±1,2), evde doğurmuş olanlardan (7,8±1,1) anlamlı düzeyde yüksekti (*p*=0,020). Eğitim öncesi ÜSBÖ toplam puan ortalaması engelli çocuğun gebeliğinde en az bir kez bakım almış olanlarda (147,4±16,9), hiç bakım almamış olanlardan (139,6±17,2)

ve engelli çocuğun doğumuna sağlık personeli yardım etmiş olanlarda (145,6±17,1) diğerlerinden (129,4±15,9) anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile  $p=0,002$  ve  $p=0,011$ ). Eğitim sonrası ÜSBÖ toplam puan ortalaması engelli çocuğun gebeliğinde en az bir kez bakım almış olanlarda (151,2±15,6), hiç bakım almamış olanlardan (146,1±16,3); engelli çocuğun gebeliği süresince ikinci basamakta kontrole gidenlerde (152,3±14,5), birinci basamakta kontrole gidenlerden (131,6±23,1) ve engelli çocuğun doğumuna sağlık personeli yardım etmiş olanlarda (149,9±16,2), diğerlerinden (142,7±7,5) anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile  $p=0,029$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0,035$ ).



**Tablo 22.** Araştırma Grubunda Eğitim Öncesinde ve Eğitim Sonrasında Alınan BÖT ve ÜSBÖ Toplam Puanlarının Engelli Çocuğa Olan Gebelik ve Doğum ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		n	BÖT	BÖT	ÜSBÖ	ÜSBÖ
			Toplam puanı (Eğitim öncesi) Ort ± SS	Toplam puanı (Eğitim sonrası) Ort ± SS	Toplam Puanı (Eğitim öncesi) Ort ± SS	Toplam Puanı (Eğitim sonrası) Ort ± SS
Ailedeki engelli çocuk sayısı	Bir	176	8,0±1,3	8,3±1,2	144,5±17,1	149,8±15,7
	Birden fazla	31	7,9±1,3	8,1±1,2	146,9±18,5	148,2±17,5
	<i>p</i> *		0,743	0,253	0,473	0,611
Engelli çocuğun doğduğu gebelik sırası	İlk	68	7,9±1,4	8,4±1,2	146,0±15,9	149,6±16,7
	Diğer	139	8,0±1,3	8,2±1,2	144,3±18,0	149,6±15,6
	<i>p</i> *		0,494	0,201	0,502	0,979
Engelli çocuğun gebeliğinde alınan bakım sayısı	Hiç	67	7,9±1,3	8,3±1,4	139,6±17,2	146,1±16,3
	En az bir kez	140	8,0±1,3	8,3±1,1	147,4±16,9	151,2±15,6
	<i>p</i> *		0,488	0,844	<b>0,002</b>	<b>0,029</b>
Engelli çocuğun gebeliği süresince kontrole gidilen yer†	Birinci basamak	7	7,6±1,7	8,6±1,4	136,6±11,5	131,6±23,1
	İkinci basamak /uzman	133	8,0±1,3	8,3±1,1	148,0±17,0	152,3±14,5
	<i>p</i> ‡		0,402	0,472	0,082	<b>&lt;0,001</b>
Engelli çocuğun doğum şekli	Normal	143	7,9±1,4	8,3±1,2	144,1±17,1	148,8±16,7
	Müdahale	64	8,1±1,1	8,4±1,1	146,5±17,8	151,4±14,0
	<i>p</i> *		0,178	0,415	0,357	0,266
Engelli çocuğun doğumunun olduğu yer	Sağlık kurumu	190	8,0±1,3	8,3±1,2	145,3±17,0	149,6±16,0
	Evde	17	7,6±1,3	7,8±1,1	140,2±20,3	149,1±16,2
	<i>p</i> ‡		0,148	<b>0,020</b>	0,247	0,448
Engelli çocuğun doğumuna yardım eden kişi	Sağlık personeli	198	8,0±1,3	8,3±1,2	145,6±17,1	149,9±16,2
	Diğer	9	7,2±1,2	7,8±1,3	129,4±15,9	142,7±7,5
	<i>p</i> ‡		0,057	0,103	<b>0,011</b>	<b>0,035</b>
<b>Toplam</b>		<b>207</b>	<b>7,9±1,3</b>	<b>8,3±1,2</b>	<b>144,9±17,3</b>	<b>149,6±15,9</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, BÖT: Bilgi Ölçme Testi, ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği, \*Bağımsız Grup t Testi, †Engelli çocuğun gebeliğinde bakım alanlar arasında dağılım verilmiştir (n=140), ‡ Mann Whitney U.

Araştırma grubunda eğitim öncesinde alınan BÖT puanı ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 23’de görülmektedir.

**Tablo 23.** Eğitim Öncesinde Alınan BÖT Puanı ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları

Analize alınan değişken	Eğitim Öncesinde Alınan	
	BÖT Puanı ( [B] (%95 Güven Aralığı))	<i>p</i> *
Kendi sağlığını algılama (orta ve üstü=1, çok kötü/kötü=0)	0,57 (-0,20 - 1,17)	0,058
Günlük çay tüketimi (4 fincan ve üstü=1, 4 fincandan az=0)	0,61 (0,21 - 1,00)	<b>0,003</b>
Sabit	7,02 (6,42 - 7,62)	<b><i>p</i>&lt;0,001</b>
Uyarlanmış R <sup>2</sup>	0,061	<b>0,001</b>
Durbin-Watson	2,167	

BÖT: Bilgi Ölçme Testi, \*Lineer Regresyon.

Araştırma grubunda eğitim sonrasında alınan BÖT puanı ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişken (günlük kahve tüketimi) regresyon modeline alındığında; 1-3 fincan kahve tüketmek, hiç içmeyenlere göre 0,37 kat eğitim sonrası BÖT puanını arttırmaktaydı (%95 Güven Aralığı = 0,03 – 0,70;  $p=0,033$ ; Durbin- Watson = 1,914).

Araştırma grubunda eğitim öncesinde alınan ÜSBÖ toplam puanı ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 24’de görülmektedir. Düzenli egzersiz yapıyor olmak eğitim öncesinde alınan ÜSBÖ toplam puanını 8,66, modern bir aile planlaması yöntemi kullanıyor olmak 8,21, aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etmek 8,25 ve KKMM yapıyor olmak 7,70 kat arttırmaktadır (sırası ile  $p=0,034$ ,  $p=0,011$ ,  $p=0,016$ ,  $p=0,015$ ).

**Tablo 24.** Eğitim Öncesinde Alınan ÜSBÖ Toplam Puanı ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları

Analize alınan değişken	Eğitim Öncesinde Alınan ÜSBÖ Toplam Puanı ( [B] (%95 Güven Aralığı))	<i>p</i> *
Eğitim durumu (Lise ve üstü=1, İlköğretim=0)	3,20 (-5,05 - 11,45)	0,443
Aile yapısı (çekirdek aile=1, Diğer=0)	6,92 (-0,95 - 14,80)	0,084
Sigara içme durumu (İçiyor/bırakmış=1, Hiç içmeyenler=0)	-1,97 (-9,60 - 5,67)	0,610
Günlük kahve tüketimi (1-3 fincan içenler=1, Hiç içmeyenler=0)	5,37 (-1,09 - 11,83)	0,102
Düzenli egzersiz yapma(Yapıyor=1, Yapmıyor=0)	8,66 (0,69 - 16,63)	<b>0,034</b>
Tekrar gebelik düşünme (Evet=1, Hayır=0)	5,96 (-2,43 - 14,36)	0,162
Kullanılan aile planlaması yöntemi (Modern=1, Geleneksel=0)	8,21 (1,94 - 14,49)	<b>0,011</b>
Aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olma (Evet=1, Hayır=0)	8,25 (1,55 - 14,94)	<b>0,016</b>
KKMM yapma (Yapıyor=1, Yapmıyor=0)	7,70 (1,56 - 13,84)	<b>0,015</b>
Sabit	118,90 (109,40 - 128,40)	<b><i>p</i>&lt;0,001</b>
Uyarlanmış R <sup>2</sup>	0,305	<b><i>p</i>&lt;0,001</b>
Durbin-Watson	1,882	

ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği KKMM: Kendi kendine meme muayenesi, \*Lineer Regresyon.

Eğitim sonrasında alınan ÜSBÖ toplam puanı ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 25’de görülmektedir. Eğitim sonrasında alınan ÜSBÖ toplam puanını rahim ağzından sürüntü aldırması olmak 6,06 kat arttırmaktaydı ( $p=0,037$ ).

**Tablo 25.** Eğitim Sonrasında Alınan ÜSBÖ Toplam Puanı ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları

Analize alınan değişken	Eğitim Sonrasında Alınan ÜSBÖ Toplam Puanı ( [B] (%95 Güven Aralığı))	p*
Eğitim durumu (Lise ve üstü=1, İlköğretim=0)	2,57 (- 5,71 – 10,85)	0,540
Çalışma durumu (Emekli/çalışıyor=1, ev hanımı=0)	3,96 (- 4,37 – 12,29)	0,348
Günlük kahve tüketimi (1-3 fincan içenler=1, Hiç içmeyenler=0)	1,09 (- 5,19 – 7,38)	0,730
Düzenli egzersiz yapma(Yapıyor=1, Yapmıyor=0)	7,30 (-0,60 – 15,20)	0,070
Aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olma (Evet=1, Hayır=0)	4,10 (-2,60 - 10,80)	0,226
KKMM yapma (Yapıyor=1, Yapmıyor=0)	3,53 (-2,45 – 9,50)	0,245
Rahim ağzından sürüntü aldırma durumu (Evet=1, Hayır=0)	6,06 (0,38 – 11,75)	<b>0,037</b>
Üreme sağlığı ile ilgili eğitim alma durumu (Evet=1, Hayır=0)	3,17 (-8,30 – 14,65)	0,584
Sabit	139,97 (133,44 – 146,50)	<b>p&lt;0,001</b>
Uyarlanmış R <sup>2</sup>	0,085	<b>0,035</b>
Durbin-Watson	1,676	

ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği, KKMM: Kendi kendine meme muayenesi, \*Lineer Regresyon

Engelli Çocuğa Olan Gebelik ve Doğum ile İlgili Özelliklerden tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 26’da görülmektedir. Eğitim öncesinde alınan ÜSBÖ toplam puanını, engelli çocuğun gebeliğinde en az bir kez bakım almak 6,43 kat ve engelli çocuğun doğumuna sağlık personelinin yardım etmiş olması 12,32 kat arttırmaktaydı (sırası ile p=0,014, p=0,039).

Eğitim sonrasında alınan ÜSBÖ toplam puanı için oluşturulan modelde, gebeliğinde kontrole gitmeyenlerin oluşturduğu ‘missing’ (boş) veriler nedeni ile engelli çocuğun gebeliğinde alınan bakım sayısı değişkeni model dışında kalmıştır. Engelli çocuğun gebeliğinde ikinci basamakta kontrole gitmek eğitim sonrası alınan ÜSBÖ toplam puanını 20,78 kat arttırmaktaydı (p<0,001).

**Tablo 26.** Engelli Çocuğa Olan Gebelik ve Doğum ile İlgili Özelliklerden Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları

Analize alınan değişken	Eğitim Sonrasında Alınan BÖT Puanı (B (%95 Güven Aralığı) (p)*	Eğitim Öncesinde Alınan ÜSBÖ Toplam Puanı (B (%95 Güven Aralığı) (p)*	Eğitim Sonrasında Alınan ÜSBÖ Toplam Puanı (B (%95 Güven Aralığı) (p)*
Engelli çocuğun doğumunun olduğu yer (Sağlık kurumu=1, Diğer=0)	0,57 (-0,02 – 1,16) p=0,057	a	a
Engelli çocuğun gebeliğinde alınan bakım sayısı (En az bir kez=1, Hiç=0)	a	6,43 (1,33 – 11,54) p=0,014	b
Engelli çocuğun gebeliği süresince kontrole gidilen yer (İkinci basamak/uzman=1, Birinci basamak=0)	a	a	20,78 (9,29 – 32,27) p<0,001
Engelli çocuğun doğumuna yardım eden kişi (Sağlık personeli=1, Diğer=0)	a	12,32 (0,61 – 24,04) p=0,039	9,35 (-20,38 – 39,08) p=0,535
Sabit	7,77 (7,20 – 8,33) p<0,001	128,73 (117,65 – 139,81) p<0,001	122,22 (90,45 – 153,99) p<0,001
Uyarlanmış R <sup>2</sup>	0,013 p=0,057	0,055 p=0,001	0,074 p=0,002
Durbin-Watson	1,780	1,934	2,025

a: Modele alınmadı.

b: Modele alınan ancak missing (boş) korelasyon nedeniyle modelden çıkarılan değişken

BÖT: Bilgi Ölçme Testi, ÜSBÖ: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği, \*Lineer Regresyon.



## 5. TARTIŞMA

Engelli birey ve aileleri, toplum içinde yaşadıkları farklı sorunlar nedeniyle özel bakım ve desteğe gereksinim duyan özel bir grup olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının, toplum sağlığını koruma, geliştirme görev ve sorumlulukları yanında engelli birey ve ailesinin sağlığını koruma ve geliştirmede de önemli rolleri bulunmaktadır. Bu çalışma engelli çocukların annelerine verilen eğitimin annelerin üreme sağlığını koruyucu bilgi ve tutumlarına eğitimin etkisini ölçmeyi amaçlayan deneysel tipte bir çalışmadır. Literatürde engellilerin üreme sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik çalışmalar bulunmaktadır (91,116,117). Ancak engelli annelerinin kendi üreme sağlığı ile ilgili çalışmaya rastlanmadığı için bu çalışma bu gruba yönelik yapılan ilk çalışmadır.

Bilge ve arkadaşlarının İzmir ve Manisa'da yapmış oldukları zihinsel engelli çocukların cinsel sağlığı ve üreme sağlığı sorunlarına yönelik eğitim çalışmasında; ebeveynlerin %88,5'i zihinsel engellilerin cinsel sağlığı ve üreme sağlığı konusunda verilecek eğitimlerin kendileri için yararlı olacağını ifade ettikleri görülmüştür (117).

Literatürde genellikle kadınların üreme sağlığı ile ilgili çalışmalar 15-49 yaş kadınları kapsamaktadır (32,35,118,119,120,121,122,123). Bu çalışmada ise araştırma grubu çocuğu okul çağına gelmiş annelerden oluşmakta olup on kadından 8'i 35 ve üzeri yaşlardadır.

Kadınların dörtte üçü gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği halde yarısı gelirinin giderinden az olduğunu ifade etmişti. Araştırmada gelirleri orta gelir seviyesinde olsa bile engelli çocuğa sahip olmanın aile bütçesine ek masraflar getirdiği için gelirlerinin yeterli olmadığını düşündükleri söylenebilir.

Bu çalışmada kadınların yarıya yakınının kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Oysa kadınların büyük çoğunluğu (10 kadından 9'u) kendi sağlıklarını orta ve iyi algılamaktadır. Bu durum kadınların kendilerini iyi

algılama eğiliminde olduklarını, problemlerle baş etmede motivasyonlarının yüksek olduğunu düşündürmüştür.

Türkiye verilerine göre eğitim durumlarına bakıldığında 15-49 yaş grubundaki kadınların formal eğitim almayanların %12,0 olduğu bildirilmiştir (98).

Bu çalışmada formal eğitim almayanların payı (%13,1) Türkiye verileri ile benzerdir. TNSA 2013'de eğitim düzeylerinin yaşlara göre dağılımı dikkate alınırca yaş ilerledikçe eğitim düzeyinin düştüğü formal eğitim almayanların özellikle 15-19 yaşlarda %2,2 ye kadar düşmesine rağmen 45-49 yaşlarda bu rakamın %22,1 olduğu görülmektedir (98). Araştırma grubundaki kadınların yaş ortalamasının 44 olduğu göz önüne alınırca eğitim durumlarının Türkiye genelinden düşük olmadığı görülmektedir.

Literatürde doğurganlık hızı ve toplam tamamlanmış doğurganlık olarak iki tür veriden bahsedilmektedir. Toplam Doğurganlık Hızı, bir kadının doğurgan olduğu dönem (15-49 yaş grubu) boyunca doğurabileceği ortalama çocuk sayısını ifade etmektedir. Türkiye'nin Toplam Doğurganlık Hızında düşüş olmuş, revize edilen 2013 yılı verisine göre 2,1 çocuğa kadar inmiş, ancak 2014 yılında tekrar yükselmeye başlamış, 2,2 çocuk olarak gerçekleşmiştir. Başka bir deyişle, bir kadının doğurgan olduğu dönem boyunca doğurabileceği ortalama çocuk sayısı 2,2 olmuştur. Bu durum, nüfusun yenilenme düzeyindeki (2,1) doğurganlık seviyesinin üzerine çıkıldığını göstermektedir. 40-49 yaş kadınların ortalama canlı doğum sayısı tamamlanmış doğurganlığı ifade eden bir gösterge olarak tanımlanmaktadır ve üreme çağının sonuna yaklaşmış olan daha yaşlı kadınların doğurganlık performansını yansıtmaktadır. Ortalama doğum sayıları değerlendirilecek olursa; TNSA 2013'te 40-49 yaş kadınların ortalama doğum sayıları 2,92'dir (98). Isparta'da yapılan araştırmada (123) ortalama canlı doğum sayısı  $2,0 \pm 1,0$  iken bu araştırmada ortalama canlı doğum sayısı  $2,7 \pm 1,1$  olarak bulunmuştur. TNSA 2013'te toplam doğurganlık hızı ve 40-49 yaş grubundaki kadınların ortalama canlı doğum sayıları Türkiye'de doğurganlık düzeyinin son 20 yılda azaldığını gösterdiği bildirilmesi, çalışma grubunun yaş ortalaması 44 olsa da henüz doğurganlık çağını doldurmamış annelerin olması, engelli çocuklara

sahip annelerin daha az çocuk sahibi olma eğiliminde olmadıklarını göstermektedir.

Yapılan araştırmalarda gebelik sayıları ortalamaları farklılıklar göstermektedir. 2008’de yapılan bir çalışmada gebelik sayıları  $1,8\pm 1,2$  (124) iken 2005’te yapılan bir araştırmada gebelik sayısı ortalaması  $2,3\pm 1,6$ , (125) ve 2006 yılında yapılan çalışmada  $2,3\pm 1,7$  dir (126). Uskun ve arkadaşlarının Isparta ilinde 15-49 yaş kadınlarda yaptığı araştırmada ortalama gebelik sayısı  $2,7\pm 1,6$  olarak bulunmuştur (123). Coşkun ve arkadaşları ortalama gebelik sayısı  $3,2\pm 2,9$  olarak bildirmişlerdir (21). Bu çalışmada toplam gebelik sayısı ortalaması yukarıda bahsedilen çalışmalardan daha yüksek  $3,6\pm 1,8$  olarak bulunmuştur. Ayrıca çalışma grubunda kadınların canlı doğum sayısı ortalama  $2,7\pm 1,1$  iken sahip olmak istedikleri çocuk sayısının  $2,8\pm 0,9$  olması dikkat çekicidir.

Türkiye’de aile planlaması yöntemi kullanma yaygınlığı 15-49 yaş kadınlar için %51,0 olarak bildirilmiştir Kullanılan yöntemlere göre bakıldığında, tüm kadınların %33,0’ı modern bir yöntem kullanırken kadınların %18,0’ı geleneksel bir yöntem kullanmaktadır. Türkiye genelindeki yöntem kullanan kadınlar içindeki modern aile planlaması yöntemi kullananlar %64,7 ve en yaygın kullanılan yöntemin RİA olduğu bulunmuştur (98).

Kayseri ili Argıncık Sağlık Ocağı Bölgesinde oturan 15-49 yaş grubu, 500 evli kadının çalışma grubunu oluşturduğu bir araştırmada, %62,8’inin modern yöntem kullandığı belirlenmiştir. (6). Uskun ve arkadaşlarının 2012 yılında Isparta il sınırları içerisinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda yaptıkları çalışmada, araştırma grubunun yarıya yakınının (%45,3) bir aile planlaması yöntemi kullandığı ve en çok kullanılan aile planlaması yönteminin RİA (%15,2) olduğu bulunmuştur (123).

Araştırma grubunun aile planlaması kullanımını ile ilgili özelliklerine bakıldığında yaklaşık yarısının aile planlaması kullandığı; yöntem kullanan on kadından yedisinin modern yöntem kullandığı belirlenmiştir. Bu değerlere bakıldığında Türkiye’de yapılmış diğer çalışmalarda da araştırma grubunun değerlerinin yakın olduğu görülmektedir. Modern yöntemler kullanım sıklığı açısından bakıldığında hem Türkiye genelinde (98) hem de çalışma grubunda

sırası ile RİA, kondom ve t p ligasyonu olarak sıralanmaktadır. Aynı ilde yapılan çalışmada da aile planlaması kullanımı ve yöntem tercih sıralamasında bu çalışma ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Aile planlaması yöntemi kullanma oranları ve tercih sıralaması bu araştırmadan farklı olan çalışmalar da vardır. Isparta ilinde çalışma hayatı içinde bulunan eğitim, sağlık kurumları ve bankalar ile bir fabrikada çalışan kadınlardan 15-49 yaş grubu evli 249 kadının katıldığı diğer bir çalışmada; kadınların %59,4 'u modern yöntem olmak üzere, %76,3 'u herhangi bir yöntemle korunduğu bildirilmiştir. Sosyal statüleri ve eğitim durumları daha yüksek olan bu araştırma grubunun herhangi bir yöntemle ve modern yöntemlerle korunma oranlarının bu çalışmadan ve Türkiye genelinden daha yüksek bulunması beklenen bir durumdur (127). 2008 yılında yapılan bir çalışmada kadınların aile planlaması kullanma durumları incelenmiş, %79,7'sinin yöntem kullandığı; aile planlaması yöntemi kullananların %47,6'sının prezervatif, %36,5'inin oral kontraseptif, %15,9'unun RİA kullandığı saptanmıştır (7). İstanbul ili Kuştepe Mahallesi'ndeki 3360 kadından evli (%72,5) olanların %37,4'ünün modern yöntem, % 62,6'sının geleneksel yöntem ile gebelikten korunduğu ve modern yöntemler arasında en fazla RİA'nın (%18,9), Oral Kontraseptifin (%8,9) ve kondomun (%6,5), geleneksel yöntemler arasında ise en yüksek oranda (%34,0) geri çekme yönteminin kullanıldığı belirlenmiştir (21).

Aile planlaması programlarının çoğunluğunun temel gerekçesinin çiftlere istedikleri sayıda ocuk sahibi olabilmelerinin ve doğumların arasını açma konusunda  zg r iradelerini kullanabilmelerinin sağlanmasıdır. Araştırma grubundaki 10 kadından 9'u tekrar gebelik düşünmemekle birlikte aile planlaması kullanım düzeyi düşük ve Türkiye geneli ile yakındır. Bu durum kadınların konu ile ilgili eğitime ihtiyaçları olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmada yöntem kullananların çoğunluğu (%83,5) yöntemi ücretsiz-sağlık kurumundan temin ettiğini ifade etti. Türkiye verilerine bakıldığında yöntemi kamu sektöründen temin edenlerin %55,9 olduğu görülmektedir (98). Bu durumda araştırma grubunun ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanma eğilimlerinin daha yüksek olduğu açıktır. Bu durum engelli ailelerinin

sosyoekonomik düzeyinin daha çok düşük/orta gelir düzeyinde olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada aile planlaması yöntemi kullanmayanların kullanmama nedenleri incelendiğinde doğurganlıkla ilgili olan nedenler; menopoz ve eşinin olmaması gibi nedenler iken sağlık sorunları nedeniyle yöntem kullanmayanlar oldukça azdır (%2,3). Türkiye geneline 30-49 yaş aralığına bakıldığında sıklık sırasına göre doğurganlıkla ilgili nedenlerin (menopoz/histerektomi, gebe kalması zor/kısır, cinsel ilişki yok veya nadir) yaygın olduğu (%83,1), sağlık kaygısının düşük olduğu (%1,6), görölmektedir (98). Aile planlaması yöntemi kullanmama nedenlerinden; sağlık kaygısı ve eşi istemeyenlerin araştırma grubunda daha yüksek olduğu, doğurganlıkla ilgili nedenlerde ise araştırma grubunun Türkiye geneli ile benzerlik gösterdiği görölmektedir.

Araştırmada kadınların yarısından fazlası aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmişti. Aile planlaması hakkında en çok bilgi alınan kişi/yer sağlık personeliydi. Araştırma grubundaki kadınların en çok bilgi aldığı kişi/yerin sağlık personeli olması olumlu bir durumdur.

Bu araştırmada aile planlaması yöntemi kullananların kullanma nedenleri sıklık sırasına göre sırasıyla başka çocuk istememe, sağlık sorunları, iki çocuk arasındaki yaşı açmak isteme, engelli çocuğa sahip olma, ileri yaş ve iş nedeniyle. Engelli çocuğa sahip olmanın ise beklenenin aksine başka çocuk istememe durumuna daha az etkisi olduğu (%3,8) görölmüştür.

Bilindiği gibi kadınlar genellikle çocuklarının yaşlarının küçük olması, istenildiğinden fazla çocuk sahibi olmaları, çocuk sahibi olmaya hazır olmamaları, resmi nikâhın olmaması, geçim sıkıntısı, sağlık sorunları, eşi/ailenin tutumu, doğumun zorluğu ve çocuğa bakacak kimsenin olmaması gibi zorunlu koşullar nedeniyle isteyerek düşüğe başvurmaktadırlar (128,129). Gebeliği önleyici yöntemlerin etkin bir şekilde kullanımıyla isteyerek düşük hızları arasında negatif bir ilişki olduğu pek çok çalışmada vurgulanmıştır (130,131). Eğer çiftler aile planlaması yöntemlerine ulaşmakta güçlük çekiyorlarsa veya kullanılan yöntemin başarısı düşükse, isteyerek düşüğe başvuran kadınların sayısı artmaktadır. Türkiye genelinde yaşam boyu kendiliğinden düşüğün ve isteyerek düşüğün ortalama

sayıları sırasıyla 0,3 ve 0,2'dir (86,98). Bu araştırmada aynı özelliklerin ortalamaları sırasıyla 0,4 ve 0,3 olarak bulunmuştur ve TNSA 2013 ile uyumludur.

Türkiye'de evlilik, çocuk doğurmak için toplumsal kabul gören dönemin başlangıcıdır. İlk evlilik yaşının doğumlar üzerinde önemli bir etkisi vardır; daha erken yaşlarda evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altına girmekte, bu da genellikle yaşam boyunca daha fazla sayıda doğuma yol açabilmektedir. Türkiye'de ebeveynlerin onayıyla en düşük yasal evlilik yaşı hem erkekler hem kadınlar için 17'dir (98). İlk evlenme yaşı ile ilgili Türkiye verilerine bakıldığında 25-49 yaşlarındaki kadınların %41,0'ının 20 yaşından önce ve %4,0'ının de 15 yaşını doldurmadan önce evlendikleri görülmektedir. Ülkemizde gebelik riski altına girmenin başlangıcı olarak kabul edilebilen evlenme yaşları açısından Bolu'da yapılan çalışmada; kadınların % 79,7'si 18-24 yaş arasında evlenirken, % 17,2'sinin 18 yaş altı evlendiği ve evlilik yaş ortalamasının  $19,3 \pm 2,5$  olduğu saptanmıştır (132). Bu araştırma grubundaki kadınların ilk evlenme yaşı ortalama 20'dir. Bu çalışmadaki engelli çocuğa sahip annelerin ilk evlenme yaşlarının Türkiye verileri ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Türkiye'de son 20 yılda ilk evlilik yaşında düzenli bir artış olmuştur. Ortanca yaş kırklı yaşların sonlarındaki kadınlar için 20,2 iken yirmili yaşlardaki kadınlar için 22'ye çıkmaktadır (98).

Menopozdaki kadınların yüzdesi yaşla birlikte artmaktadır. Türkiye verilerine göre bu pay otuzlu yaşların başlarındaki kadınlar için yüzde 1'in altındayken, 48-49 yaşlarındaki kadınlar için yüzde 49'a çıkmaktadır (98). Araştırma grubunda menopoza girmiş kadın yüzdesi ise %37,7'dir ve TNSA 2013 ile benzerdir.

Türkiye'de kadınların %89,0'ı, dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım almışlardır. 2000'li yıllarda kırsal alanda yaşayan kadınların doğum öncesi bakım sayısında belirgin gelişmeler gözlenmiştir. TNSA 2013'te kırsal yerleşimlerde dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım alan kadınların yüzdesinin TNSA 2008'deki değerin (%55,0) neredeyse 1,4 katı olduğu tespit edilmiştir. Ancak, dört veya daha fazla bakım alan kadınların oranında kentsel ve

kırsal alanlar arasında önemli farklılıklar hala mevcuttur (sırasıyla %92,0 ve %75,0) (98). Bu çalışmada engelli çocuğun gebeliğinde dört ve daha fazla sayıda bakım alanlar %50,2'dir, bu değer Türkiye verilerine göre çok düşük olduğu açıktır. Ayrıca doğum öncesi hiç bakım almama değerleri Türkiye geneli için %2,7 iken, bu çalışmada hiç bakım almayanların %32,4 olması dikkat çekicidir. Bu çalışmada incelenen grubun engelli anneleri olması ve doğum öncesi bakım alma düzeylerinin düşük olması önemli bir bulgudur. Doğum öncesi bakım engelli çocuğa sahip olma öncesi erken tanıyı sağlama açısından önemlidir.

Doğumun yapıldığı yerler sağlık kuruluşu ve evde diye gruplandırıldığında bu araştırmada 10 doğumdan 9'u sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir. Sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğumların yüzdesi 2008'de Türkiye geneli için %90 iken, 2013 Türkiye geneli için %97'dir (98). Çalışma grubunun çocuklarının okula devam eden çocuklar olması ve engelli çocuğa olan doğumlarının 2008 ve daha önceki yıllarda olduğu düşünüldüğünde verilerin Türkiye geneli ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Doğum sırasında eğitimli sağlık personelinden yardım almak, anne ölümlerini ve neonatal ölümleri önleme açısından büyük önem taşımaktadır. Kadının doğum sırasında aldığı yardım büyük ölçüde doğumun yapıldığı yer ile ilişkilidir. Sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen doğumlarda doktor veya eğitimli sağlık personelinden yardım alma olasılığı düşüktür. Türkiye genelinde eğitimli sağlık personeli yardımı ile gerçekleşen doğumların 2003-2008 yılları arasında %91,0 iken 2008-2013 yılları arasında artarak %97,0 olmuştur (98). Bu araştırmada gerçekleşen doğumların %95,6'sı sağlık personeli yardımı ile gerçekleşmiştir. Bu değerler Türkiye geneli ile uyumludur.

İlk adet yaş ortalaması; Türkiye genelinde 13,3 (86) Coşkun ve arkadaşlarının çalışmasında 13,5; Er ve arkadaşlarının çalışmasında ise 12,9'dur (7,21). Bu çalışmada ilk adet yaşı ortalaması 13,4 olup Türkiye geneli ve literatürle uyumludur.

Normal bir adet 2-7 gün arası sürer ve 28 günde bir meydana gelir. 22-30 gün arasında meydana gelen sikluslar da normal olarak kabul edilir. Bolu'da yapılan çalışmada kadınların % 20,3'ünün adetlerinin düzensiz olduğu

saptanmıştır (132). Bu araştırmada adetlerinin düzensiz olan kadınların payı %6,8'dir ve adet düzensizliği literatürden daha azdır. Albayrak'ın çalışmasında menstruasyon hijyeni açısından kadınların % 85,5'inin menstruasyon döneminde *pad* kullandığı tespit edilmiştir (132). Bu çalışmada adet görenlerin %86,6'sı adetli iken *pad* kullanmaktadır ve *pad* kullanma oranları ise benzerdir.

Isparta'da yapılan bir çalışmada 15-49 yaş kadınların %27,3' (n=247) düzenli egzersiz yaptığı (123) bildirilmesine rağmen bu çalışmada düzenli egzersiz yapanlar % 17,3 olarak bulunmuştur. Bu durum engelli çocuğa sahip annelerin kendilerine ayıracakları vakit olmadığını düşündürmüştür. Araştırma grubunda fazla kilolu veya obez olanların yüksek olmasının da (%77) bununla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

İstanbul ili Kuştepe Mahallesi'nde 3360 kadınla yapılan bir araştırmada, kadınların %30,0'unda genital akıntı şikayeti olduğu belirtilmiştir (21). Demirci'nin çalışmasında kadınlarda en sık görülen şikayet kokulu ve fazla miktarda akıntı %44,0 (5), İstanbul'da yapılan bir çalışmada kadınların jinekolojik sorunları incelendiğinde, kadın hastalıkları ile ilgili en sık bildirilen şikayetlerin "gülerken/öksürürken idrar kaçırma", "normal akıntı dışında akıntı ve kaşıntı" olduğu belirlenmiştir (94). Bu araştırmada kadınların %38,2'sinde genital akıntı ve %36,6'sında gülerken öksürürken idrar/dışkı kaçırma şikayeti bulunmaktaydı. Genital akıntı şikayetlerinin Coşkun ve arkadaşları ve Demirci'nin çalışması ile yakın değerler olduğu görülmektedir. Güngör'n çalışması ile bu çalışma sık görülen şikayetler açısından benzerlik göstermektedir.

Amerika'da yapılan epidemiyolojik çalışmalardan yapılan derlemede meme kistlerinin özellikle 40 yaş ve üstü kadınlarda fibroadenom gibi malignsilerden 8-10 kat fazla olduğu belirtilmiştir (133). Bu çalışmada memede hastalığı olanların çoğunluğunun kist, daha azının kitle nedenli olması da literatürle benzerlik göstermektedir.

Kadın hastalıklarının erken tanısında mamografi, meme ultrasonu ve smear testinin büyük önemi vardır. Türkiye için son 12 ay içerisinde pap smear yaptırınların yaş grubuna göre dağılımına bakıldığında 35-44 yaş grubu arası % 13,1 ve 45-54 yaş grubu arası %12,7'dir (134). anakkale'de menopoz sonrası



dönemdeki kadınları içeren bir çalışmada bir veya iki kez rahim ağzından sürüntü aldırılanlar %53,3, hiç rahim ağzından sürüntü aldırılmayanlar ise %28,9'dur. Kadınların %46,6'sı utandığı ve sağlık personelinin erkek olmasından dolayı çekindiğini, %42,2 korktuğu için rahim ağzından sürüntü aldırmadığını ifade etmiştir (89). Sönmez ve arkadaşlarının Isparta'da yaptıkları çalışmada; 40 yaş ve üzeri 185 kadının yalnızca %3,2'si mamografi çekirmiştir ve kadınların 26 tanesi (%7,8) rahim ağzından sürüntü aldırılmıştır (135). Araştırma grubundaki kadınların %37,7'si meme ultrasonu çektiğini, %37,2'si mamografi çektiğini ve %52,9'u rahim ağzından sürüntü aldırılmış olması araştırma grubunun Türkiye ortalamasına göre bu konuda daha bilinçli olduğunu göstermektedir. Bunu etkileyen diğer faktörler kendilerinin sağlığının bozulması durumunda çocuklarına başka kimsenin bakmayacağı düşüncesi, şehir merkezinde yaşama ve sağlık hizmet sunucularının çalışmaları olabilir.

Yetişkinlerin eğitim gereksinimini belirlemeye yönelik olarak Ankara'da gerçekleştirilen bir çalışmada, yetişkinlerin geçimlerini sağlayacak beceri kurslarının yanı sıra, ana-çocuk sağlığı, beslenme ve ev ekonomisi konularında da kurs açılmasını ve bu kursların evlerin yakınında açılmasını istedikleri bildirilmiştir (3,9).

Araştırma grubundaki on kadından biri üreme sağlığını koruyucu davranışlarla ilgili daha önce eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alanların dörtte biri hekimden eğitim aldığını geri kalanları ise ebe/hemşire/öğrenci'den aldığını ifade etmiştir. Araştırma grubundaki on kadından 9'unun eğitim almadığı dikkate alındığında kadınların çoğunun üreme sağlığını koruyucu davranışlar eğitimine ihtiyacı vardır.

Bu araştırma grubundaki kadınların üreme sağlığını koruyucu bilgi ve tutum düzeylerini ve yapılan eğitimin etkinliğini belirlemek amacı ile eğitim öncesi ve sonrasında kadınlara uygulanan BÖT testinden eğitim öncesi alınan toplam puanın eğitim sonrasında arttığı bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Buna göre verilen eğitimin kadınların konuyla ilgili bilgi düzeylerine olumlu katkı yaptığını söyleyebiliriz. Literatürde eğitim öncesi ve sonrası BÖT testine benzer

testlerin uygulandığı çalışmalarda da eğitim öncesi ve sonrası arasında fark olduğu bildirilmiştir (5, 117).

Demirci tarafından 2004 yılında geliştirilen 39 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşan ÜSBÖ, bu araştırmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası uygulanmış eğitim öncesinde alınan toplam puanın eğitim sonrasında arttığı ve bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla yapılan eğitimin BÖT’de olduğu gibi ÜSBÖ’de de araştırma grubuna olumlu katkıları olmuştur.

Bu çalışmada eğitim öncesi alınan BÖT toplam puanı ile eğitim öncesi ÜSBÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre araştırmada geliştirilen BÖT ile Demirci tarafından 2004 yılında geliştirilen ÜSBÖ’nün uyumlu olduğu söylenebilir. Eğitim öncesinde ÜSBÖ toplam puanı ile alt boyut puanlarının tamamı arasında pozitif yönde korelasyon belirlenmiştir. ÜSBÖ toplam puanı ile alt boyutlardan alınan puanlar birbirinden bağımsız olmadığı için bu beklenen bir durumdur.

Araştırma grubunun BÖT sorularına eğitim öncesi ve eğitim sonrası verdiği doğru cevapların dağılımı incelendiğinde, eğitim öncesinde en az doğru bilinen ifadenin “her cinsel ilişkide hamile kalınabileceği” ifadesi olduğu görülmüştür. Eğitim sonrasında en az doğru bilinen “her cinsel ilişkide hamile kalınabilir” ifadesi ve “gebelik rahimde gelişir”, “tuvaletten önce eller su ve sabunla yıkanmalıdır” ifadeleri için doğru cevap veren kadınların yüzdesi eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde artmıştır. En az doğru bilinen ifadenin bilinme yüzdesinin çok düşük olmasından dolayı eğitimle bilinme yüzdesi daha kolay artırılmıştır. Diğer ifadelerdeki bilinme yüzdesi artışı ise, ilgili konuların verilen eğitimin ilk saatlerinde sunulmuş olması, kadınların dikkatinin yüksek olduğu bu zaman diliminde verilmesinden kaynaklandığı söylenebilir. En çok doğru bilinen “üreme organlarının dış kısmı (taharetlenen bölge) kuru tutulması gerektiği” ve “günde en az 6-8 bardak su içilmesi gerektiği” ifadelerinde anlamlı bir değişiklik olmaması doğru bilinme yüzdesinin çok yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünölmüştür.

Bu araştırmada lise ve üstü eğitim almış olanlarda ÜSBÖ eğitim öncesi ve sonrası toplam puan ortalaması ilköğretim ve altı eğitim almış olanların puan

ortalamasından anlamlı düzeyde yüksektir. Koştu ve Taşcı'nın araştırmasında eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların üreme sağlığı ile ilgili tutumlarının da olumlu olarak yükseldiği (8) ve bu çalışma ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Aile yapısı ile ÜSBÖ eğitim öncesi toplam puanı arasında gruplar arası farklılık belirlenmiştir. Bu fark geniş ailede yaşayanların ortalama puanının çekirdek ailede yaşayanlarıkinden anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktaydı. Geniş ailede yaşayanların üreme sağlığı konusundaki kararlarını daha çok aile büyüklerinin vermesi ve çekirdek ailede yaşayan kadının kendi üreme sağlığı sorumluluğunu almada daha bilinçli olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada eğitim öncesinde alınan BÖT toplam puanlarının sağlık alışkanlıkları ile ilişkili olduğu, eğitim öncesi BÖT toplam puan ortalamasının kendi sağlığını orta ve üstü algılayanlarda, çok kötü-kötü algılayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Kendi sağlığını orta ve üstü algılayanların sağlıkla ilgili konularda daha bilinçli davranma eğiliminin olması ve üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlar konusunda bilgisinin olmasının göstergesidir.

Eğitim öncesinde alınan ÜSBÖ toplam puanlarının sağlık alışkanlıkları ile ilgili ilişkili olduğu ve eğitim öncesi ÜSBÖ toplam puan ortalaması düzenli egzersiz yapanlarda, modern aile planlaması yöntemi kullananlarda, aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerde ve KKMM yapanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu alışkanlıklara sahip olanlar sağlıklı yaşamla ilgili olumlu tutuma sahip olduklarından eğitim öncesinde de üreme sağlığını koruma ile ilgili olumlu tutuma sahip olmaları beklenen bir durumdur.

Bu çalışmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası BÖT toplam puan ortalamaları üreme organ şikayetleri, kanserden korunma ve erken tanı ile ilgili özelliklerine göre farkın anlamlılık göstermemesi; kadınların BÖT'den aldıkları puanların yüksek olması, puanların üst sınıra yakın olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

ÜSBÖ toplam puan ortalaması hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında KKMM yapanlarda anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur.

KKMM yapan kadının kendi sağlığını koruma bilincinde olduğunu dűşündürmektedir.

Eđitim sonrası ÜSBÖ toplam puanı ayrıca rahim ağzından sürüntü aldırımış olanlarda ve üreme sağlığı ile ilgili eğitim almış olanlarda anlamlı düzeyde yüksektir. Rahim ağzından sürüntü aldırımış olanların sağlığı ile ilgili erken tanı yöntemlerini önemsemiği ve öğrenmeye açık olduğunu dűşündürmüř, literatürde böyle bir değerlendirmeye rastlanmadığı için karşılaştırılamamıştır.

Eğitim sonrasında alınan ÜSBÖ toplam puanını rahim ağzından sürüntü aldırımış olmak arttırmaktaydı. Araştırma grubunun üreme sağlıklarının korunmasını önemsedikleri bunun için gerekli sağlık taramalarını yaptırdıkları dolayısıyla üreme sağlığı eğitiminden olumlu yönde etkilendikleri söylenebilir.

Bu arařtırmada eđitim sonrası BÖT toplam puanı engelli çocuđunu evde dođurmuř olanlarda anlamlı düzeyde dűřük olması evde dođum yapanların sayılarının az (n=17) olması yanında eđitime ilgilerinin dűřük olmasından kaynaklanabileceđini dűşündürmüřtür.

ÜSBÖ toplam puan ortalaması hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrası engelli çocuğun gebeliğinde en az bir kez bakım almış olanlarda ve engelli çocuğun doğumuna sağlık personeli yardım etmiş olanlarda anlamlı düzeyde yüksekti. Engelli çocuğun gebeliği süresince ikinci basamakta kontrole gidenlerde ise sadece eğitim sonrası ÜSBÖ toplam puanında anlamlı yükseklik bulunmuştur.

Eğitim öncesinde alınan ÜSBÖ toplam puanını, engelli çocuğun gebeliğinde en az bir kez bakım almak 6,43 kat ve engelli çocuğun doğumuna sağlık personelinin yardım etmiş olması 12,32 kat arttırırken, eğitim sonrası alınan ÜSBÖ toplam puanını engelli çocuğun gebeliğinde ikinci basamakta kontrole gitmek 20 kattan fazla arttırmaktaydı. Bu durum gebeliğinde bakım alan, ikinci basamakta kontrole giden ve doğumuna sağlık personeli yardım edenlerin üreme sağlığını koruyucu tutumlarının ve öğrenme motivasyonlarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada düzenli egzersiz yapıyor olmak eğitim öncesinde alınan ÜSBÖ toplam puanını 8,66, modern bir aile planlaması yöntemi kullanıyor olmak 8,21, aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etmek 8,25 ve

KKMM yapıyor olmak 7,70 kat arttırmaktadır. Araştırma grubunun genel sağlıklarını koruma konusunda bilinçli olmaları ve tedbirli hareket ediyor olmalarının üreme sağlığını koruyucu tutumlarını olumlu etkilediği söylenebilir.

Erbil ve Göktaşlar yaptıkları çalışmada, kadınların kullandığı aile planlaması yöntemleri ile ÜSBÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğunu belirtmişlerdir (95). Koştu ve Taşçı araştırmalarında evli kadınların; aile planlaması yöntemi kullanma durumları ile üreme sağlığını koruyucu tutumları arasındaki farkı anlamlı bulmuş (8) olup bu çalışma ile benzerlik göstermektedirler.

Bu çalışmada kadın hastalıkları nedeni ile doktora gidenlerin doktora gitme sebepleri en sık akıntı (%28,8) ve adet düzensizliği (%27,0) bulunmuştur. Yaptıkları çalışmada kadınların %30'u anormal akıntı ve %23,8'i adet düzensizliği olduğunu belirten Coşkun ve arkadaşlarının sonuçları bu çalışmayla uyumludur (21). Erten ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınların %56,6'sı akıntı şikayeti olduğunu bildirirken %27,6'sı adet düzensizliği olduğunu ifade etmiştir (119). Bu çalışmaların hepsinde kadınların en sık akıntı nedeniyle doktora gittiği görülmektedir.

Bu araştırmada “Doktora Gitme Davranışı” alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi ve eğitim sonrası birbirine yakın olduğu ve aralarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Fark olmamasının değerlerin bu alt boyuttan elde edilebilecek maksimum değerlere çok yakın olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada elde edilen “Doktora Gitme Davranışı” alt boyut puan ortalaması literatürle karşılaştırıldığında, Zincir ve arkadaşlarının Kayseri ili Argıncık Sağlık Ocağı Bölgesi'nde oturan 15-49 yaş grubu, 500 evli kadının çalışma grubunu oluşturduğu çalışmada kadınların “Doktora Gitme Davranışı” alt boyut puan ortalaması olan  $24,3 \pm 6,0$ 'dan (6) ve 15-49 yaş evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla Denizli ilinde yapılan bir araştırmada “Doktora Gitme Davranışı” alt boyut puan ortalaması  $28,2 \pm 6,5$ 'ten (8) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Er ve arkadaşlarının Ege Üniversitesi'ne bağlı enstitülerde lisansüstü eğitim gören ve araştırma görevlisi olarak çalışan evli kadınlar da yapılan çalışmada ÜSBÖ ile toplanan verilerin “Doktora Gitme Davranışı” alt boyut puan ortalaması  $33,9 \pm 5,7$ 'dir (7). Ordu ilinde yapılan bir çalışmada ÜSBÖ ile toplanan verilerin “Doktora Gitme Davranışı” alt boyut puan ortalaması  $32,8 \pm 6,2$ 'dir (95). Her iki çalışmanın “Doktora Gitme Davranışı” alt boyut puan ortalamaları bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Isparta'da yaşayan 25-75 yaş arası 657 kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların KKMM'ye ilişkin eğitim öncesi ve sonrası bilgi ve uygulama düzeyleri ölçülmüş; eğitim öncesi KKMM bilenlerin yüzdesi %30,3 iken eğitim sonrası %77,4'e, düzenli olarak her ay KKMM yapanların yüzdesi ise %19,0'dan %61,3'ye çıktığı belirlenmiştir (92).

Çanakkale'de menopoz sonrası dönemdeki kadınları içeren diğer bir çalışmada ise, kadınların %51,1'inin KKMM bildiği, %20,0'sinin KKMM'yi uyguladığı, KKMM yapanların %44,4'ünün KKMM'yi düzensiz yaptığı, %40,0'ünün aklına gelmediği ve %71,1'inin hiç mamografi çekmediği saptanmıştır (89).

Bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin, kadınların meme kanseri-KKMM konusundaki bilgi ve uygulamalarına etkisini saptamak amacıyla 93 kadın ile yürütülen diğer bir çalışmada eğitim öncesinde kadınların %4,3'ü düzenli olarak meme muayenesi yaparken, eğitimden sonra %51,6'sının meme muayenesi yaptığı bulunmuştur (91).

SHÇEK Toplum Merkezleri Kadın Sağlığı Eğitim Programı Değerlendirme Raporu'na göre toplum merkezlerinde uygulanan eğitim programının sonuçlarına göre; meme sağlığı ile ilgili yapılan eğitim sonunda “Her ay KKMM yaparım” ifadesine her zaman yanıtını veren kadınların yüzdesi %28,6'dan %50,9'a yükselmiştir (88).

Ege bölgesinde, kentsel ve yarı kentsel kesimde yaşayan 363 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların KKMM, klinik meme muayenesi ve mamografi yapılma oranları sırasıyla %61,7, %42,7 ve %40,6 bulunmuştur. Ancak KKMM yapanların sadece %17,9 sinin önerildiği gibi ve düzenli

uyguladıkları bulunmuştur (90). Albayrak 2011 yılında yaptığı araştırmada kadınların % 28,1'i KKMM yaptığını ve muayene yapanların % 27,8'i muayeneyi ayda bir yaptığını ifade etmiştir (132).

Bu araştırmada kadınların %58,1'i KKMM yapmakta, KKMM yapanların ise %72,0'ı ayda en az bir kez ve daha sıklıkla yapmaktadır. Genel olarak araştırma grubunun meme kanserinin erken teşhisi konusunda diğer çalışma gruplarından daha duyarlı olduğu söylenebilir. Araştırma grubunda önerildiği gibi KKMM yapma yüzdesinin yüksek olduğu açıktır.

Zincir ve arkadaşlarının araştırmasında kadınların “Kanserden Korunma” alt boyut puan ortalaması  $6,1\pm 3,1$  (6), 15-49 yaş evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla Denizli ilinde yapılan çalışmada  $7,2\pm 3,6$ 'dır (8). Erbil ve Göktaşlar'ın çalışmasında, “Kanserden Korunma” alt boyut puan ortalaması  $8,8\pm 4,3$  (95) ve diğer bir çalışmada “Kanserden Korunma” alt boyut puan ortalamasının  $9,7\pm 4,2$  olduğu görülmektedir (7). Bu araştırmada eğitim öncesi “Kanserden Korunma” alt boyutu puan ortalamaları (eğitim öncesi  $8,8\pm 4,3$ , eğitim sonrası  $9,6\pm 4,3$ ) literatürle uyumludur. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerler arasında anlamlı fark oluşmuştur ve verilen eğitimin “Kanserden Korunma” alt boyutu üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

Kayseri ili Argıncık Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 yaş grubu, 500 evli kadının çalışma grubunu oluşturduğu araştırmada kadınların “Genel Sağlık Davranışı” alt boyut puan ortalaması  $24,7\pm 6,0$  (6), 15-49 yaş evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla Denizli ilinde yapılan çalışmada ise  $8,7\pm 6,4$ 'tür (8). Erbil ve Göktaşlar'ın çalışmasında, “Genel Sağlık Davranışı” alt boyut puan ortalaması  $31,9\pm 7,3$  (95) ve lisansüstü eğitime devam eden evli kadınlarda yapılan çalışmada  $35,4\pm 5,5$  olduğu (7) bildirilmiştir.

Bu araştırmada belirlenen “Genel Sağlık Davranışı” alt boyutu puanları Kayseri'deki ve Denizli'deki çalışmalardan yüksektir. Erbil ve Göktaşlar ile Er ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzerdir. Beklenen puanların min 10 ve maks 50 olduğu göz önüne alındığında “Genel Sağlık Davranışı” alt boyutu puanının bütün

çalıřmalarda dūřuktur. Bu puanın dūřuklūđu kadınların ūreme sađlıđına yōnelik genel sađlık davranıřlarının yeterli olmadıđını dūřündürmektedir.

Bu araştırmada eğitim ūncesi ‐Genel Sağlık Davranışı‐ alt boyut puan ortalaması eğitim sonrası anlamlı dūzeyde artmıştır. Bu durum kadınlara verilen eğitimin konu ile ilgili olumlu tutum ve davranış geliştirmede etkili olduğunu gōstermektedir.

Genital enfeksiyonlar kadınlarda sık gōrūlen jinekolojik problemlerden biridir. Genital enfeksiyonlardan korunmak iēin genital hijyenin sađlanması en ūnemli basamaktır. Arařtırma grubundaki beř kadından ikisinde genital akıntı varlıđı sōz konusudur. Adetli iken bez/pamuk kullananlar dūřuk dūzeyde olmakla birlikte hala mevcuttur.

Malatya ili Fırat Sağlık Ocağı Bōlgesinde yaşayan 15-49 yař grubu, 400 kadının ēalıřma grubunu oluşturduğu araştırmada kadınların % 27'sinin ūnceden ya da araştırmanın yapıldığı anda GYE tanısı almış oldukları saptanmıştır. Bu grubun %23,5'inin adet dōneminde yıkanabilir bez kullandığı ve %46,5'inin gūnde 1-2 *pad* değiştirdiği belirlenmiştir (136). Bu ēalıřmada belirlenen bez/pamuk kullanım dūzeyi (%13,4) Malatya'daki ēalıřmadan dūřuktur. Bu durum Malatya'daki ēalıřmanın dokuz yıl ūnce yapılmış olmasından ve zamanla *pad* kullanımının yaygınlaşmasından olabileceği gibi bōlgesel bir farklılık da olabilir.

SHēEK Toplum Merkezleri Kadın Sağlığı Eđitim Programı Deđerlendirme Raporu'na gōre toplum merkezlerinde yapılan eğitimler sonucunda genital hijyene yōnelik birēok davranışta hedeflenen ‐%75 olumlu davranış‐ oranına yakın sonuēlar elde edilmiştir. Eđitimlerde kadınların ūreme sağlığını koruyucu bilgi ve davranışlar iēinde en iyi geliştirdiği konulardan biri genital hijyendir. Bu bulgu genital hijyen ile ilgili eğitim gereksinimi ve eğitimlerin etkinliğini desteklemektedir (88).

Demirci'nin ēalıřmasında, kadınların %69,0'ının cinsel ilişki sırasında bulaşıcı enfeksiyonlardan korunmak iēin prezervatif kullanmanın gerekli olduğuna inandığı ancak prezervatif kullanma oranının %15,3 olduğu bulunmuştur (5). Bu ēalıřmada kondom kullanma dūzeyi tūm kadınlar iēinde



%12,6 (modern yöntem kullananlar arasında %33,8)'dir. Kondom kullanma açısından her iki çalışma benzerlik göstermektedir.

Kayseri ili Argıncık Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 yaş grubu, 500 evli kadının çalışma grubunu oluşturduğu araştırmada kadınların ÜSBÖ alt boyutlarından “Enfeksiyonlardan Korunma” alt boyut puanı  $43,6\pm 5,9$  olarak bulunmuştur (6). Koştu ve Taşçı'nın 15-49 yaş evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla Denizli ilinde yaptığı çalışmada “Enfeksiyonlardan Korunma” alt boyut puan ortalaması  $47,7\pm 7,3$ 'tür (8).

Erbil ve Göktaşlar'ın çalışmasında “Enfeksiyonlardan Korunma” alt boyut puan ortalaması  $58,5 \pm 7,6$  olarak bulunmuştur (95). Kara 2013 yılında yaptığı çalışmada “Enfeksiyonlardan Korunma” alt boyut puan ortalamasını  $61,4\pm 7,8$  olarak bildirmiştir (121). Er ve arkadaşlarının çalışmasında lisansüstü eğitime devam eden kadınların, “Enfeksiyonlardan Korunma” alt boyut puan ortalamasının  $62,6\pm 4,5$  olarak belirlenmiştir (7). Demirci'nin çalışan evli kadınlara yaptığı üreme sağlığı eğitiminde, kadınların “Enfeksiyonlardan Korunma” alt boyutunun eğitim öncesi puan ortalaması  $60,9\pm 5,9$  ve eğitim sonrası puan ortalaması  $64,2\pm 3,4$  olarak belirlenmiş ve eğitimden sonra önemli düzeyde arttığı bildirilmiştir (5).

Bu araştırmada belirlenen “Enfeksiyonlardan Korunma” alt boyut puanı, Kayseri'de ve Denizli'de yapılan çalışmaların puanlarından yüksektir; ancak diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç araştırma grubunun enfeksiyonlardan korunma tutumunun iyi olduğu anlamına gelmektedir.

Bu araştırmada “Enfeksiyonlardan Korunma” alt boyut puan ortalaması eğitim sonrası anlamlı biçimde yükselmiştir. Bu sonuç verdiğimiz eğitimin bu konuda olumlu tutum geliştirmeye etkili olduğunu göstermektedir ve eğitim sonrası puanının eğitim öncesinden yüksek olması açısından Demirci'nin çalışması ile uyumludur.

İstenmeyen gebelik; gebeliğin, eşlerden birinin ya da her ikisinin birden arzu etmediği bir zamanda plansız meydana gelmesi olarak tanımlanır.

İstenmeyen gebelik meydana geldiğinde ya hiç çocuk istenmiyordur ya da gebeliğin zamanlaması uygun değildir (107).

Er ve arkadaşlarının çalışmasında lisansüstü eğitime devam eden kadınların, “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyutu puan ortalaması  $13,6\pm 1,8$  (7), Kayseri ili Argıncık Sağlık Ocağı Bölgesinde oturan 15-49 yaş grubu, 500 evli kadının çalışma grubunu oluşturduğu araştırmada  $11,9\pm 2,9$  bulunmuştur (6). Kara 2013 yılında yaptığı çalışmada “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyut puan ortalamasını  $11,6\pm 2,9$  olarak bildirmiştir (121).

Koştu ve Taşçı'nın 15-49 yaş evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla Denizli ilinde yaptığı çalışmada “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyutu puan ortalaması  $10,6\pm 2,1$ 'dir (8). Erbil ve Göktaşlar'ın çalışmasında “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyutu puan ortalaması  $10,9\pm 3,5$  olarak bulunmuştur (95). Demirci'nin çalışmasında, kadınların “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyutunun eğitim öncesi puan ortalaması  $11,3\pm 2,9$  ve eğitim sonrası puan ortalaması  $11,8\pm 2,6$ 'dır. Bu iki değer arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (5).

Bu araştırmada “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyut puan ortalaması literatürle uyumludur (5,6,7,8,95,121).

Bu araştırmada “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyut puan ortalaması eğitim sonrası anlamlı farklılık göstermemiştir bu durum Demirci'nin çalışması ile benzerdir. Anlamlı farkın oluşmamasının sebebi olarak, eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanların elde edilebilecek maksimum değerlere çok yakın olması düşünülmüştür.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi'nde eğitim gören engelli çocukların annelerine verilen eğitimin annelerin üreme sağlığını koruyucu bilgi ve tutumlarına etkisi incelenmiştir. Buna göre elde edilen sonuçlara aşağıda yer verilmiştir.

Araştırma grubunda on kadından sekizi 35 ve üzeri yaşlardadır. Kadınların çoğunluğu ilkokul-ortaokul mezunu (%68,6), evli (%91,1), eşi ile herhangi bir akrabalık durumu bulunmamakta (%74,9), çekirdek ailede yaşamakta (%81,2) ve ev hanımıdır (%82,2). Kadınların dörtte üçü gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği halde yarısı gelirin giderinden az olduğunu ifade etmiştir.

Bu çalışmada kadınların yarıya yakınının kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Oysa kadınların büyük çoğunluğu (10 kadından 9'u) kendi sağlıklarını orta ve iyi algılamaktadır.

Araştırma grubunun çoğunluğu (%82,2) hiç sigara kullanmamış, yarısından fazlası günde 4 fincan ve üzeri çay içmektedir. Düzenli egzersiz yapanlar %17,3'tür. Fazla kilolu veya obez olanların yüzdesi yüksektir (%77,4).

Bu araştırma grubundaki kadınların yaş ortalaması 44, ilk evlenme yaşı ortalama 20'dir. Toplam gebelik sayısı ortalama 3,6 ve canlı doğum sayısı ortalama 2,7'dir.

Araştırma grubundaki 10 kadından 9'u tekrar gebelik düşünmemekle birlikte aile planlaması kullanım düzeyi düşüktür (%53,9). Yöntem kullanan on kadından yedisi modern yöntem kullanmaktadır. Modern yöntemlerden en çok kullanılan üçü (sıklık sırasına göre) RİA, kondom ve tüp ligasyonudur.

Bu çalışmada aile planlaması yöntemi kullanmayanların kullanmama nedenleri doğurganlıkla ilgili olan nedenler; menopoz ve eşinin olmaması gibi nedenler iken sağlık sorunları nedeniyle yöntem kullanmayanlar oldukça azdır (%2,3).

Aile planlaması yöntemi kullananların kullanma nedenleri sıklık sırasına göre sırasıyla başka çocuk istememe (%83,5), sağlık sorunları (%5,8), iki çocuk

arasındaki yaşı açmak isteme (%4,9), engelli çocuğa sahip olma (%3,8), ileri yaş (%1,0) ve iş nedeniyle (%1,0) idi.

Araştırmada yöntem kullananların çoğunluğu (%83,5) yöntemi ücretsiz-sağlık kurumundan temin etmiştir. Araştırmada kadınların yarısından fazlası aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir. Aile planlaması hakkında en çok bilgi alınan kişi/yer sağlık personelidir.

Araştırma grubundaki kadınların yarısından fazlası düzenli adet görmekte, adet görenlerin %88,6'sı adetli iken *pad* kullanmakta ve üçte birinin yoğun kanaması olmaktadır.

Araştırma grubundaki kadınların %38,2'sinde genital akıntı ve %36,6'sında gülerken öksürürken idrar/dışkı kaçırma şikayeti bulunmaktadır.

Araştırma grubunda bulunan kadınların %58,1'i KKMM yapmakta, %72,0'ı ayda en az bir kez ve daha sıklıkla KKMM yapmaktadır.

Araştırma grubundaki kadınların %37,7'si meme ultrasonu yaptırdığını, %37,2'si mamografi yaptırdığını ve %52,9'u rahim ağzından sürüntü yaptırdığını belirtmiştir. Araştırma grubunda kadın hastalıkları nedeni ile doktora gidenlerin yüzdesi %55,5'tir. Kadın hastalıkları nedeni ile doktora gidenlerin doktora gitme sebepleri sırası ile akıntı (%28,8), adet düzensizliği (%27,0), hastalık şüphesi (%27,0), genel kontrol (%8,2), ağrı (%7,2) ve RİA yaptırmak için (%1,8) idi.

Araştırma grubundaki on kadından biri üreme sağlığını koruyucu davranışlarla ilgili daha önce eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitimin alındığı kişi ebe/hemşire/öğrenci (%72,7) ve hekimdir (%27,3).

Araştırma grubundaki kadınların 14'ünün 2, 1'inin 3 tane engelli çocuğu bulunmakta olup, araştırmada verisi toplanan toplam engelli çocuk sayısı 207'dir.

Engelli çocukların %32,9'u kadınların birinci gebeliği sonucu, %69,9'u normal yolla, %81,6'sı devlet hastanesinde olmak üzere %91,7'si bir sağlık kuruluşunda ve %95,6'sı sağlık personeli gözetiminde doğmuştu. Kadınların %32,4'ü engelli çocuğun gebeliği süresince hiç bakım almamış, %95,0'ı en çok ikinci basamak/uzmana kontrole gitmişti.

BÖT'den eğitim sonrasında alınan toplam puan eğitim öncesinde alınan toplam puandan yüksekti ( $p<0,001$ ). ÜSBÖ'den eğitim sonrasında alınan toplam puan eğitim öncesinde alınan toplam puandan yüksekti ( $p<0,001$ ). Bu durum verilen eğitimin etkili olduğunu göstermiştir.

ÜSBÖ alt boyutlarından “Kanserden Korunma”, “Genel Sağlık Davranışı” ve “Enfeksiyonlarından Korunma” alt boyutlarında eğitim sonrası puanları eğitim öncesi puanlarından daha yüksek olmak üzere anlamlı farklıydı (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $p<0,001$  ve  $p<0,001$ ). Bu durum verilen eğitimin olumlu etkisi olduğunu göstermektedir. “Doktora Gitme Davranışı” ve “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyutlarında eğitim öncesi ile eğitim sonrası puanları arasında anlamlı farklılık belirlenmedi. Bunun nedeni olarak alt boyutların eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanlarının elde edilebilecek maksimum değerlere çok yakın olması düşünüldü.

Eğitim öncesinde BÖT toplam puanı, ÜSBÖ toplam puanıyla ve ÜSBÖ alt boyutlarından “Enfeksiyonlardan korunma” ve “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt puanı ile pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermekteydi (sırası ile  $r=0,23$ ,  $p=0,001$ ;  $r=0,30$ ,  $p<0,001$  ve  $r=0,19$ ,  $p=0,010$ ).

ÜSBÖ toplam puanı ile alt boyut puanlarının tamamı arasında pozitif yönde korelasyon belirlendi. “Kanserden Korunma” alt boyut puanı “Enfeksiyonlardan Korunma” ve “Genel Sağlık Davranışı” alt boyut puanıyla, “Genel Sağlık Davranışı” alt boyut puanı “Doktora Gitme Davranışı”, “Kanserden Korunma” ve “Enfeksiyonlardan Korunma” alt boyut puanıyla pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermekteydi. “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyut puanı diğer alt boyut puanları ile korelasyon göstermemekteydi.

Eğitim sonrasında; BÖT toplam puanı ile “Doktora Gitme Davranışı” ve “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyut puanları arasında anlamlı pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmaktaydı (sırasıyla  $r=0,20$   $p=0,007$  ve  $r=0,19$ ,  $p=0,011$ ). Eğitim sonrasında ÜSBÖ alt boyutlarından “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” dışında kalanların tamamının kendi aralarında anlamlı pozitif yönde korelasyon gösterdiği belirlendi. “İstenmeyen Gebeliklerden Korunma” alt boyut puanı ile “Doktora Gitme Davranışı” ve “Enfeksiyonlardan Korunma” alt boyut

puanları anlamlı pozitif yönde zayıf korelasyon göstermekteydi (sırasıyla  $r=0,15$   $p=0,033$  ve  $r=0,16$ ,  $p=0,024$ ).

Eğitim öncesinde en az doğru bilinen ifade “her cinsel ilişkide hamile kalılabileceği” (%42,4) ifadesiydi. En çok doğru bilinen ifade “üreme organlarının dış kısmı (taharetlenen bölge)kuru tutulması gerektiği” (%97,4) ve “günde en az 6-8 bardak su içilmesi gerektiği” (%97,4) ifadeleriydi. Eğitim sonrasında “gebelik rahimde gelişir”, “her cinsel ilişkide hamile kalınabilir” ve “tuvaletten önce eller su ve sabunla yıkanmalıdır” ifadeleri için doğru cevap veren kadınların yüzdesinin eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde artmış olduğu belirlendi (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $p=0,001$  ve  $p<0,001$ ).

Lise ve üstü eğitim almış olanlarda ÜSBÖ eğitim öncesi ve sonrası toplam puan ortalaması ilköğretim ve altı eğitim almış olanların puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0,001$ ). Aile yapısı ile ÜSBÖ eğitim öncesi toplam puanı arasında gruplar arası farklılık belirlendi ( $p=0,022$ ). Bu fark geniş ailede yaşayanların ortalama puanının çekirdek ailede yaşayanlarınkinden anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktaydı ( $p=0,008$ ).

BÖT toplam puan ortalaması sağlık alışkanlıkları ile ilgili özelliklere göre tüm değişkenlerde artış göstermiştir. Ayrıca eğitim öncesi BÖT toplam puan ortalaması kendi sağlığını orta ve üstü algılayanlarda, çok kötü-kötü algılayanlara göre; 4 fincan ve üstü günlük çay tüketenlerin ortalama puanı, 4 fincandan az çay tüketenlerinkinden anlamlı düzeyde yüksektir (sırası ile  $p=0,029$ ,  $p=0,001$ ). Eğitim sonrası BÖT toplam puan ortalaması günlük kahve tüketimi 1-3 fincan olanlarda, hiç içmeyenlerinkinden anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,033$ ).

Eğitim öncesi ÜSBÖ toplam puan ortalaması sigara içiyor/içmiş bırakmış olanlarda hiç kullanmamış olanlarınkinden; günlük kahve tüketimi 1-3 fincan olanlarda, hiç içmeyenlerinkinden ve düzenli egzersiz yapanlarda, yapmayanlarınkinden anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile  $p=0,029$ ,  $p=0,003$  ve  $p<0,001$ ).

Eğitim sonrası ÜSBÖ toplam puan ortalaması günlük kahve tüketimi 1-3 fincan olanlarda, hiç içmeyenlerinkinden ve düzenli egzersiz yapanlarda, yapmayanlarınkinden anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile  $p=0,034$ ,  $p=0,014$ ).

Evlilik ve doğurganlık özellikleri ile korelasyonlarda korelasyon katsayılarının tümü 0,30'dan düşük olarak belirlendi.

Eğitim öncesi ÜSBÖ toplam puan ortalaması tekrar gebelik düşünenlerde, düşünmeyenlerden; modern bir aile planlaması yöntemi kullananlarda, geleneksel bir yöntem kullananlardan ve aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade edenlerde, yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade edenlerden anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile  $p=0,038$ ,  $p=0,025$ ,  $p<0,001$ ).

Eğitim öncesi ve sonrası BÖT puanları aile planlaması kullanımı ile ilgili özelliklerine göre farklılık göstermemekteydi.

Eğitim sonrası ÜSBÖ puanları aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre farklılık göstermekte ve yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade edenlerin eğitim sonrası ÜSBÖ puan ortalaması, yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade edenlerden anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,013$ ).

Eğitim öncesi ÜSBÖ toplam puan ortalaması KKMM yapanlarda yapmayanlardan anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0,001$ ). Eğitim sonrası ÜSBÖ toplam puanı KKMM yapanlarda, yapmayanlardan; rahim ağzından sürüntü aldirmiş olanlarda, aldirmamış olanlardan ve üreme sağlığı ile ilgili eğitim almış olanlarda, eğitim almamış olanlardan anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile  $p<0,001$ ,  $p=0,005$ ,  $p=0,028$ ).

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası BÖT toplam puan ortalamaları üreme organ şikayetleri, kanserden korunma ve erken tanı ile ilgili özelliklerine göre farklılık göstermemekteydi.

Eğitim sonrası BÖT toplam puanı engelli çocuğunu sağlık kurumunda doğurmuş olanlarda, evde doğurmuş olanlardan anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,020$ ). Eğitim öncesi ÜSBÖ toplam puan ortalaması engelli çocuğun gebeliğinde en az bir kez bakım almış olanlarda, hiç bakım almamış olanlardan ve engelli çocuğun doğumuna sağlık personeli yardım etmiş olanlarda diğerlerinden anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile  $p=0,002$  ve  $p=0,011$ ). Eğitim sonrası ÜSBÖ toplam puan ortalaması engelli çocuğun gebeliğinde en az bir kez bakım almış olanlarda, hiç bakım almamış olanlardan; engelli çocuğun gebeliği süresince ikinci basamakta kontrole gidenlerde, birinci basamakta kontrole gidenlerden ve

engelli çocuğun doğumuna sağlık personeli yardım etmiş olanlarda, diğerlerinden anlamlı düzeyde yüksekti (sırası ile  $p=0,029$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0,035$ ).

Eğitim sonrasında BÖT puanını 1-3 fincan kahve tüketmek, hiç içmeyenlere göre 0,37 kat arttırmaktaydı

Düzenli egzersiz yapıyor olmak eğitim öncesinde alınan ÜSBÖ toplam puanını 8,66, modern bir aile planlaması yöntemi kullanıyor olmak 8,21, aile planlaması hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etmek 8,25 ve KKMM yapıyor olmak 7,70 kat arttırmaktadır (sırası ile  $p=0,034$ ,  $p=0,011$ ,  $p=0,016$ ,  $p=0,015$ ).

Eğitim sonrasında alınan ÜSBÖ toplam puanını rahim ağzından sürüntü aldırması 6,06 kat arttırmaktaydı ( $p=0,037$ ).

Eğitim öncesinde alınan ÜSBÖ toplam puanını, engelli çocuğun gebeliğinde en az bir kez bakım almak 6,43 kat ve engelli çocuğun doğumuna sağlık personelinin yardım etmiş olması 12,32 kat arttırmaktaydı (sırası ile  $p=0,014$ ,  $p=0,039$ ).

Engelli çocuğun gebeliğinde ikinci basamakta kontrole gitmek eğitim sonrası alınan ÜSBÖ toplam puanını 20,78 kat arttırmaktaydı ( $p<0,001$ ).

## **ÖNERİLER**

Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi, kadınların kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk almaları ile mümkün olabilir. Bu durum çalışma grubumuzdaki kadınların, kendisinin ve sahip olduğu engelli çocuğun üreme sağlığının sorumluluğunu alıyor olması açısından daha da anlam kazanmaktadır. Bu sorumlulukların kazandırılması ve doğru sağlık davranışlarının öğretilmesi için sağlık çalışanlarına ve eğitimcilere önemli görevler düşmektedir.

Engelli çocukların devam ettiği diğer okul/merkezlerde planlı ve düzenli olarak annelerinin katılabileceği bu tür eğitimler yaygınlaştırılmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır. Bu okul ve merkezler kadınların üreme sağlığı eğitimleri için toplu olarak bulunabileceği yerler olarak düşünülmeli ve tercih edilmelidir. Okul/merkezlerde uygulanacak üreme sağlığı eğitim programlarının sürekliliğinin sağlanmasında okul sağlığı hemşiresine önemli görevler düşmektedir. Bu amaçla



okul sağlığı hemşiresinin hizmet içi eğitimle danışmanlık ve üreme sağlığı konularında eğitim verilerek bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır.

Bu çalışmada, engelli çocukların annelerine üreme sağlığını koruyucu davranışlar eğitimi verilerek yapılan müdahalenin kadınların üreme sağlığı ile ilgili koruyucu bilgi ve tutumlarını olumlu düzeyde arttırdığı saptanmıştır. Kadınların gereksinimlerine göre başka koruyucu sağlık davranışları ile ilgili eğitimler de yapılmalıdır. Bu eğitimler yetişkin eğitimi ilkeleri dikkate alınarak hazırlanmalı, daha çok görsel materyalle desteklenmeli ve kısa eğitimler olmalıdır.

Üreme sağlığı ile ilgili sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi ve yaşam boyunca değişen üreme sağlığı hizmet ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak için birinci basamak sağlık hizmetlerinden başlayarak tüm basamaklarda üreme sağlığı danışmanlığı konusuna daha fazla ağırlık verilmelidir. Bu amaçla, gönüllü sağlık personeline; iletişim becerisi, danışmanlık basamakları, danışmanlık verilecek uygun ortamın hazırlanması, başvuranın değerlendirilmesi ve üreme sağlığını koruyucu davranışlar konularında eğitim verilerek, engelli çocuğa sahip olan annelere kaliteli danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır.

Engelli ocuğa sahip olan annelerin üreme sağlığını koruyucu bilgi, tutum ve davranışlarına yönelik daha geniş çaplı çalışmalar yapılmalı, elde edilen sonuçlar uygulamaya yansıtılmalı ve ülke genelinde yaygınlaştırılmalıdır. Bu amaçla okulla ilgili sağlık birimlerinde düzenli kayıtlar tutulmalı ve istatistiki bilgi oluşturulmalıdır.

Kadınların kendi sağlıklarını ve dolayısıyla toplumun sağlığını daha ileri seviyelere ulaştırması açısından üreme sağlığı hizmetlerinde Evlilik ncesi Danışmanlığın etkin sunumu da önemlidir. Evlilik ncesi çiftlere verilecek hizmetlerin daha nitelikli sunulması ve çiftlerin evliliğe sağlıklı bir başlangıç yapmaları üreme sağlıklarına olumlu katkıda bulunacaktır.

## ÖZET

### **Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi'nde Eğitim Gören Engelli Çocukların Annelerine Verilen Eğitimin Annelerin Üreme Sağlığını Koruyucu Bilgi ve Tutumlarına Etkisi**

Engelli anneleri kendisinin ve sahip olduğu engelli çocuğun üreme sağlığının sorumluluğunu alması açısından özel bir gruptur.

Bu çalışma Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi'nde eğitim gören engelli çocukların annelerine verilen eğitimin annelerin üreme sağlığını koruyucu bilgi ve tutumlarına etkisini ölçmeyi amaçlayan müdahale (deneysel) tipte bir araştırmadır. Araştırma öncesi etik kurul onayı ve gerekli izinler alındı. Araştırmanın evrenini Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi'nde eğitim gören öğrencilerin anneleri oluşturdu (n=191). Araştırma grubuna kendileri için belirlenen gün ve saatlerde araştırmacı tarafından hazırlanan tanımlayıcı bilgi formu, Bilgi ölçme testi (BÖT) ve Demirci tarafından geliştirilen “Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ)” olmak üzere üç bölümden oluşan anket yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Anket uygulaması sonrası her gruba araştırmacı tarafından “Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışlar” eğitimi yetişkin eğitimi ilkeleri dikkate alınarak verildi. Eğitimden 2 ay sonra BÖT ile ÜSBÖ tekrar yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. BÖT toplam puanı ve ÜSBÖ toplam puanı bağımlı, sosyodemografik değişkenler, üreme sağlığına (evlilik, doğurganlık, aile planlaması, genital enfeksiyonlar) yönelik değişkenler, kanserden korunma ve engelli çocuğa olan gebelik ve doğum ile ilgili değişkenler vb. bağımsız değişkenlerdi. Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirildi.

Araştırma grubunun eğitim öncesinde aldığı BÖT ve ÜSBÖ toplam puanının eğitim sonrasında arttığı ve bu farkın anlamlı olduğu belirlendi. Bu araştırma, verilen eğitimin kadınların üreme sağlığını koruyucu bilgi ve tutumlarını arttırmada önemli katkıları olduğunu göstermiştir.

**Anahtar kelimeler:** Engelli çocukların anneleri, üreme sağlığı, yetişkin eğitimi

## ABSTRACT

### **Effect of Training on Reproductive Health Protective Knowledge and Attitudes for Mothers of Disabled Children Studying in Isparta Special Education Job Application Center**

Mothers of disabled children are a special group in terms of taking responsibility for the reproductive health of themselves and their disabled children.

This experimental study was aimed to determine the impact of training on reproductive health protective knowledge and attitudes for the mothers of disabled children studying in the Special Education Job Application Center in Isparta, Turkey. Prior to research, necessary ethics committee approval and all other permits were obtained. The research population included the mothers of disabled students studied in the Isparta Special Education Job Application Center (n=191). A survey of face-to-face interviews composed of three parts namely a descriptive information form prepared by the researcher, knowledge measurement test and "Identification Scale for Reproductive Health Protective Attitudes of Married Women" developed by Demirci was used for research group at different days and time set by themselves. After the application of surveys, training considering adult education principles on the topic of "Reproductive Health Protective Behaviors of Women" to each group was given by the investigator. Two months after training knowledge measurement test and "Identification Scale for Reproductive Health Protective Attitudes of Married Women" were repeated on a face-to-face basis. Knowledge measurement test and "Identification Scale for Reproductive Health Protective Attitudes of Married Women" total scores were dependent variables while socio-demographic variables, variables for reproductive health (marriage, fertility, family planning and genital infections), variables for cancer prevention and pregnancy and birth of disabled children were independent variables. Data were analyzed using SPSS 15.0 software.

Total score of research group prior to training from knowledge measurement test and "Identification Scale for Reproductive Health Protective Attitudes of Married Women" increased after training and this difference was significant. This study show that, training had significant contributions to the enhanced reproductive health protective knowledge and attitudes of women.

**Keywords:** Mothers of disabled children, reproductive health, adult education

## KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:943, Ankara, 2014.
2. Ertem G, Sevil Ü. Üreme sağlığı ve üreme haklarına bakış. 4.Uuslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. İstanbul; 1998.s.233-234.
3. Can HÖ, Soğukpınar N, Saydam BK, Çeber E. Sivil toplum Kuruluşları (STK) ve Üniversite İşbirliği İle Kadın Sağlığını Güçlendirme Programı– 2004 Üreme Sağlığı Eğitim Sonuçları. Üniversite ve Toplum, *Eğitim ve Düşünce Dergisi* 2008; 8 (4): 1-13.
4. Turan S. Özvarış ŞB. Mamak Halk Eğitim Merkezi Kadın Kursiyerlerinin Kadın Sağlığı İle İlgili Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2004;14(4):34-42.
5. Demirci H. Çalışan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışların Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul (Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu) 2004.
6. Zincir H, Başer M, Mucuk S. Argincık Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15 – 49 yaş Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışlarının İncelenmesi”, Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara, 2005;183 –184.
7. Er S, Şen S, Taşpınar A, Şirin A. Lisansüstü Eğitime Devam Eden Evli Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008; 7(3): 231-236.
8. Koştı N, Taşçı KD. 15-49 Yaş Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarının Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(1): 91-97.
9. Bilir M. Kentleşme Sürecinde Yetişkinlerin Eğitim Gereksinimi: Ankara Mamak İlçesi, Tuzluçayır Semtı, Ege Mahallesi Örneği. *AÜ Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2004; 37(1): 98-121.
10. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Kadının Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler Ankara, Türkiye, Afşaroğlu Matbaası, 2008
11. Coşkun A. Üreme Sağlığının Kadın Yaşamındaki Yeri. *Hemşirelik Bülteni* 1995; 38(9): 13-20.
12. Özvarış ŞB, Akın A. Türkiye’deki doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. İn: Akın A (ed). Türkiye’de Ana Sağlığı Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: TNSA 1998 İleri Analiz sonuçları. Hacettepe Üniversitesi. TAP Vakfı ve UNFPA. Ankara. 2002; 182–241.
13. Özvarış ŞB, Akın A. Üreme Sağlığı. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 1998; 8(3–4): 23–26.

14. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Nedjat S, Charandabi SM, Rajabi F, Majdzadeh R. Health-Promoting Behaviors And Social Support of Women of Reproductive Age And Strategies For Advancing Their Health: Protocol For A Mixed Methods Study. *BMC Public Health* 2011; 11: 191.
15. Akın A, Özvarış ŞB, Özgülner N, Dilbaz B, Özaydın NG. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2009.
16. Şahin N, Güngör İ. Türkiye’de Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongrelerinde Sunulan Çalışmaların Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi* 2008;18(4):153-157.
17. Bilgili N, Akın A. Uluslararası Kararlarda Kadın Konusu. *Sağlık ve Toplum* 1998; 8(3-4): 11-15.
18. Akın A, Koçoğlu GO. Üreme Sağlığı Uluslararası Kararlar ve Türkiye Uygulamaları. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2002; 21 (3).
19. Anıl E, İlkaracan P, Kılıç Z, Ronge K, Seral G, Ülgen T. Pekin+5: Birleşmiş Milletler’de Kadının İnsan Hakları ve Türkiye’nin Taahhütleri. Kadının İnsan Hakları Projesi (KİHP), 2001.
20. Akın A. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. *Aktüel Tıp Dergisi* 2001; 6 (1-Kadın Sağlığı Özel Sayısı): 4-8.
21. Coşkun A, Şahin NH, Kızılkaya N, Yıldız A. Kuştepe Mahallesi Kadınlarının Demografik Özellikleri ile Üreme Sağlığı Sorunlarını Belirleyen Epidemiyolojik Bir Çalışma. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2000; 10(3): 22-30.
22. Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu. [https:// www.tbmm.gov.tr/komiyon/kefe/docs/pekin.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komiyon/kefe/docs/pekin.pdf) Erişim tarihi:30.3.2016.
23. Akın, A. Uluslararası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye’deki Uygulamalar. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 1998;8(3-4): 16-22.
24. ICPD Eylem Programının Uygulamasına İlişkin Uluslararası Beşinci Parlamenterler Konferansı Raporu, İstanbul, 2012.
25. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. "Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı". Ankara, 1998.
26. UN Women. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm> Erişim Tarihi: 20.03.2016
27. Göksel B. Atatürk ve Kadın Hakları. Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi 1984;1 (1): 213-235.
28. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Sayısı:224, R.G. Tarihi: 12.01.1961.
29. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Sayısı:2827, R.G. Tarihi: 27.05.1983.

30. Sağlık Bakanlığının Tarihçesi. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html> Erişim Tarihi: 29.04.2016.
31. Avrupa Birliği'nin Türkiye Üreme Sağlığı Programı Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Mezuniyet Öncesi Eğitimini Güçlendirme Projesi Ebelik Müfredatı Ankara, Türkiye, 2006.
32. Cangöl S. Lalapaşa Merkez ilçe'de Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Edirne (Doç. Dr. Galip Ekuklu) 2010.
33. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 6. Baskı, Ankara, Türkiye, Sistem Ofset Matbaacılık, 2003.
34. Colins BS, Hollander RB, Kottman DM, Reeve R, Seldler S. Women, Work And Health: Issues And Implications For Workside Health Promotion. *Women & Health* 1997; 25(4): 3-7.
35. Akgün S, Bakar C. Üreme Sağlığı Epidemiyolojisi: Türkiye'de Doğurganlık ve Aile Planlaması *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2006,3(1): 9-18.
36. Ersin F. Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Üreme Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Prof. Dr. Zuhal Bahar) 2008.
37. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Vakalarla Türkiye'de Üreme Hakları. İstanbul, Turap Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti., 2012.
38. First International Congress on Population Education and Development. Istanbul Declaration. UNESCO, 1994: 12-13.
39. Erci B. Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşam. Halk Sağlığı Hemşireliği. Ankara, Göktuğ Yayıncılık, 2009;s.192-201.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:722, Ankara, 2008.
41. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:814, Ankara, 1998.
42. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 4486 Sayılı,14.11.2013.
43. Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S. Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada ve Türkiye'de Mevcut Durum. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 72(1), 2009,s.29-35.
44. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik "Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi" Rehberi. Ankara, 2011.

45. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Koruyucu Hekimlik* 2007;6(6):409-420.
46. Zaybak A, Fadıoğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 20(1): 77- 95.
47. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;9(2):26-34.
48. Özvarış ŞB. Sağlığı Geliştirmede Tarihsel Süreç ve Kavramsal Çerçeve. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya 2013.
49. Hacıoğlu N. Sağlık Eğitimi. İçinde: Halk Sağlığı Hemşireliği. Erci B. Ankara, Göktuğ Yayıncılık, 2009,s.167-168.
50. Güler Ç, Akın L., Sağlık Eğitimi ve İletişimi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi Ltd.Sti., Ankara,1995:s. 423-432.
51. Turan S, Özvarış SB, Üner S. Bir fabrika çalışanlarına yönelik su ve besinlerle bulaşan hastalıklar eğitim programı geliştirme çabası. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2002; 21(2):1-6.
52. Norton L. Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practise. *Journal of Advanced Nursing* 1998;28(6):1269-1275.
53. Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No:01/18, Ankara,2001.
54. Ökdem Ş, Esatoğlu AE. Maden iş kolunda sağlık bilinç düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık eğitimi. Maden İş Kolunda İşçi Sağlığı Sempozyumu Bildiri Kitabı, Zonguldak, 8-10 Ekim 1998; 108-113.
55. Gökkoça FZU. Sağlık eğitimi açısından yetişkin eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2001, 10(11): 412-414.
56. HIV/AIDS.<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en>/Erişim Tarihi: 29.04.2016
57. The International Center for Research on Women (IRCW), Too Young to Wed: Education & Action Toward Ending Child Marriage, Washington: IRCW. 2005;p.4.
58. Yayla D. Türk Yetişkin Eğitimi Sisteminin Değerlendirilmesi. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Eğitimi Araştırma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı (EARGED). Ankara, 2009.
59. Gökkoça Z. Yetişkin Eğitiminde Yeni Bir Yaklaşım: Oyunlaştırma. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2014-1,11-1(21): 71-84.

60. Sullivan R, Magarick R, Bergthold G, Blouse A, McIntosh N. Tıp Eğitmenleri için Eğitim Becerileri Rehberi. N.N. Şahin, Ş.B.Özvarış (Çev.) JHPIEGO Corporation Training Office Pub., Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No.99/14, Ankara,1999:13-17.
61. Penirci G. Yetişkin Eğitimi Kurslarının Yetişkin Eğitimi ve Yetişkin Öğrenen İlke ve Özelliklerine Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul (Prof. Dr. Ozana Ural) 2014.
62. İnceoğlu M. Tutum Algı İletişim. Beykent Üniversitesi Yayınevi Beykent Üniversitesi Yayınları No.69, İstanbul, 2010: 5-18.
63. Raymond M. Bergner. What is behavior? And so what?. New Ideas in Psychology. 2011, 29 (2): 147–155.
64. Regional Training Seminar on Guidance and Counselling Module 4. Behaviour Modification. UNESCO February 2000.
65. Özer B, Ceyhan E, Ceyhan AA. ve ark. Eğitim Psikolojisi. Açıköğretim Fakültesi Okulöncesi Öğretmenliği Lisans Programı. Editör Gürhan Can. 2011;Yayın No:1240: 167.
66. Gökkoca FZU. Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2001, 10(10): 371-374.
67. Özodaşık M. İletişim sürecinde anlaşım ve uzlaşma. Halkla İlişkiler ve İletişim. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No:2682, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1648. Eskişehir, 2015: 77-82.
68. Toplum Özürlülüğü Nasıl Anlıyor. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Ankara,2004.
69. Tezbaşaran AA. Likert tipi ölçek hazırlama klavuzu. Üçüncü sürüm e-kitap, 2008.
70. Disability Prevention and Rehabilitation World Health Organization. 1981:p.8.
71. World Report on Disability World Health Organization. Chapter 1: Understanding disability. 2011: p.3.
72. Dünya Engelliler Vakfı, Engelsiz Şehir Planlaması Bilgilendirme Raporu. İstanbul, 2010:3-5.
73. Türkiye Özürlüler Araştırması (2002). Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası. Ankara, 2004.
74. Nüfus ve Konut Araştırması 2011. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara, 2013:XXII.
75. Aydoğan AA. Özürlü Çocuğa Sahip Anne, Babaların Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Ankara ( Doç. Dr. Nilüfer Darıca)1999.



76. Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004; 7: 42-47.
77. Özşenol F, Işıkkhan V, Ünay B ve ark. Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2003; 45(2): 156–164.
78. Yıldırım F, Conk Z. Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005; 9(2): 1-10.
79. Eisenhower AS, Baker BL, Blacher J. Preschool Children with Intellectual Disability: Syndrome Specificity, Behaviour Problems, and Maternal Well-Being. *J Intellect Disabil Research* 2005; 49(9):657-671.
80. Hassall R, Rose J, McDonald J. Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: the effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005; 49(6):405-418.
81. Meşe İ. Engellenmiş Annelik: Zihinsel Engelli Çocukların Anneleri. *Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*. Ankara; 2013;8(12):841-858.
82. Uskun E, Gündoğar D. The levels of stress, depression and anxiety of parents of disabled children in Turkey. *Disability and Rehabilitation*, 2010; 32(23):1917-27.
83. Singer GHS. Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation* 2006;111(3):155-169.
84. Özvarış ŞB. Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2008; 39:168-17.
85. Akın A, Demirel S. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003; 25(4-Ek): 73-82.
86. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara 2009.
87. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Bilgilendirme Dosyası – 7, Gençlik ve Cinsellik. [http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835-bilgilendirme\\_dosyasi\\_7.pdf](http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835-bilgilendirme_dosyasi_7.pdf). Erişim tarihi: 30.04.2016.
88. Güngör İ. SHÇEK Toplum Merkezleri Kadın Sağlığı Eğitim Programı Değerlendirme Raporu. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. 2010.
89. Çelik GO, Malak AT, Öztürk Z, Yılmaz D. Menapoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesini Uygulama, Mamografi Çektirme ve Pap Smear Yaptırma Durumlarının İncelenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation* 2009; 3(3): 159-163.

90. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal* 2007; 20(1); 29-36.
91. Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz H. Öğrenci Hemşireler Tarafından Bir Halk Eğitim Merkezinde Verilen Eğitimin Kadınların Meme Kanseri/Kendi Kendine Meme Muayenesine Yönelik Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3(2): 53-57.
92. Öztürk M, Engin VS, Kişioğlu AN, Yılmaz G. Effects of Education on Knowledge and Attitude of Breast Self Examination Among 25+ Years Old Women. *East J of Medicine* 2000; 5(1): 13-17.
93. Yavan T, Akyüz A, Tosun N, Iyigün E. Women's breast cancer risk perception and attitudes toward screening tests. *Journal of Psychosocial Oncology* 2010; 28(2): 189-201.
94. Güngör İ. SHÇEK Toplum Merkezleri Kadın Sağlığı Eğitim Programı Değerlendirme Raporu. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. 2010.
95. Erbil N, Göktaşlar Z. Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2010; 20(5): 295-303.
96. Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007; 21(5): 211-220.
97. Altay B. Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* 2006; 23(1): 1-8.
98. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, 2014.
99. Topçu AA, Köksal E, Bilgili N. 15-49 Yaş Grubu Ev Hanımlarının Besin Hazırlama, Pişirme ve Saklama Yöntemleri Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Yönelik Bir Araştırma. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 2003; 60(3): 77-86.
100. Prased JH, Abraham S, Kurz KM, George V, Lalitha MK, John R et al. Reproductive tract infections among young married women in Tamil Nadu, India: International Family Planning Perspectives, 2005; 31 (2): 73-83.
101. Taşkın L. Üreme Sistemi Enfeksiyonları ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. İçinde Taşkın L. (Ed). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 7. Baskı. Ankara. 2005: 539-546.
102. Zarakolu I P. Cinsel Yolla Bulaşan İnfeksiyonlar. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2006; 37: 21-34.

103. Ege E, Eryılmaz G. Kadınlara Verilen Planlı Eğitimin Genital Hijyen Davranışlarına Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 9(3): 8-16.
104. Upashe SP, Tekelab T, Mekonnen J. Assessment of knowledge and practice of menstrual hygiene among high school girls in Western Ethiopia. *BMC Womens Health* 2015; 15(84):1-8.
105. Tezcan S, Ergöçmen BA. Türkiye’de İsteyerek Düşükler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012; 10 (Özel Sayı 1: Düşükler): 36-42.
106. Abbot J, Feldhaus KM, Houry D, Lowenstein SR. Emergency Contraception: What Do Our Patients Know? *Ann Emerg Med.* 2004; 43(3): 376-81.
107. Karaman D, Köken G, Çoşar E, Şahin KR, Arıöz DT, Yılmaz M. Çalışan ve Çalışmayan Fertil Çağındaki Kadınlarda İstemsiz Gebelik Sıklığı ve Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinin Araştırılması. *Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2007; 4 (3 ): 190- 4.
108. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi II. Kontraseptif Yöntemler. Ankara, Türkiye, Damla Matbaacılık, 2005.
109. Akın A, Mihçioğur S. Dünya’da ve Türkiye’de Anne Ölümleri. *Sağlık ve Toplum* 1998; 8(3-4): 37-44.
110. Ay S, Yanikkerem E, Mutlu S. İstenmeyen Gebelik Yaşayan Kadınların Özellikleri ve Kontraseptif Yöntemleri Bırakma Nedenleri: Kırsal Alan Örneği. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2012; 11(3): 315-324.
111. Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi (Okulu). <http://ispartaeuo3.meb.k12.tr> Erişim Tarihi:01.02.2016.
112. Global Database on Body Mass Index-World Health Organization. [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) Erişim Tarihi: 06.3.2016.
113. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlaması Danışmanlığı için Resimli Rehber, Damla Matbaacılık, Ankara, 2010.
114. Hayran M, Hayran M. Pearson Korelasyon Analizi. Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. Ankara, Türkiye, Art Ofset Matbaacılık Organizasyon Ltd. Şti. 2011;s:313.
115. Aksakoğlu G, Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir 2001, s: 331-332.
116. Cangöl E, Karaca PP, Aslan E. Engelli Bireylerde Cinsel Sağlık. Kadın Cinsel Sağlığı. [www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND\\_2013\\_53\\_141\\_146.pdf](http://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2013_53_141_146.pdf).

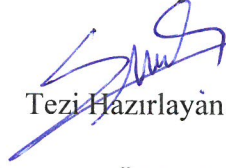
117. Bilge A, Çeber E, Demirelöz M, Akmeşe ZB. Zihinsel Engellilerin Ebeveynlerine Verilen Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitiminin Zihinsel Engelliler İçin Etkinliğinin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2013;33(3):648-55.
118. Bilgili N, Ayaz S. Acil Kontrasepsiyon. Kadınların Bilgi ve Deneyimleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009;8(3): 251-258.
119. Erten H, ÖzenT, Yılmaz H, Arslan H. Isparta İli Karaağaç Sağlık Ocağına Bağlı 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığına Yönelik Bilgi, Alışkanlık ve Sorunlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2006; 3 (2): 32-39.
120. Karatay G, Özvarış ŞB. Bir Sağlık Merkezi Bölgesindeki Gecekondularda Yaşayan Kadınların Genital Hijyene İlişkin Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 10(1):7-14.
121. Kara H. Evli Kadınların üreme sağlığı ve üreme hakları konusunda bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Yrd. Doç. Dr. Ayşe Yıldız) 2013.
122. Pınar G, Taşkın L. The efficiency of sexual health and reproductive health training program developed for university youth. *Gülhane Tıp Dergisi* 2011; 53: 1-8.
123. Uskun E, Çelik A, Doğan PA, Sönmez Y, Kişioğlu AN. Isparta'da İl Genelinde Kadının Statüsü. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı Sağlığını Geliştirilmesi. 2013;s:520.
124. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne (Yrd. Doç. Dr. E. Melih Şahin) 2008.
125. Balcı E, Gün İ, Özçelik B, Öztürk A. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum polikliniğine başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14(2): 91-6.
126. Efe H. Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerine Etkileri. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi. İstanbul (Op. Dr. Ahmet Çetin) 2006.
127. Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Çakmak A. Isparta'da Çalışan Kadınların Kontraseptif Kullanımı ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2001;11(4):56-61.
128. Çavlin A, Tezcan S, Ergöçmen B. Kadınların Bakış Açısından Kürtaj. *Nüfus Bilim Dergisi\Turkish Journal of Population Studies* 2012; 34: 51-67.

129. Yılmaz SD, Ege E, Akın B, Çelik Ç. 15-49 Yaş Kadınların Kürtaj Nedenleri ve Kontraseptif Tercihleri. *İ.Ü. F.N. Hemşirelik Dergisi* 2010; 18 (3): 156-163.
130. Jones RC, Zolna RS, Henshaw SK, Finer LB. Abortion in the United States: Incidence and Access to Services. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2005;p:6-16.
131. Westoff CF, Sharmanov AT, Sullivan JM, Croft T. Replacement of abortion by contraception in Three Central Asian Republics. Macro International Inc. Calverton, Maryland USA 1998.
132. Albayrak S, Çatıker A. Karaköy Bölgesindeki 15-49 Yaş Arasındaki Evli Kadınların Cinsel Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fak Derg* 2011; 13(1),s:30-34.
133. Goehring C, Morabia A. Epidemiology of Bening Breast Disease, with Special Attention to Histologic Types. The John Hopkins University School of Hygiene and Public Health Epidemiologic Reviews. 1997;19(2);p:310-327.
134. Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Araştırması, 2012, Yayın No: 4117.
135. Sönmez Y, Nayır T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu AN. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları. *S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi* 2012;19(4):124-130.
136. Yağmur Y. Malatya İli Fırat Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Genital Hijyen Davranışları. *Kor Hek* 2007; 6 (5): 325-330.

## BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

### BEYAN

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



Tezi Hazırlayan

Serpil ÖZBAŞ

İmza



Danışman

Prof. Dr. Ersin USKUN

İmza

## EKLER

### EK 1. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı

T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 72867572-050-143  
Konu : Etik Kurul Kararı

14 -01- 2015

Sayın Prof. Dr. Ersin USKUN  
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sorumlu araştırmacı olduğunuz “Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi (Okulu)’nde eğitim gören engelli çocuklara sahip annelerin üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarına eğitimin etkisi” isimli çalışmanızın kurulumuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 07/01/2015 tarih ve 2 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.  
Bilgilerinizi rica ederim.



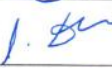






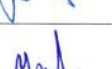

  
Prof. Dr. Mustafa AKÇAM  
Başkan

Ek : Etik Kurulu Kararı ( 2 Sayfa )

S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı Doğu Kampusu 32260 - ISPARTA  
Tel : 0 (246) 2113704 Faks : 0 (246) 2371165  
e-posta : [tipetik@sdu.edu.tr](mailto:tipetik@sdu.edu.tr) İnternet Adresi : [www.tip.sdu.edu.tr](http://www.tip.sdu.edu.tr)

Bilgi için : İ.Etem YETİŞEN  
Bilgisayar İşletmeni  
Tel : 0 (246) 2113704

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu		Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi (Okulu)'nde eğitim gören engelli çocuklara sahip annelerin üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarına eğitimin etkisi.							
KARAR BİLGİLERİ	<b>Karar No: 2</b>		<b>Tarih: 07.01.2015</b>						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.								
<b>SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>									
<b>ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI</b>		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>		Prof. Dr. Mustafa AKÇAM							
<b>Unvanı/Adı/Soyadı</b>	<b>Uzmanlık Alanı</b>	<b>Kurumu</b>	<b>Cinsiyet</b>		<b>Araştırma ile ilişki</b>		<b>Katılım *</b>	<b>İmza</b>	
Prof. Dr. Mustafa AKÇAM	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN	Tıbbi Biyokimya	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serpil DEMİRCİ	Nöroloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin TOPÇUOĞLU	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zeynep Dilek AYDIN	İç Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzman Dr. Ahmet Rıfki ÇORA	Kalp Damar Cerrahisi	Isparta Kamu Hastaneleri Birliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Uzman Dr. Serpil CANPOLAT	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Isparta Kamu Hastaneleri Birliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Bilgi İşlem Daire Başkanı Halil KARAKOÇ	Biyomedikal	SDÜ Rektörlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* : Toplantıda Bulunma



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu	Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi (Okulu)'nde eğitim gören engelli çocuklara sahip annelerin üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarına eğitimin etkisi. (07.01.2015 tarih ve 2 sayılı karar)
-----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı			
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA			
	TELEFON	246.2113704			
	FAKS	246.2371165			
	E-POSTA	tipetik@sdu.edu.tr			
<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ersin USKUN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 : <input type="checkbox"/>	FAZ 2 : <input type="checkbox"/>	FAZ 3 : <input type="checkbox"/>	FAZ 4 : <input type="checkbox"/>
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz : Anket				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>	<b>Tarihi</b>	<b>Versiyon Numarası</b>	<b>Dili</b>	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>	<b>Açıklama</b>			
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER	<input checked="" type="checkbox"/>	Anket Örneği			

Prof. Dr. Mustafa AKÇAM  
Etik Kurul Başkanı

**EK 2. Isparta Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün Tez Çalışması  
İzin Yazısı**



**T.C.  
İSPARTA VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü**

**Sayı : 27749142/730/146781**

07/01/2015

**Konu: Doktora Öğrencisi Serpil ÖZBAŞ'ın  
Tez Çalışma İzni.**

**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne**

İlgi : 31.12.2014 tarih ve 1287 sayılı yazınız.

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Serpil ÖZBAŞ'ın "Isparta Özel Eğitim ve İş Uygulama Merkezi Okulunda Eğitim Gören Engelli Çocuklara Sahip annelerin Üreme Sağlığını Koruyucu Tutum ve Davranışlarına Eğitimin Etkisi Konulu" tez çalışmasını İlimiz Eğitim uygulama ve İş Okulunda yapmasının uygun görüldüğü ile ilgili izin yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

**Dr.Ahmet YILDIRIM  
Müdür a.  
Müdür Yardımcısı**

6 Mart Atatürk Caddesi .İSPARTA  
Elektronik Ağ: arge32@meb.gov.tr  
e-posta: isparta@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: : Mehmet KARAKOÇ  
Tel : 0.246.2231020-152  
Faks: (246)2232242



T.C.  
ISPARTA VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

**Sayı :** 27749142/730.08.03/110969

06/01/2015

**Konu:** Doktora Öğrencisi Serpil ÖZBAŞ'ın  
Tez Çalışma İzni.

ISPARTA ÖZEL EĞİTİM VE İŞ UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Serpil ÖZBAŞ'ın " Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi Okulunda Eğitim Gören Engelli Çocuklara Sahip Annelerin Üreme Sağlığını Koruyucu Tutum ve Davranışlarına Eğitimin Etkisi" konulu tez çalışmasını, okulunuzda, eğitim-öğretimi aksatmadan, gönüllülük esasına bağlı olarak, öğrenci velileri ile araştırmacının kendisinin irtibat kurması şartıyla , gerçekleştirmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr.Ahmet YILDIRIM  
Müdür a.  
Müdür Yardımcısı

6 Mart Atatürk Caddesi .ISPARTA  
Elektronik Ağ: arge32@meb.gov.tr  
e-posta: isparta@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için : Mehmet KARAKOÇ  
Tel : 0.246.2231020-152  
Faks: (246)2232242

## EK 3. Çalışmaya Katılma Onay Formu

### ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

#### ARAŞTIRMANIN ADI:

Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi (Okulu)'nde eğitim gören engelli çocuklara sahip annelerin üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarına eğitimin etkisi

#### ARAŞTIRMANIN AMACI:

Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi (Okulu)'nde eğitim gören engelli çocuklara sahip annelerin üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarına eğitimin etkisinin incelenmesidir.

#### YAPILACAK İŞLEMLER (MUAYENE VB.):

Araştırmanın birinci aşamasında, Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi (Okulu)'nde eğitim gören öğrencilerin annelerine tanımlayıcı bilgi formu, Bilgi Ölçme Testi (BÖT) ve 'Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği' (ÜSBÖ) yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanacaktır. Daha sonra araştırmacı tarafından üreme sağlığını geliştirmeye yönelik aşağıda öğrenim hedefleri yer alan eğitim verilerle, 2 ay sonra bu testler (BÖT ve ÜSBÖ) tekrarlanacak (ön test, son test) ve eğitim öncesi durum ve eğitimin etkinliği değerlendirilecektir.

#### Eğitim programının hedefleri ve öğrenim çıktıları:

Kadınlar bu eğitimin sonunda;

- Üreme organlarını tanımış olacaklardır.
- Üreme sağlığını koruyucu doğru davranışların neler olduğunu sayabileceklerdir.
- Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitmenin önemini açıklayabileceklerdir.
- Üreme sağlığını, doğrudan ya da dolaylı etkileyen genel sağlık davranışlarını sayabileceklerdir.
- Üreme organ kanserlerinde erken tanının ve yıllık jinekolojik muayenelere düzenli gitme davranışının önemini kavrayabileceklerdir.
- Üreme organ ve meme kanserinden korunmada alınması gereken önlemleri sayabileceklerdir.
- Genital yol enfeksiyonlarını önlemeye yönelik koruyucu davranışların neler olduğunu sayabileceklerdir.
- İstenmeyen gebeliklerden korunma yöntemlerini sayabileceklerdir.

#### ELDE EDİLEN BİLGİLERİN NEREDE KULLANILACAĞI:

Araştırmada elde edilen veriler, toplu olarak değerlendirilecek ve bilimsel bir araştırma tezi ve sonrasında makalesi olarak yayımlanacak olup, bilimsel literatüre katkı sağlamada kullanılacaktır ve kişilerin isimleri üzerinden bireysel bir değerlendirme ve yayım yapılmayacaktır.

Araştırma hakkında bilgilendirildim. Bana konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Çalışma sırasında elde edilen bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlanmasına izin veriyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
TEL. & FAKS		
TARİH		

SORUMLU ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Prof.Dr. Ersin USKUN	
TARİH		
ADI & SOYADI	Öğr.Gör. Serpil ÖZBAŞ	
TARİH		

## EK 4. Ölçek Kullanım İzni

Ynt: Ölçek izni



Hülya DEMİRCİ (cbu\_ebelik@hotmail.com)

Kişilere

Kime: Serpil ÖZBAŞ

Merhaba Serpil Hanım,

Geliştirmiş olduğumuz ölçeği kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Yrd.Doç.Dr.Hülya DEMİRCİ

Celal Bayar Üniversitesi

Manisa Sağlık Yüksekokulu

Ebelik Bölümü

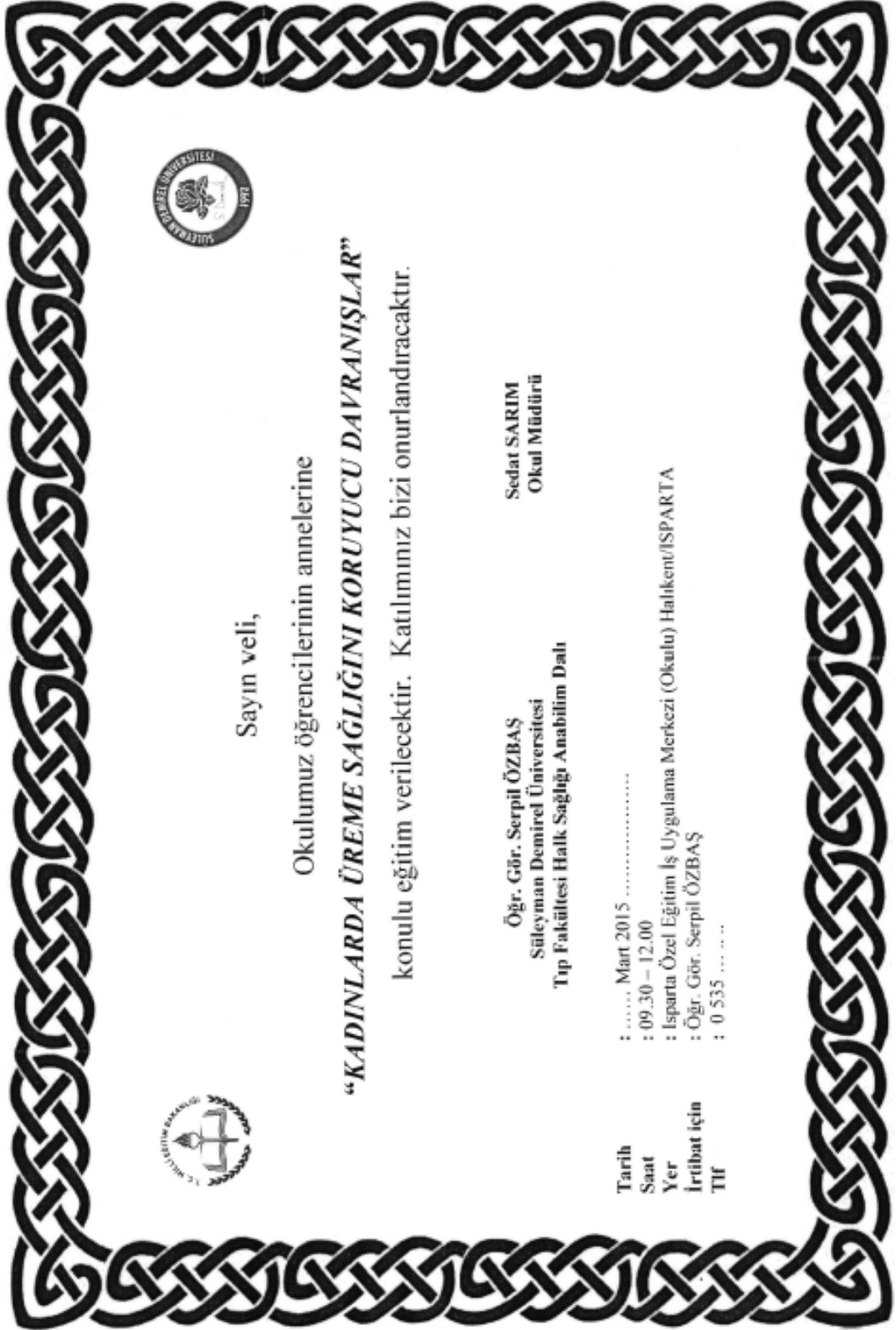
İstasyon Mevkii, 45020, MANİSA

Tel: 0.236 239 13 18

0.236 231 83 73

Faks: 0.236 232 00 58

## EK 5. Eğitim Davetiyesi



## EK 6. Tanımlayıcı Bilgi Formu

### TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

#### ISPARTA ÖZEL EĞİTİM İŞ UYGULAMA MERKEZİ'NDE EĞİTİM GÖREN ENGELLİ ÇOCUKLARIN ANNELERİNE VERİLEN EĞİTİMİN ANNELERİN ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU BİLGİ ve TUTUMLARINA ETKİSİ

Bu anket, SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD doktora öğrencisi Serpil ÖZBAŞ'ın DoktoraTez çalışması kapsamında, Isparta Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi'nde eğitim gören engelli çocukların annelerine verilen eğitimin annelerin üreme sağlığını koruyucu bilgi ve tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmış çalışmaya aittir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacak, bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. **Bilgi için:** Serpil ÖZBAŞ, SDÜ Halk Sağlığı AD, Tel: 0 246 2113228

Anket No:

#### SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BÖLÜMÜ

1. Yaşınız nedir?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

1. Hiç eğitim almadım (OYD) 2. Hiç eğitim almadım (OY) 3. İlkokul-ortaokul 4. Lise veya eşdeğeri 5. Yüksekokul/Üniversite ve üstü

3. Medeni durumunuzu belirtiniz. 1. Evli 2. Ayrı yaşıyor 3. Boşanmış 4. İmam nikahlı 5. Eşi ölmüş

4. İlk evlenme yaşınız nedir?.....

5. Eşinizle akrabalık durumunuz hangisine uyar?

1. Akrabalık yok 2. İki amca çocuğu 3. İki teyze çocuğu 4. Hala-dayı çocuğu 5. Kardeş torunları 6. Uzak akraba

6. Ailenizin yapısı aşağıdakilerden hangisine uyar?

1. Çekirdek aile (karı-koca, varsa evlenmemiş çocuklar) 3. Ayrılmış, yalnız eş (tek ebeveynli)  
2. Geniş aile (karı-koca, evli çocuklar, varsa torunlar veya büyükler) 4. Diğer (evli ikinci derece akrabalarla beraber)

7. Şu andaki çalışma durumunuz nedir?

1. Çalışmıyor (ev hanımı) 3. Çalışıyor (ücretsiz aile işçisi) 5. Çalışıyor (geliri olan devamlı işçi)  
2. Çalışmıyor (emekli) 4. Çalışıyor (geliri olan geçici işçi)

8. Ailenizin gelir düzeyinin nasıl algılıyorsunuz? 1. Kötü 2. Orta 3. İyi 4. Çok iyi

9. Ailenizin gelir-gider dengesi hangisine uymaktadır? 1. Geliri- giderine eşit 2. Geliri giderinden az 3. Geliri giderinden fazla

10. Kaç tane engelli çocuğunuz var?.....

11. Kendi sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz? 1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

12. Tanı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız veya engellilik durumunuz var mı?

1. Var ise; açıklayınız..... 2. Yok

13. Sigara içme durumunuz nedir? 1. Hiç içmemiş 2. İçmiş bırakmış,..... yıldır içmiyor. 3. İçiyor..... adet/gün ..... yıldır.

14. Alkol kullanma durumunuz nedir? 1. Hiç içmemiş 2. İçmiş bırakmış,..... yıldır içmiyor. 3. İçiyor..... yıldır.

15. Günde ortalama kaç fincan çay tüketirsiniz?.....

16. Günde ortalama kaç fincan kahve tüketirsiniz?.....

17. Günde ortalama kaç bardak kola tüketirsiniz?.....

18. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? (Haftada en az 3 gün, günde en az 20 dk tempolu yürüyüşe denk) 1. Evet 2. Hayır

19. Boyunuz:..... Kilonuz:.....

20. Ailenizde meme kanseri tanısı almış olan kişi var mı? 1. Evet 2. Hayır (22. soruya geç)

21. Ailenizde meme kanseri tanısı olan kişi/kişiler kimlerdir? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

1. Anne 2. Kız kardeş 3. Teyze 4. Anneanne 5. Kızı 6. Diğer.....

22. Ailenizde rahim veya yumurtalık kanseri tanısı almış kişi var mı? 1. Evet 2. Hayır (24. soruya geç)

23. Ailenizde rahim veya yumurtalık kanseri tanısı almış olan kişi/kişiler kimlerdir? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

1. Anne 2. Kız kardeş 3. Teyze 4. Anneanne 5. Kızı 6. Diğer.....

24. Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır (26. soruya geç)

25. Bir önceki soruya cevabınız evet ise ne sıklıkta yapıyorsunuz?

1.Haftada en az bir kez 2.Ayda en az bir kez 3.Üç ayda bir kez 4.Altı ayda bir kez 5.Daha seyrek

**26.Şimdiye kadar hiç meme ultrasonu çektirdiniz mi?** 1.Evet 2.Hayır

**27.Şimdiye kadar hiç mamografi çektirdiniz mi?** 1.Evet 2.Hayır

**28.Şimdiye kadar hiç rahim ağzından sürüntü aldırдыңız mı?** 1.Evet 2.Hayır

**29.Şimdiye kadar hiç kadın hastalıkları nedeniyle doktora gittiniz mi?** 1.Evet 2.Hayır

**30. Bir önceki soruya cevabınız evet ise şikayetiniz nedir?**.....

**31.Siz ve aileniz hastalanınca en çok nereye gidiyorsunuz?**

1.Aile hekimi 2.Özel hekim(muayenehane) 3.Devlet/üniversite hastanesi 4.Özel hastane  
5.Eczane 6.Komşu/akraba 7.Din görevlisi 8.Diğer.....

**32. Daha önce üreme sağlığını koruyucu davranışlar ile ilgili herhangi bir eğitime katıldınız mı?**1. Evet 2. Hayır

**33.Cevabınız evet ise bu eğitim kim tarafından verildi?**.....

#### **KADIN SAĞLIĞI BÖLÜMÜ**

**34.Aile planlaması (AP) yöntemi kullanıyor musunuz?**1.Evet (36. soruya geç) 2.Hayır

**35. Aile planlaması yöntemi kullanmama nedeniniz nedir? (41. soruya geç)**

1.Çocuk istiyorum 2.Hangi yöntemi kullanacağımı bilmiyorum 3. Yönteme Ulaşmıyorum 4.Eşim istemiyor  
5.Gerekli değil (menopozda, histerektomi, tüp ligasyonu vb. op. geçirmiş) 6.Diğer.....

**36. Aile planlaması yöntemi kullanma nedeniniz nedir?**

1.Başka çocuk istememe 2.İki çocuk arası yaş açmak isteme 3.İleri yaş 4.Sağlık sorunları 5.Diğer.....

**37. Aşağıdaki aile planlaması yöntemlerinden hangisini kullanıyorsunuz?**

1.Spiral (Rahim içi araç) 2.Doğum kontrol hapı 3.Kondom 4.Aylık/Üç aylık iğne 5.Geri çekme 6.Tüp ligasyonu  
7.Diğer.....

**38.Aile planlaması yöntemini nereden temin ediyorsunuz?**1.Ücretsiz-sağlık kurumundan 2.Parayla alıyorum

**39.AP yöntemleri hakkında yeterince bilgiye sahip misiniz?**1.Evet 2.Hayır

**40.AP yöntemleri hakkında şimdiye kadar kimlerden bilgi aldınız? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)**

1.Sağlık personeli (Ebe/Hemşire/Doktor) 2.Bilimsel kitap 3. Medya (Tv/gazete/dergi) 4.Arkadaş\komşu 5. Diğer.....

**41. İlk doğum yaptığınız yaş nedir?**.....

**42.Kaç kez gebe kaldınız?**.....

**43.Kaç kez canlı doğum yaptınız?**.....

**44.Kaç kez ölü doğum yaptınız?**.....

**45.Kaç kez kendiliğinden düşük yaptınız?**.....

**46.Kaç kez isteyerek düşük (kürtaj) yaptınız?**.....

**47.Kaç çocuğunuzun olmasını isterdiniz?**.....

**48.Tekrar gebelik düşünüyor musunuz?** 1.Evet 2.Hayır

**49.Engelli çocuğunuz kaçınıcı gebeliğiniz sonucu doğdu?**.....

**50.Engelli çocuğunuzun gebeliği boyunca kaç kez bakım aldınız?** 1. Hiç 2. Bir - üç arası 3. Dört ve daha fazla

**51.Engelli çocuğunuzun gebeliği süresince kontrole nereye gittiniz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)**

1.Sağlık ocağı hekimi (Aile hekimi/ebe) 2.Devlet/Üniversite hastanesi 3.Özel Kadın Doğum Uzmanı 4.Diğer .....

**52.Engelli çocuğunuzun doğum şekli nedir?**.....

**53. Engelli çocuğunuz nerede doğurdunuz?**

1.Devlet Hastanesinde 2.Özel hastanede 3.Üniversite hastanesinde 4.Evde 5.Diğer.....

**54. Engelli çocuğunuz kimin yardımı ile doğurdunuz?**

1.Ebe 2.Hemşire 3. Pratisyen hekim 4. Kadın Doğum uzmanı 5. Ara-ebesi 6.Kendi kendine 7.Diğer .....

**55.İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz?**.....

**56.Düzenli olarak adet görüyor musunuz?(21-35 günde bir, 2-7 gün süren adet kanaması)**

1.Evet 2.Hayır 3.Menopoza girmiş (61. soruya geç)

**57.Kaç günde bir adet görüyorsunuz?**.....

**58.Adetiniz kaç gün sürüyor?**.....



59. Adetliken ne kullanırsınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) 1. Ped 2. Bez 3. Pamuk 4. Tampon 5. Diğer.....

60. Adetliken kanama miktarınızı belirtiniz. 1. Yoğun (>4 pad) 2. Normal (2-4 pad) 3. Az (<2 pad)

61. Akıntınız var mı? 1. Evet 2. Hayır (65. soruya geç)

62. Akıntınızın kokusu var mı? 1. Evet 2. Hayır

63. Akıntınızın rengi var mı? 1. Evet 2. Hayır

64. Akıntınızla beraber kaşıntı var mı? 1. Evet 2. Hayır

65. Kadın sağlığı ile ilgili olan aşağıdaki şikâyetlerle ilgili olarak kendinizi değerlendiriniz.

- |                                                            |                               |          |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|
| *Gülerken öksürürken idrar ve dışkı kaçırmanız var mı?     | 1. Evet                       | 2. Hayır |
| *Adet kanamasından farklı bir kanamanız var mı?            | 1. Evet                       | 2. Hayır |
| *Cinsel ilişki sırasında kanamanız oluyor mu?              | 1. Evet                       | 2. Hayır |
| *Dış üreme organlarınızda bir değişiklik var mı?           | 1. Evet                       | 2. Hayır |
| *Hazedede kuruluk şikâyetiniz var mı?                      | 1. Evet                       | 2. Hayır |
| *Üreme organlarınızla ilgili olarak hastaneye yattınız mı? | 1. Evet ise; açıklayınız..... | 2. Hayır |
| *Memelerinizle ilgili herhangi bir hastalığınız var mı?    | 1. Evet ise; açıklayınız..... | 2. Hayır |



## EK 7. Bilgi Ölçme Testi (BÖT)

### BİLGİ ÖLÇME TESTİ

Aşağıdaki bilgilerden doğru olanlar için “doğru” kutusuna X, “yanlış” olanlar içinde yanlış kutusuna X işareti koyunuz.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Gebelik rahimde gelişir.		
2. Her cinsel ilişkide hamile kalınabilir.		
3. Adetliyken banyo yapılabilir.		
4. İdrar yapma isteği geldiğinde tuvalete gitmeden bir süre beklemenin sakıncası yoktur.		
5. Tuvaletten öncede eller su ve sabunla yıkanmalıdır.		
6. Üreme organlarının dış kısmı(taharetlenen bölge) kuru tutulmalıdır.		
7. Günde en az 6-8 bardak su içilmelidir.		
8. Meme kanserinde erken tanı için kadının kendisinin yapabileceği bir şey yoktur.		
9. Geri çekme (erkeğin korunması) gebeliği önlemede etkili bir yöntem değildir.		
10. Hazneden gelen süt kesigi gibi (peynirimsi)akıntı ve üreme organlarında kaşıntı normaldir.		

## EK 8. Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ)

Aşağıda üreme sağlığınızı korumaya yönelik tutum ve davranışlarınızla ilgili ifadeler verilmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak kendinize uygun olan seçeneğin altındaki kutucuğu işaretlemeye ve boş bırakmamaya özen gösteriniz.

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

27.Gebe kalmamak için etkili bir yöntem (doğum kontrol hapi, spiral, prezervatif, tüplerin bağlanması) kullanırım.	1	2	3	4	5
28.İstemediğimiz bir gebelikten korunmak için eşimin korunması (geri çekme) yeterlidir.	5	4	3	2	1
29.Hazne akıntımı izleyerek hangi günlerde gebe kalacağımı anlayabilirim.	1	2	3	4	5
30.Adetimin ilk gününü unutmamak için her ay takvim üzerinde işaretlerim.	1	2	3	4	5
31. Adetliyken ayaklarımı sıcak tutmaya özen gösteririm.	1	2	3	4	5
32. Hazne, idrar yolu ve makat çevresindeki kaslarımı güçlendirmek için bu kasları kasıp gevşetme şeklinde egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5
33. idrarımı yaparken ağrı, sızı, yanma gibi şikayetlerim olursa doktora giderim.	1	2	3	4	5
34.Günde en az 6-8 bardak su içerim.	1	2	3	4	5
35.İdrarım geldiğinde hemen tuvalete giderim.	1	2	3	4	5
36.Kabız olmamaya özen gösteririm.	1	2	3	4	5
37.Cinsel ilişki sırasında, bulaşıcı hastalıklardan korunmak için prezervatif(kılıf) kullanmanın gerekli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
38.Cinsel ilişki sırasında kuruluk ve ağrım olursa, kayganlaştırıcı kremler kullanırım.	1	2	3	4	5
39.Cinsel ilişki sırasında ağrım ve kanamam olursa hemen doktora giderim.	1	2	3	4	5

**TEŞEKKÜRLER** Ankete katılmayı ve bilgilerimin bilimsel amaçlı kullanılmasını kabul ediyorum.

İMZA

**EK 9. Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışlar Eğitimi**

**KADINLARDA ÜREME SAğLIğINI  
KORUYUCU DAVRANIşLAR**

**Hazırlayan  
Serpil ÖZBAş**

**Isparta- 2015**

## KADINLARDA ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU DAVRANIŞLAR EĞİTİMİ PROGRAMI GÜNLÜK AKIŞ ŞEMASI

10 dk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kendini tanıma ve grupla tanışma</li> <li>- Eğitimin amacını açıklama</li> <li>- Program akışı hakkında bilgilendirme</li> </ul>			
SÜRE	AMAÇ	KONU	YÖNTEM	ARAÇ-GEREÇ
20dk	Üreme organlarını tanıma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kadın üreme organları</li> <li>- Erkek üreme organları</li> <li>- Kadın üreme sisteminin işleyişi</li> <li>- Adet döngüsü</li> <li>- Gebeliğin oluşumu</li> <li>- Üreme organlarının hijyeni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sunum</li> <li>-Soru-cevap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Slayt</li> <li>- Aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber</li> <li>-Üzerinde kadın üreme organlarının isimlerinin yazılı olduğu kağıt</li> <li>-Flipchart</li> <li>-Poster</li> </ul>
20 dk	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Üreme sağlığını, doğrudan ya da dolaylı etkileyen genel sağlık davranışlarını sayabilme.</li> <li>-Üreme sağlığını koruyucu doğru davranışların neler olduğunu sayabilme</li> <li>-Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitmenin önemini açıklayabilme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beslenme ile ilgili genel öneriler</li> <li>- Fiziksel aktivite ile ilgili genel öneriler</li> <li>- Hijyen ile ilgili genel öneriler</li> <li>*Genel hijyen kuralları</li> <li>*El yıkama ve önemi</li> <li>*Tuvalet sonrası hijyen</li> <li>*Adet dönemindeki hijyen</li> <li>-Üreme sağlığında erken tanının önemi</li> <li>-Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitmenin önemi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sunum</li> <li>-Soru-cevap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Slayt</li> <li>- Poster</li> </ul>
<b>ARA (10 dk)</b>				
40 dk	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Üreme organ kanserlerinde erken tanının ve yıllık jinekolojik muayenelere düzenli gitme davranışının önemini kavrayabilme</li> <li>-Üreme organ ve meme kanserinden korunmada alınması gereken önlemleri sayabilme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Üreme organ kanserlerinde erken tanının önemi</li> <li>- Meme kanseri ve erken tanısı için yapılması gereken girişimler (Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), Mamografi)</li> <li>- KKMM'nin önemi ve basamakları</li> <li>- Üreme organ kanserleri ve erken tanıları için yapılması gereken girişimler(pap smear)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sunum</li> <li>-Soru-cevap</li> <li>- Demonstrasyon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Slayt</li> <li>-Üzerinde meme kanseri belirtileri ve KKMM basamaklarının yazılı olduğu kağıt</li> <li>-Meme modeli</li> <li>-Flipchart</li> <li>-Poster</li> </ul>

**ARA (10 dk)**

20 dk	-Genital yol enfeksiyonlarını önlemeye yönelik koruyucu davranışların neler olduğunu sayabilme	- Kadın üreme organlarındaki normal akıntı özellikleri - Genital yol enfeksiyonlarının belirti ve bulguları - Genital yol enfeksiyonlarından korunmak için gerekli hijyen kuralları - Genital yol enfeksiyonlarının tedavi sürecinde dikkat edilmesi gerekenler	-Sunum -Soru-cevap	-Slayt - Poster
20 dk	-İstenmeyen gebeliklerden korunma yöntemlerini sayabilme	- Aile planlaması kavramı ve önemi - Kadının kullandığı gebelikten korunma yöntemleri - Erkeğin kullandığı gebelikten korunma yöntemleri	-Sunum -Soru-cevap - Demonstrasyon	- Slayt - Aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber -Yöntem modelleri (RIA, hap, Enjekte edilen kontraseptifler,kondom) -Poster

## **KADINLARDA ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU DAVRANIŞLAR EĞİTİM PROGRAMI**

**Eğitim programının tanımı:** Bu eğitim programı, kadınların üreme sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik bilgi edinmeleri ve doğru tutum ve davranış kazanmalarını sağlamak amacıyla düzenlenmiştir.

### **Eğitim programının hedefleri ve öğrenim çıktıları:**

Kadınlar bu eğitimin sonunda;

- ❖ Üreme organlarını tanımış olacaklardır.
- ❖ Üreme sağlığını koruyucu doğru davranışların neler olduğunu sayabileceklerdir.
- ❖ Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitmenin önemini açıklayabileceklerdir.
- ❖ Üreme sağlığını, doğrudan ya da dolaylı etkileyen genel sağlık davranışlarını sayabileceklerdir.
- ❖ Üreme organ kanserlerinde erken tanının ve yıllık jinekolojik muayenelere düzenli gitme davranışının önemini kavrayabileceklerdir.
- ❖ Üreme organ ve meme kanserinden korunmada alınması gereken önlemleri sayabileceklerdir.
- ❖ Genital yol enfeksiyonlarını önlemeye yönelik koruyucu davranışların neler olduğunu sayabileceklerdir.
- ❖ İstenmeyen gebeliklerden korunma yöntemlerini sayabileceklerdir.

### **Eğitimin İçeriği:**

- ❖ Kadın üreme organları
- ❖ Erkek üreme organları
- ❖ Kadın üreme sisteminin işleyişi
- ❖ Adet döngüsü
- ❖ Gebeliğin oluşumu
- ❖ Üreme organlarının hijyeni
- ❖ Beslenme ile ilgili genel öneriler
- ❖ Düzenli egzersiz ile ilgili genel öneriler
- ❖ Hijyen ile ilgili genel öneriler
  - Genel hijyen kuralları
  - El yıkama ve önemi
  - Tuvalet sonrası hijyen
  - Adet dönemindeki hijyen
- ❖ Üreme sağlığında erken tanının önemi
- ❖ Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitmenin önemi
- ❖ Üreme organ kanserlerinde erken tanının önemi
- ❖ Meme kanseri ve erken tanısı için yapılması gereken girişimler (Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), Mamografi)



- ❖ KKMM'nin önemi ve basamakları
- ❖ Üreme organ kanserleri ve erken tanıları için yapılması gereken girişimler(pap smear)
- ❖ Kadın üreme organlarındaki normal akıntı özellikleri
- ❖ Genital yol enfeksiyonlarının belirti ve bulguları
- ❖ Genital yol enfeksiyonlarından korunmak için gerekli hijyen kuralları
- ❖ Genital yol enfeksiyonlarının tedavi sürecinde dikkat edilmesi gerekenler
- ❖ Aile planlaması kavramı ve önemi
- ❖ Kadının kullandığı gebelikten korunma yöntemleri
- ❖ Erkeğin kullandığı gebelikten korunma yöntemleri



## **KONU : KADIN VE ERKEK ÜREME ORGANLARI**

**SÜRE** : 20 dakika

**AMAÇ** : Erkek ve kadın üreme sistemi hakkında bilgi kazandırmak.

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

**Kadınlar bu eğitimin sonunda;**

- Üreme organlarını tanımış olacaklardır.
- Kadın ve erkek iç ve dış üreme organlarının ismini sayabileceklerdir.
- Kadın üreme sisteminin işleyişini açıklayabileceklerdir.
- Adet döngüsünü söyleyebileceklerdir.
- Gebeliğin oluşumunu açıklayabileceklerdir.
- Üreme organlarının hijyeninde uyulması gereken kuralları söyleyebileceklerdir.

### **YÖNTEM**

- Sunum
- Soru-cevap

### **ARAÇ – GEREÇ**

- Slayt
- Aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber ( T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Damla Matbaacılık, Ankara, 2010)
- Üzerinde kadın üreme organlarının çizilmiş yazılı olduğu flipchart kağıdı
- Flipchart
- Poster

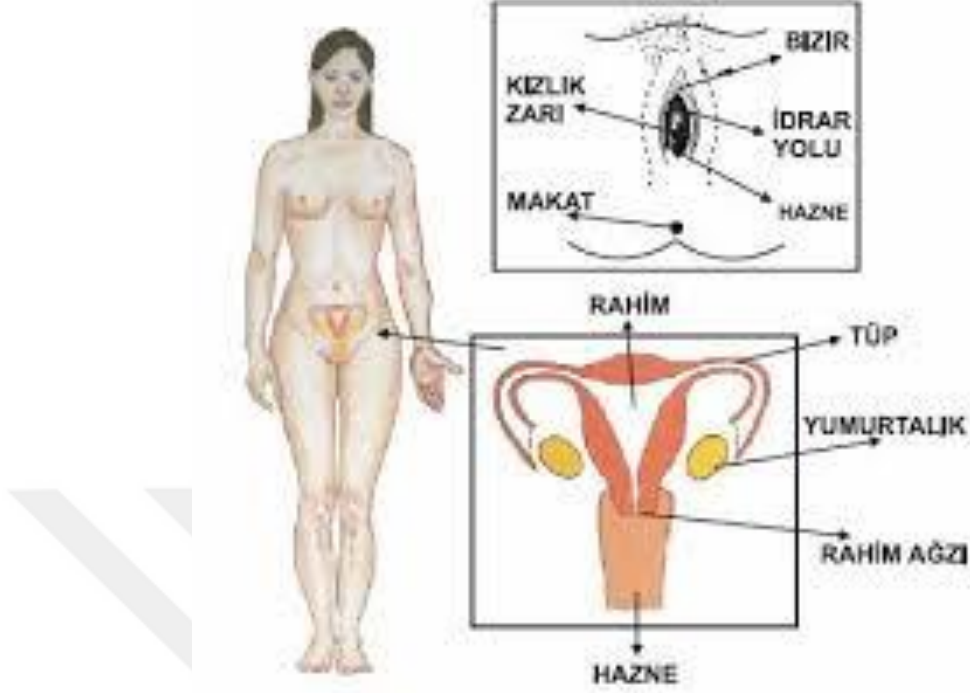
### **İŞLENİŞ**

Kadın üreme organları dış üreme organları (alt karın bölgesi, büyük dudaklar, küçük dudaklar, bızır, idrar açıklığı, makat) ve iç üreme organları (Hazne, rahim, tüpler, yumurtalıklar) olmak üzere iki grupta incelenir.

#### **1-Kadın üreme organları ve işleyişi**

Kadın iç ve dış üreme organlarını ve işlevlerini aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber üzerinden aşağıdaki sırayı izlenerek anlatılır.

## KADIN ÜREME ORGANLARI



### Dış Üreme Organları

**Büyük Dudaklar (Labia majör):** Dış üreme organlarının dış sınırını yapar, kıllanan bölgedir. İç üreme organlarının korunmasını sağlar.

**Küçük Dudaklar (Labia minör):** Büyük dudakların iç kısmında yer alır ve büyük dudaklara göre daha incedir. Hazne girişini kapatacak şekilde önden arkaya doğru uzanır. Hazne girişini kayganlaştırıp yumuşatan yağ bezleriyle kaplıdır.

**Bızır (Klitoris):** İki küçük dudağın üst tarafta birleştiği yerde bulunur. Erkekteki penise benzer şekilde cinsel uyarı ile sertleşir, büyür ve zevk duygusu verir.

**İdrar açıklığı (Üretral açıklık):** Kadınlar idrarlarını erkekler gibi cinsel organlarından değil ayrı bir kanaldan yaparlar. İdrar kanalının çıkış deliği haznenin hemen üstündedir.

**Makat (Anüs):** Dışkılama işlevini gerçekleştirir.

### İç Üreme Organları

**Hazne (Vajina):** Küçük dudaklarla rahim ağzı arasında uzanan bir organdır. Vücudun dışından iç üreme organlarına doğru bir geçit görevi görür. Cinsel ilişki, bu organ aracılığıyla olur. Âdet kanaması ve doğum sırasında bebek bu organdan geçerek dışarı çıkar.

**Rahim (Uterus):** Karın boşluğu içinde armut biçiminde içi boş bir organdır. Cinsel ilişki sırasında hazneye boşalan erkek tohum hücreleri (sperm), rahim ağzından geçerek rahme girerler ve buradan tüplere geçerler. Rahmin iç yüzü, gebeliğin yerleşmesi ve bebeğin gelişmesine uygun bir tabaka ile

kaplıdır. Bu tabaka, her ay yenilenir ve eski dokular âdet kanaması ile dışarı atılır. Gebelik süresince bebek, rahmin içinde büyüüp gelişir. Rahmin esas görevi (işlevi) budur.

**Tüpler (Tuba Uterina):** Her biri 10 cm uzunluğunda rahmin iki yanından çıkıp, yumurtalıklara kadar uzanan ince kanallardır. Yumurtalıklardan çıkan yumurta hücrelerini yakalayıp rahmin içine doğru hareket etmesini sağlar. Erkek tohum hücresi kadının yumurta hücresini tüplerde döller. Döllenmiş yumurta, tüplerin hareketi ile rahme ulaşır.

**Yumurtalıklar (Overler):** Rahmin sağında ve solunda yerleşmiş badem büyüklüğünde iki adet organdır. Kadınlık hormonlarını ve kadın üreme hücresi olan yumurtayı üretirler.

**Yumurta (Tohum Hücresi):** Yumurta, kadın tohum hücresine verilen isimdir. Yumurtalıklarda her ay bir tane üretilir. Olgun bir yumurta yaklaşık 2 cm büyüklüğündedir. Erkek tohum hücresi ile buluşabilmesi için tüpler tarafından yakalanır.

## 2- Erkek üreme organları ve işleyişi

Erkek iç ve dış üreme organlarını ve işlevlerini aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber üzerinden aşağıdaki sırayı izlenerek anlatılır.



### Dış Üreme Organları

#### **Penis**

Cinsel ilişkide ve idrar yapmada kullanılan organdır. Ucundaki delikten idrar ve meni çıkışı sağlanır.

#### **Haya torbası (skrotum)**

Hayaları saran deri torbadır. Penisin alt kısmında yer alır. Haya torbası tohum hücrelerinin vücut ısısından daha düşük bir sıcaklıkta sağlıklı üretilmesini sağlar.

## **İç Üreme Organları**

### **Hayalar (Testisler)**

Haya torbasının içinde iki adet oval, yumuşak organdır. Erkek üreme hücresi olan spermleri üretmektedir.

### **Tohum Kanalları (sperm kanalları)**

Hayalarda olgunlaşmış tohum hücrelerini (spermlerin) meni keselerine taşıyan kanaldır.

### **Tohum Keseleri (Meni kesecikleri)**

İdrar torbasının iki yanında, hayalardan gelen tohum hücrelerinin içinde toplandığı iki küçük keseciktir. Tohum hücrelerini besleyen ve hareketliliğini artıran meni sıvısının bir kısmını burada üretir (%60-70'i).

### **Erbezi (Prostat)**

İdrar torbasının hemen altında yer alan yuvarlak lifli bir organdır. Cinsel ilişki sırasında kasılarak meni sıvısını boşaltım kanalına iter. Meni sıvısının %30-40'ı burada üretilir.

### **İdrar Kanalı (Üretra)**

Penisin içinde yer alır, çıkış deliği penisin ucundadır. Bu kanal cinsel ilişki sırasında meniye, diğer zamanlarda da idrarı dışarı boşaltır.

### **Tohum Hücresi (Sperm)**

Sperm, erkek tohum hücresidir. İçinde taşıdıkları x ve y kromozoma göre çocuğun cinsiyetini belirler.

**Meni sıvısı:** İçerisinde spermlerin olduğu sarı renkte, yapışkan bir sıvıdır.

## **3- Adet döngüsü**

- ❖ Adet döngüsü bir kanamanın başlamasından diğer kanamanın başlangıcına kadar geçen zamanı ifade eder.
- ❖ Kişiye göre değişiklik göstermekle birlikte üreme çağındaki bir kadın ortalama 28 günde bir adet görür. 21- 35 gün arasındaki süre normal kabul edilir.
- ❖ Adet kanaması ortalama 4 gün devam eder, 2-7 gün arası normal kabul edilir.
- ❖ Kanama miktarı kişiye göre değişiklik gösterir.
- ❖ Normal adet esnasında kaybedilen kan miktarı 30-100 cc arasında değişir.(2-3 ped)
- ❖ Kadın vücudundaki yumurtalıklardan her ay bir tane yumurta olgunlaşır. Bu olgunlaşma esnasında beyinden gelen uyarılarla yumurtalıklardan kadınlık hormonları salgılanır. Bu hormonların etkisi ile rahim iç tabakası kendini gebeliğe hazırlar. Yani kalınlaşır ve kan damarlarından zenginleşir. Eğer yumurta bu dönemde sperm ile döllenmez ise diğer hücrelerce sindirilerek kaybolur. Bu esnada rahmin iç tabakasının beslenmesi etkilenir ve kanamayla birlikte dökülerek adet kanaması şeklinde dışarı atılır.
- ❖ Bir kadın 12 ay hiç adet görmemiş ise menopoza girmiş kabul edilir. Ortalama 45- 50 yaşları arasında adet görme sona erer.

#### 4-Gebeliğin oluşumu

- ❖ Ergenlikle beraber her ay bir yumurta olgunlaşarak döllenmeye hazır hale gelir.
- ❖ Kadınların adet döngüsünün farklı günler olması nedeniyle yumurtanın hangi gün olgunlaştığını belirlemek kolay değildir. Genelde bir sonraki adete iki hafta kala yumurta olgunlaşır. Bu nedenle yumurtanın olgunlaştığı günleri belirlemek için haznede olan değişimin izlenmesi gerekir.
- ❖ Yumurtlama günlerinde şeffaf uzayan bir akıntı olur.
- ❖ Bu günlerde yumurtalıkların birinden bir yumurta olgunlaşır ve tüplere alınır.
- ❖ Bu sırada cinsel birleşme olmuşsa hazneye dökülen spermeler rahmi geçerek tüplere kadar ulaşır ve orada bulunan yumurta spermelerden birini içine kabul eder. Böylece yumurta döllenmiş olur. Gebelik meydana gelir.
- ❖ Gebelik oluşuktan sonar adet görülmez.
- ❖ Gebelik düşünülüyorsa; yumurtanın olgunlaştığı gün tam olarak bilinemediği için aile planlaması yöntemlerinden birinin kullanılması gerekir.

#### 5- Üreme organlarının hijyeni

- ❖ El ve vücut temizliğine dikkat edilmelidir. Tuvalete girmeden önce ve çıktıktan sonra eller bol su ve sabunla yıkanmalıdır. Eller genellikle tuvaletten çıktıktan sonra yıkanır, oysa her yere dokundukları için ellerin tuvaletten öncede yıkanmasına özen gösterilmelidir.
- ❖ Dış üreme organları kuru ve temiz tutulmalıdır.
- ❖ Taharetlenme işlemi önden arkaya doğru yapılmalıdır.
- ❖ Taharetlenen bölgenin temizliğinde sabun, ilaçlı su, parfüm gibi maddeler kullanılmamalıdır.
- ❖ Başkalarına mikrop bulaştırmamak için kullanılan tuvaletlerin temizliğine her zaman dikkat edilmelidir.
- ❖ Külotların beyaz ve pamuklu kumaştan yapılmış olmasına özen gösterilmelidir.

## **KONU : ÜREME SAĞLIĞINI DOĞRUDAN YA DA DOLAYLI ETKİLEYEN GENEL SAĞLIK DAVRANIŞLARI**

**SÜRE :** 20 dakika

### **AMAÇ :**

- Üreme sağlığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen genel sağlık davranışları hakkında bilgi kazandırmak.
- Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitmenin önemini kavratılabilmek

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

#### **Kadınlar bu eğitimin sonunda;**

- Beslenme hakkında genel bilgi sahibi olacaklardır.
- Düzenli egzersiz hakkında genel bilgi sahibi olacaklardır.
- Genel hijyen kuralları hakkında bilgi sahibi olacaklardır.
- El yıkamanın önemini ve nasıl, ne zaman olması gerektiğini açıklayabileceklerdir.
- Adet döneminde uyulması gereken hijyen kurallarını söyleyebileceklerdir.
- Üreme sağlığında erken tanının önemini söyleyebileceklerdir.
- Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitmenin önemini söyleyebileceklerdir.

### **YÖNTEM**

- Sunum
- Soru-cevap

### **ARAÇ – GEREÇ**

- Slayt
- Poster

### **İŞLENİŞ**

#### **1- Beslenme hakkında genel bilgi**

Dengeli beslenme; her besin grubundan(Süt ve süt ürünleri, et ve et ürünleri, sebze ve meyve, ekmek ve tahıllar) belli oranda tüketmek demektir. Besinlerin vücudumuza ısı, enerji vermek, hücrelerin büyümesi ve onarılmasını sağlamak, çeşitli vücut işlemlerini düzenlemek gibi, ana görevleri vardır. Yaşam evresi içerisinde (bebeklik, çocukluk, ergenlik, hastalık, gebelik, emzirme, yaşlılık) ve yapılan işlere uygun olarak besinlerden alınması gereken miktarlarda değişebilir. Bu sebeple her insan için genel bir miktar belirlenememekle birlikte, sağlıklı beslenmek için:

- ❖ Az ve sık yemek,
- ❖ Güne mutlaka kahvaltı ile başlamak,
- ❖ Öğün atlamamak,

- ❖ Tuzu az tüketmek,
- ❖ Taze meyve ve sebze tüketimine özen göstermek,
- ❖ Günde en az 4-6 bardak (ortalama 1,5 lt) su içmek,
- ❖ Asitli içecekler, çay, kahve, kızartma, kavurmalar, aşırı yağlı, tuzlu ya da şekerli gıdalar ve açıkta satılan yiyeceklerden kaçınmak,
- ❖ Yemeklerde sıvı (zeytin yağı ve kanola yağları, fındık yağı) yağlar tercih etmek,
- ❖ Lifli yiyecekler tüketmek (Kepekli ürünler, kuru fasulye, mercimek, bezelye, kuru incir, badem, ıspanak, kuşüzümü)
- ❖ Yiyecekleri hazırlarken içlerindeki besin öğelerinin korunmasına dikkat etmek ve uygun koşullarda saklamak her yaş ve dönem için geçerli temel sağlıklı beslenme kurallarıdır.

## 2- Düzenli egzersiz hakkında genel bilgi

Düzenli egzersiz sağlıklı yaşam için gereklidir. Dinlenme halindeyken vücudun sarfettiği enerjiden daha fazla enerjiyi harcamayı ve kaslarının etkin bir şekilde çalışmasını sağlar. Dayanıklılığı artırır, kaslarının gelişimini sağlar, vücudundaki yağ oranını düşürerek kas oranını artırır ve metabolizmayı hızlandırır.

Egzersizin faydalarını etkili bir şekilde hissetmek için haftada en az 3 gün, günde en az 20 dk tempolu yürüyüşü düzenli olarak yapmak gerekir. Harcanan enerji miktarı, cinsiyete, yaşa, vücut ağırlığına ve yapılan aktivitenin şiddetine göre de değişecektir.

Bu faydaları ise kısaca şöyle sıralayabiliriz:

- ❖ Zevklidir ve yaşamı uzatır.
- ❖ Kendine güven duygusunu, koordinasyon ve dikkat yeteneğini geliştirir.
- ❖ Ruhsal durumu ve hayata bakış açısını olumlu yönde etkiler.
- ❖ Eğlence ve arkadaşlığın sürdürüldüğü ortam sağlar.
- ❖ Sağlıklı kemik, kas ve eklem oluşumuna ve bunların korunmasına yardımcı olur. İleri yaşamda osteoporozun önlenmesine ve kemiklerin sağlam oluşmasına yardım eder.
- ❖ Yaşlılarda günlük aktivitelerini sürdürebilme yeteneğini geliştirir.
- ❖ İştahın düzelmesine yardım eder.
- ❖ Stres ve gerilimin azalmasına yardımcı olur.
- ❖ Vücudun anatomik duruşunu düzeltir.
- ❖ Genç bir görünüm, sağlıklı deri ve kas gelişimini sağlar.
- ❖ Enerji harcamasını arttırarak kilo kontrolüne yardımcı olur.
- ❖ Yaşam kalitesini artırır.
- ❖ Kalp hastalığı riskini azaltır.
- ❖ Kanseri riskini azaltır.
- ❖ Uyku düzenini sağlayarak, daha verimli bir gün geçirilmesine yardımcı olur.
- ❖ Kronik hastalığı olan ve 50 yaşın üzerinde olanlar öncesinde mutlaka doktoruna danışmalıdır.



### 3- Genel hijyen kuralları

- ❖ Yemeklerden önce ve sonra elleri su ve sabun ile yıkayıp kurulamak,
- ❖ Tuvalete girmeden önce ve çıktıktan sonra elleri su ve sabun ile yıkayıp kurulamak,
- ❖ İşten veya okuldan eve gelindiğinde el, yüz ve ayakları yıkamak,
- ❖ Günde en az iki defa diş fırçalamak,
- ❖ Her gün saçları taramak ve saçlarımızı sık sık uygun sabun/şampuanla yıkamak,
- ❖ En az haftada bir defa banyo yapmak, çamaşır ve giyecekleri sık değiştirmek,
- ❖ Haftada bir defa el ve ayak tırnaklarını kesmek,
- ❖ Yanımızda sürekli kağıt mendil bulundurmak,
- ❖ Tuvaletleri temiz kullanmak,
- ❖ Çöpleri çöp kutusuna atmak,
- ❖ Çiğ meyve ve sebzeleri yıkamadan yememek,
- ❖ Açıkta satılan yiyecekleri tüketmemek olarak sayılabilir.

### 4- El yıkamanın önemi

Günlük yaşantımızda ellerimiz, çevre ile her türlü bağlantıyı sağlayan, bu nedenle de en fazla bakteri barındıran organımızdır. El yıkama, çok sıradan ve günlük bir iş olması nedeniyle, genellikle ihmal edilen bir konudur. Oysa ki, hem kendimizin hem de çevremizdekilerin sağlığını korumak ellerimizdedir.

#### Ellerimizi ne zaman yıkamalıyız?

- ❖ Yemek hazırlamadan önce,
- ❖ Yemek yemeden önce ve yemek yedikten sonra,
- ❖ Tuvaleti kullanmadan önce ve sonra,
- ❖ Çocukların altını değiştirmeden önce ve sonra,
- ❖ Sigara içtikten sonra,
- ❖ Pişmemiş gıdalara (özellikle kırmızı et, tavuk, balık, yumurta) temas ettikten sonra,
- ❖ Üst solunum yolu sekresyonları ile temas ettikten sonra (hapşırma, öksürme vb.),
- ❖ Bozulmuş gıda ve çöplere dokunduktan sonra,
- ❖ Saçlar tarandıktan veya ellendikten sonra,
- ❖ Toplumda ortak kullanılan araçların kullanımından sonra (toplu taşıma araçları, para alış veriş, telefon vb)
- ❖ Kedi, köpek ve diğer tüm hayvanları elledikten sonra mutlaka doğru yöntemle yıkanmalıdır.

#### Ellerimizi nasıl yıkamalıyız?

El temizliğinde su ile birlikte sabun kullanılması gerekmektedir. Gün içerisinde ellerimizi aşağıda belirtilen yöntemle sık sık yıkamalıyız.

- ❖ Ellerinizi su ile ıslatın ve sabunu ellerimizin bütün yüzeylerine dağıtarak iyice köpürtün.
- ❖ Ellerinizi her yerini (bilekler, avuç içleri, parmaklar, parmak araları, el sırtı ve tırnak içleri) en az 30 saniye kuvvetlice ovalayın.
- ❖ Ellerinizi sabun ile ovaladıktan sonra iyice durulayın.
- ❖ Özellikle halka açık yerlerde tek kullanımlık havlu kağıt ile ellerinizi kurulayın.
- ❖ Ellerinizi kurutmak için kullandığınız kağıt havluyu musluğu kapatmak için kullanın ve çöp kutusuna atın.

#### **5- Adet döneminde uyulması gereken hijyen kuralları**

Kanamalı dönemdeki temizlik kuralları diğer günlerden farklı değildir. Ancak ortam mikroorganizmaların yerleşmesine ve üremesine uygun olduğu için bu dönemde daha dikkatli olmak gerekir. Bu dönemde alınabilecek önlemler şunlardır:

- ❖ Emici özelliği olan ped ya da bezler kullanılmalı ve akıntının miktarına bağlı olarak sık aralıklarla değiştirilmelidir. Normalde pedler 3-4 saatte bir değiştirilmelidir. Değiştirilen pedler mutlaka ya özel naylon kılıflarına konularak ya da sarılarak çöpe atılmalı, kesinlikle açıkta bırakılmamalıdır.
- ❖ Dış üreme organları kuru ve temiz tutulmalıdır.
- ❖ Şartlar elverdiği kadar sık banyo yapılarak kötü kokular giderilmelidir. Adet döneminde banyo duş şeklinde ve ılık su ile yapılmalıdır.
- ❖ Kanama sırasında dokuları zedeleyerek mikrop almasına neden olmamak için cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır.
- ❖ Adetliken tampon kullanılacaksa uygulama öncesinde mutlaka eller yıkanmalı, doğru uygulanmalı ve sık sık değiştirilmelidir.

#### **6- Üreme sağlığında erken tanının önemi**

Erken tanı; herhangi bir hastalığın, o hastalığa ait belirtilerin henüz tam olarak ortaya çıkmadığı, kişiye acı ve sıkıntı vermediği ve onu çalışmaktan alıkoymadığı dönemde tanınmasıdır.

##### **Erken Tanı:**

- ❖ Tedavi şansını artırır.
- ❖ Tedaviyi kolaylaştırır.
- ❖ Tedavi giderlerini azaltır.
- ❖ Doku ve organ kaybını önler.
- ❖ İş gücü kaybını önler
- ❖ Hayat kurtarır.

Meme, rahim ağzı kanseri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara erken tanı koyulabilmektedir.

## **7- Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitmenin önemi**

Kadın hastalıklarının erken tanı ve tedavisinde düzenli kontroller çok önemlidir. Herhangi bir şikayeti olsun ya da olmasın, cinsel yönden aktif olan her kadının yılda bir kez kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından muayene edilmesi son derece önemlidir. Kadınları etkileyen sorunların başında adet düzensizlikleri, anormal akıntı, kasıklarda şiddetli ağrı ve göğüsler ile ilgili şikayetler gelmektedir. Aynı zamanda tüm bunlar doktora gitme nedenlerinin de başında geliyor.



## **KONU : ÜREME ORGAN KANSERLERİNDE ERKEN TANI VE ÖNEMİ**

**SÜRE** : 40 dakika

**AMAÇ** : Üreme organ kanserlerinde erken tanı ve korunma için yapılması gerekenler hakkında bilgi kazandırmak

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

**Kadınlar bu eğitimin sonunda;**

- Üreme organ kanserlerinde erken tanının ve yıllık jinekolojik muayenelere düzenli gitmenin önemini söyleyebileceklerdir.
- Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) hakkında bilgi sahibi olacaklardır.
- KKMM basamaklarını sayabileceklerdir.
- Üreme organ kanserlerinin erken tanısında kullanılan pap-smear hakkında bilgi sahibi olacaklardır.

### **YÖNTEM**

- Sunum
- Soru-cevap
- Demonstrasyon

### **ARAÇ – GEREÇ**

- Slayt
- Üzerinde meme kanserinin belirtileri ve KKMM’de doğru duruş şekillerinin çizili olduğu flipchart kağıdı
- Meme modeli
- Flipchart
- Poster
- Broşür

### **İŞLENİŞ**

#### **1- Üreme organ kanserlerinde erken tanı ve yıllık jinekolojik muayenelere düzenli gitme**

Kadınlarda üreme organ kanserlerinde ilk sırada meme kanseri, ikinci sırada üreme organ kanserleri görülmektedir. Kanseri erken dönemde yakalamak ve tedavi etmek kanserle savaşta önemli bir yer tutar. Kanserin önlenmesi ve mümkün olduğunca erken dönemde tanınması, hastanın çabuk iyileşmesine, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmaya, yaşam kalitesi ve süresini arttırmaya yarar.

Kanser oluşumunu kolaylaştıran bazı risk faktörlerinin bilinmesi, üreme organ kanserlerinden korunmada, bireyin yaşam biçimini değiştirerek sağlığını geliştirmesi için yol göstericidir. Üreme organ kanserlerinde başlıca risk faktörleri şunlardır:

- ❖ Yaş
- ❖ Beslenme
- ❖ Sosyo-ekonomik durum
- ❖ Meslek
- ❖ Sigara
- ❖ Hijyen durumu
- ❖ Cinsel sağlık hikayesi
- ❖ Doğum öyküsü ve genital hastalıklar (geçirilmiş üreme organı hastalıkları)
- ❖ Genetik faktörler
- ❖ Diğer hastalıklar (sistem hastalıkları)
- ❖ Cinsel eşinde mevcut üreme organ enfeksiyonları
- ❖ Periyodik sağlık muayenesi

Tarama programları ve gelişen erken tanı yöntemleri yardımıyla rahim ağzı kanserinin görülme sıklığında önemli oranda azalma görülmüştür

## **2- Meme kanseri ve KKMM**

### **Meme kanseri**

- ❖ Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir.
- ❖ Meme kanserinden ölüm, akciğer kanseri ölümlerinden sonra ikinci sıradadır.
- ❖ Erken teşhisle yaşam süresi uzar.

### **Meme kanserinin belirtileri**

- ❖ Memede kitle,
- ❖ Memelerden birinde anormal büyüme,
- ❖ Bir memenin diğerinden anormal şekilde sarkık olması,
- ❖ Meme dokusunda buruşukluk,
- ❖ Meme ucunda çukurlaşma,
- ❖ Meme ucundan gelen kanlı akıntı,
- ❖ Meme ucu renginde değişiklik
- ❖ Meme, boyun, koltuk altı lenf bezlerinde büyüme,
- ❖ Üst kolda anormal şişlik,

Meme kanserinin erken tanısında kullanılan yöntemler KKMM, doktor muayenesi ve mamografidir.

## **KKMM**

- ❖ 20 yaşın üzerindeki tüm kadınların kendi kendine meme muayenesi yapması gerekir.
- ❖ KKMM'nin her ay düzenli olarak yapılması, kadının kendi meme yapısını daha iyi tanımasını ve bir önceki aya göre meme dokusunda bir değişiklik olup olmadığını anlamasına yardımcı olur.
- ❖ Meme kanserinin erken tanısında çok önemlidir.
- ❖ KKMM adet bitiminden 5-7 gün sonra yapılmalıdır.
- ❖ Menopoz döneminde olan kadınlar ise her ayın kendi belirledikleri bir gününde yapabilirler.

### **3- KKMM basamakları**

KKMM önce ayakta dik durur pozisyonda sonra sırtüstü yatar pozisyonda yapılır.

#### **AYAKTA**

Önce belden yukarısı çıplak olarak, ayakta ve bir ayna karşısında aşağıdaki pozisyonlarda göz ile inceleme yapılır.

- ❖ Kollar iki yanda sarkık ve gevşek durumda,
- ❖ Kollar belde,
- ❖ Kollar her iki yanda başın üzerine kaldırılmış,
- ❖ Kollar her iki yanda gövde öne doğru eğilmiş pozisyonda

Daha sonraki aylık muayenelerde oluşabilecek değişikliklerin fark edilmesi için ilk muayenede memenin şekli, normal büyüklüğü, meme ucunun durumu dikkatle gözlenmelidir. Ayna karşısındaki her muayenede memelerin şekli ve büyüklüğündeki değişimler, meme derisinde şişlik, çukurlaşma (içe çekilme), renk değişikliği, meme ucunda çukurlaşma olup olmadığı kontrol edilir.

- ❖ Memede kitle,
- ❖ Memelerden birinde anormal büyüme,
- ❖ Bir memenin diğerinden anormal şekilde sarkık olması,
- ❖ Meme dokusunda buruşukluk,
- ❖ Meme ucunda çukurlaşma,
- ❖ Meme ucundan gelen kanlı akıntı,
- ❖ Meme ucu renginde değişiklik
- ❖ Meme, boyun, koltuk altı lenf bezlerinde büyüme,
- ❖ Üst kolda anormal şişlik olup olmadığına bakılmalı, herhangi bir şüpheli durumda en yakın sağlık kuruluşuna muayene için başvurulmalıdır.

Gözle yapılan muayenenin sonunda her iki meme başı ayrı ayrı işaret ve başparmak arasında hafifçe sıkılarak herhangi bir kanama veya akıntı meydana gelip gelmediği kontrol edilir.

Daha sonra elle muayeneye geçilir. Bir kol başın yan tarafında yukarı kalkık halde iken diğer elin işaret, orta ve yüzük parmaklarının iç yüzü ile memenin tamamı daireler çizme, yukarıdan aşağı-aşağıdan yukarı çizgiler çizme veya meme ucuna doğru ışın çizme şeklindeki inceleme tarzlarından biri seçilerek yapılmalıdır.

Son olarak, sırt üstü yatar pozisyonda memeler tekrar muayene edilir. Düz bir zemin üzerine sırt üstü uzanarak muayene edilecek taraftaki kolun altına ince bir yastık ya da katlanmış bir havlu yerleştirilir. Ve yine elle aynı şekilde muayene edilir. Sırt üstü yatıldığında koltuk altı çukurunun ön, orta ve dış bölümleri de derinlemesine muayene edilmelidir.

Muayeneden sonra saptanan tüm kitle ve değişiklikler kanser olarak değerlendirilemez. Ancak, mutlaka doktor tarafından değerlendirilmesi gerekir.

#### **4- Üreme organ kanserlerinin erken tanısında kullanılan Pap Smear**

Kanserden korunma ve erken tanı için yıllık doktor muayeneleri ve Pap Smear testi önerilmektedir. Bu şekilde kadın üreme organ kanserlerine bağlı ölümlerde büyük bir azalma meydana geldiği gözlenmiştir.

Pap smear testi rahim ağzından alınan doku örneklerinin mikroskop altında incelenmesidir. Bu test rahim ağzının kötü huylu veya kötü huylu bir hastalığa dönüşme ihtimali olan değişiklikleri saptamak amacıyla yapılan bir tarama testidir. Bu test son derece basit, acısız ve zahmetsizdir. Uygulama süresi en fazla 10 dakikadır.

#### **Pap smear’da dikkat edilmesi gereken noktalar**

- ❖ Smear alınmasından 24 saat önce cinsel ilişkide bulunulmamalıdır.
- ❖ Smear alınmasından en az 72 saat önce hazneye herhangi bir krem ya da ilaç uygulanmamalı, hazne yıkanmamalıdır (vaginal duş yapılmamalı).
- ❖ Test için en ideal zaman adet kanamasının bitiminden 10 gün sonrasıdır.
- ❖ Adet kanamasından farklı bir kanama varlığında çok miktarda değilse smear alınabilir.

## **KONU : GENİTAL YOL ENFEKSİYONLARI**

**SÜRE : 20 dakika**

**AMAÇ : Genital yol enfeksiyonları hakkında bilgi kazandırmak**

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

**Kadınlar bu eğitimin sonunda;**

- Normal akıntının özelliklerini sayabileceklerdir.
- Genital yol enfeksiyonlarının belirti ve bulgularını söyleyebileceklerdir.
- Genital yol enfeksiyonlarından korunmak için gerekli hijyen kurallarını sayabileceklerdir.
- Genital yol enfeksiyonlarının tedavi sürecinde dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi sahibi olacaklardır.

### **YÖNTEM**

- Sunum
- Soru-cevap

### **ARAÇ – GEREÇ**

- Slayt

### **İŞLENİŞ**

#### **1- Normal akıntının özellikleri**

- ❖ Tüm kadınlarda ilk adetten 2-3 ay öncesi başlayıp menopoza kadar devam eden normal bir akıntı vardır.
- ❖ Normal akıntı; kokusuz, az miktarda, renksizdir.
- ❖ Kadınlarda adet döngüsünde normal akıntı özelliklerinde ve miktarında değişiklikler olur.
- ❖ Adet bittiğinde bir kaç gün hazneden akıntı gelmez.
- ❖ Adetten hemen önce, yumurtlama günlerinde, cinsel uyarı sırasında ce gebelikte akıntı artar.
- ❖ Yumurtlama günlerinde akıntı miktarı artar, incelir, daha yapışkan (yumurta akı kıvamı) olur. Bu günlerde korunmasız cinsel ilişki olursa kadının gebe kalma şansı yüksektir.
- ❖ Normal akıntının özelliklerini bilmek kadının kendi vücudunu tanıması ve enfeksiyonlar açısından önemlidir.

#### **2-Genital yol enfeksiyonlarının belirti ve bulguları**

- ❖ Normal akıntıdan farklı görülen akıntılar enfeksiyon belirtisi olabilir.
- ❖ Enfeksiyonlarda akıntının özelliklerindeki değişiklikler şunlardır:



- Sürekli çok miktarda olması (iç çamaşırı değiştirmeyi ya da ped kullanmayı gerektirecek kadar)
  - Kötü kokulu olması
  - Renginin koyu sarı, yeşil, kahverengi olması
  - Köpüklü, kanlı olması
  - Peynirimsi, süt keşiği keşiği kıvamında olması normal değildir.
- ❖ Anormal akıntının yanısıra idrar yaparken yanma hissi, cinsel ilişki sırasında ağrı, cinsel organ etrafında yara, kaşıntı, kızarıklık, bel ve kasık ağrısı gibi şikayetler de enfeksiyon olduğunu düşündürür.

### **3-Genital yol enfeksiyonlarından korunmaya yönelik öneriler**

- ❖ Anormal akıntılarda hiç beklenmeden doktora başvurulmalıdır.
- ❖ El ve vücut temizliğine özen gösterilmelidir.
- ❖ Tuvalete girmeden önce ve çıktıktan sonra eller bol su ve sabunla yıkanmalıdır.
- ❖ Taharetlenme işlemi önden arkaya doğru yapılmalıdır.
- ❖ Dış üreme organları kuru ve temiz tutulmalıdır.
- ❖ Külotların beyaz ve pamuklu kumaştan yapılmış olmasına özen gösterilmeli ve günlük olarak değiştirilmelidir. Naylon ve sıkı iç çamaşırları dış üreme organlarının havalanmasını engeller. Nemli ve sıcak bir ortam, enfeksiyonlar için uygun bir zemindir.
- ❖ Külotlar deterjandan iyice arındırılmalı ve ütülenmelidir.
- ❖ Başkalarına mikrop bulaştırmamak için kullanılan tuvaletlerin temizliğine her zaman özen gösterilmelidir.
- ❖ Taharetlenmede sabun, ilaçlı su, parfüm gibi maddeler kullanılmamalıdır. Hazneyi yıkamaya gerek yoktur. Hazneyi yıkamak doğal ortamını bozarak enfeksiyonlara uygun hale gelmesine neden olur.
- ❖ Adet döneminde kullanılan pedler bir kullanımlık olmalı, kanama miktarına göre 3-4 saatte bir değiştirilmelidir.
- ❖ Stres faktörleri giderilmelidir.
- ❖ Doğum ve kürtajlar hastane ortamında yaptırılmalıdır.
- ❖ Eşlerde birinin üreme organlarında enfeksiyon belirtileri varsa cinsel ilişkiden kaçınılmalı ve eşler birlikte tetkik ve tedavi olmalıdır.
- ❖ Kadınlar hiçbir sorunları olmasa bile yılda bir kez doktor kontrolünden geçmeli ve Pap Smear testi yaptırmalıdır. Bu kontroller belirti vermeyen veya geç belirti veren hastalıkların erken tanı ve tedavisi açısından önemlidir.
- ❖ Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmanın en etkili yolu çok eşlilikten kaçınmaktır. Cinsel eşte şüpheli belirtilerin olması durumunda prezervatif (kondom, kılıf) kullanılmalıdır.
- ❖ Cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtileri;
  - Kadınlarda; kasık ağrısı ve beraberinde akıntı, tek başına anormal akıntı, idrar yaparken yanma, dış üreme organlarında siğil ve yaralar

- Erkeklerde; penis ucundan akıntı, dış üreme organlarında siğil ve yaralar, idrar yaparken yanma

#### **4- Genital yol enfeksiyonlarının tedavi sürecinde dikkat edilmesi gerekenler**

- ❖ Tedavi için verilen ilaçlar şikayetler geçene kadar değil, önerildiği şekilde doğru ve zamanında kullanılmalıdır.
- ❖ Hazneye ilaç uygulamadan önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
- ❖ Tırnaklar kısa ve temiz olmalıdır.
- ❖ Tedavi süresince akıntının miktarı, rengi, kıvamı ve kokusundaki değişiklikler izlenmelidir.
- ❖ İlaç tedavi sırasında alkol alınmamalıdır.
- ❖ Her tualete girdikten sonra yalnızca dış organlar su ile yıkanmalı ve kurulanmalıdır.
- ❖ Sık sık banyo yapılmalıdır.
- ❖ Tedavi süresince cinsel ilişkiye ara verilmelidir. Hastalığın eşten bulaştığı belirlendiğinde cinsel ilişkide her zaman prezervatif kullanılmalıdır.
- ❖ Eşler birlikte tedavi edilmelidir.

## **KONU : İSTENMEYEN GEBELİKLERDEN KORUNMA YÖNTEMLERİ**

**SÜRE :** 20 dakika

**AMAÇ :** İstenmeyen gebeliklerden korunma hakkında bilgi kazandırmak

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

**Kadınlar bu eğitimin sonunda;**

- Aile planlaması kavramı hakkında bilgi sahibi olacaklardır.
- Kadının ve erkeğin kullandığı modern aile planlaması yöntemlerini sayabileceklerdir.

### **YÖNTEM**

- Sunum
- Soru-cevap
- Demonstrasyon

### **ARAÇ – GEREÇ**

- Slayt
- Aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber
- Yöntem örnekleri (rahim içi araç, hap, enjekte edilen kontraseptifler, kondom)
- Poster
- Broşür

### **İŞLENİŞ**

#### **1- Aile planlaması nedir?**

Ailelerin istedikleri sayıda, istedikleri zaman, istedikleri ara ile çocuk sahibi olabilmeleri aile planlaması yöntemleri ile mümkündür.

#### **Aile planlamasının anne sağlığına faydaları:**

- ❖ Sık aralıklarla çok sayıda gebelik oluşmasını önler.
- ❖ Sık doğuma bağlı ortaya çıkan kadın hastalıklarını önler.
- ❖ Zor doğuma bağlı tehlikeleri önler.
- ❖ Erken veya geç yaştaki doğumları önler.
- ❖ İstenmeyen gebelikleri ve düşükleri önler.
- ❖ Annenin ruh sağlığını korur.
- ❖ Sonuçta anne ölümlerini azaltır, toplumda sağlıklı anne sayısı artar.

İstenmeyen Gebelikleri Önlemek: İstenmeyen gebelikler çoğu kez, isteyerek yapılan düşükle sonlanarak kadın sağlığını olumsuz yönde etkileyen sonuçlara yol açabilir. İstenmeyen gebelikleri önlemek ancak etkili bir korunma yöntemi kullanmakla mümkündür.

Aşırı Doğurganlığı Önlemek: Çok sayıda doğum yapmak anne sağlığını bozar. Üçüncü doğumdan sonra gebelik ve doğumla ilgili tehlikeler artmaktadır. Özellikle beşinci doğumdan sonra anne ve bebeğin ölüm riski belirgin olarak artar.

Gebelik Aralığını Ayarlamak: Sık doğum yapmak annenin sağlığını bozar. Sağlıklı anne için iki doğum arasında en az 2-3 yıllık bir süre olmalıdır. Bu süre annenin geçirdiği gebeliğin sağlığını olumsuz olarak etkileyen etkilerinden kurtulması için gereken süredir.

Doğum Yaşını Ayarlamak: 20 yaşından önce ve 35 yaşından sonra yapılan doğumlar, anne ve çocuk ölümlerini önemli ölçüde artırmaktadır.

Sağlıklı Çocuklardan Oluşan Sağlıklı Bir Toplum Meydana Getirmek: Ailedeki çocuk sayısı çok fazla olmaz ise aile bu çocuklara yeterince zaman ayırıp maddi manevi gereksinimlerini daha iyi bir biçimde karşılayabilir. Böylece daha sağlıklı çocuklardan oluşan bir toplum meydana gelir.

Çocuk Sahibi Olmayan Ailelere Yardımcı Olmak: Aile Planlamasının diğer bir amacı da çocuk sahibi olamayan ailelere yardım etmek, yol göstermektir.

## **2- Kadının ve erkeğin kullandığı modern aile planlaması yöntemleri**

Kadına ve erkeğe ait modern aile planlaması yöntemleri vardır. Kadına ait olanlar rahim içi araç(RİA, spiral), hap, aylık ve üç aylık iğneler, deri altına takılan koruyucu çubuklar, diyafram, tüplerin bağlanmasıdır. Erkeğe ait olanlar ise prezervatif (kondom, kılıf) ve kanalların bağlanmasıdır.

### **RİA**

#### **Nedir?**

- ❖ Rahimin içine sağlık personeli tarafından yerleştirilen, plastik ve bakırdan yapılmış küçük bir araçtır.
- ❖ Gebeliği önlemede etkili bir yöntemdir (%99)

#### **Nasıl korur?**

- ❖ Erkek üreme hücrelerinin kadın yumurtasına ulaşmasını engelleyerek kadını gebe kalmaktan korur.

#### **Özellikleri:**

- ❖ Yerleştirildikten hemen sonra etkisi başlar ve 10 yıl boyunca etkilidir. Çıkarıldıktan hemen sonra gebelik geri döner.
- ❖ Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- ❖ Hiçbir ilaçla etkileşimi yoktur.
- ❖ Emziren annelerde kullanılabilir.
- ❖ Uygulamayı takiben ilk aylarda kasık ağrısı, lekelenme ve adet miktarında artma veya süresinde uzama olabilir.

### **Kimler kullanamaz?**

- ❖ Gebe ve gebelik şüphesi olanlar
- ❖ Adetleri aşırı ağrılı ve adet kanaması çok fazla olanlar
- ❖ Rahminde ve diğer üreme organlarında enfeksiyon, yapı bozukluğu ve kanser bulunanlar
- ❖ Birden fazla cinsel eşi bulunanlar

### **GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ HAPLAR**

#### **Nedir?**

- ❖ Kadının yumurtalıklarında yapılan iki hormonu (östrojen, progesteron) içeren haplardır.
- ❖ Doğru kullanıldığında etkili bir yöntemdir (%99)

#### **Nasıl korur?**

- ❖ Bu hormonlar rahim ağzındaki akıntıyı koyulaştırarak erkek üreme hücrelerinin rahime girmesine engel olur.
- ❖ Yumurtanın oluşumunu engeller.

#### **Özellikleri:**

- ❖ Her gün unutmadan, düzenli olarak ağızdan alınması gerekir.
- ❖ Bırakıldığında tekrar gebe kalınabilir.
- ❖ Hiç doğum yapmamış kadınların kullanmasında herhangi bir sakınca yoktur.
- ❖ Hap kullanmadan önce ve kullanırken belirli aralıklarla bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.
- ❖ Gebeliği önleyici haplar sağlık kuruluşlarından ve eczanelerden alınabilir.
- ❖ Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- ❖ Gebeliği önlemesinin yanı sıra kadın sağlığını olumlu yönde etkileyen başka etkileri de vardır: Adet dönemlerinin düzenli olmasını sağlar, adet kanaması sırasında olan ağrı ve sancuları azaltır, adet kanaması miktarını azaltarak, kansızlığın önlenmesine yardımcı olur ayrıca kadını yumurtalık ve rahim kanserine karşı korur.

### **Kimler kullanamaz?**

- ❖ Nedeni bilinmeyen kanaması olanlar
- ❖ 35 ve daha yukarı yaşta olup günde 15'den fazla sigara içen kadınlar
- ❖ Emziren anneler
- ❖ Damar sertliği, damar tıkanıklığı, tansiyonu yüksek (kan basıncı >160/100 mm/hg) ve felç öyküsü olanlar
- ❖ Karaciğer hastalığı olanlar (hastalık devam ettiği sürece)
- ❖ Şeker hastaları, safra kesesi hastalığı olanlar
- ❖ Yeni ameliyat geçirmiş ya da ameliyata hazırlananlar
- ❖ Migren

## ÜÇ AYLIK KORUYUCU İĞNELER

### Nedir?

- ❖ Düzenli olarak 3 ayda bir kez iğne şeklinde uygulanır ve kadınlık hormonlarından birini (progesteron) içerir.
- ❖ Doğru ve düzenli uygulandığında %99 etkili bir yöntemdir)

### Nasıl korur?

- ❖ Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahmin içine geçmesini önler.
- ❖ Kadının yumurtlamasını engeller.

### Özellikleri:

- ❖ Son derece etkili ve uygulaması kolaydır.
- ❖ Kadın isterse kullandığı bu yöntemi daha kolaylıkla gizleyebilir.
- ❖ Kadın iğneyi yaptırmak için sağlık kuruluşuna gelmelidir.
- ❖ Östrojen kullanamayan kadınlarca da kullanılabilir.
- ❖ Rahim ve yumurtalık kanserlerine karşı koruyucudur.
- ❖ Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- ❖ Emziren anneler kullanabilir. (6 haftadan sonra)
- ❖ Doğurganlığın geriye dönüşü gecikebilir.
- ❖ Cinsel yolla bulaşan karşı koruyucu değildir.
- ❖ Adet kanamalarında artma, azalma, lekelenme ve kesilme yapabilir.

### Kimler kullanamaz?

- ❖ Meme kanseri, tanısı ya da şüphesi olanlar
- ❖ Nedeni bilinmeyen kanaması olanlar
- ❖ Karaciğer hastalığı olanlar (hastalık devam ettiği sürece)
- ❖ Kalp krizi ve felç geçirmiş olanlar
- ❖ Damar tıkanıklığına bağlı kalp hastalığı (koroner arter hastalık) ve ağır hipertansiyonu olanlar
- ❖ 20 yıldan uzun süredir göz, böbrek veya sinir sistemi hasarıyla birlikte şeker hastalığı (diyabet) olanlar

## BİR AYLIK KORUYUCU İĞNELER

### Nedir?

- ❖ Düzenli olarak ayda bir kez iğne şeklinde uygulanır ve kadınlık hormonlarını (östrojen, progesteron) içerir.
- ❖ Doğru ve düzenli uygulandığında %99 etkili bir yöntemdir)

### Nasıl korur?

- ❖ Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahmin içine geçmesini önler.
- ❖ Kadının yumurtlamasını engeller.

### **Özellikleri:**

- ❖ Son derece etkili ve uygulaması kolaydır.
- ❖ Kadın isterse kullandığı bu yöntemi daha kolaylıkla gizleyebilir.
- ❖ Kadın iğneyi yaptırmak için sağlık kuruluşuna gelmelidir.
- ❖ Rahim ve yumurtalık kanserlerine karşı koruyucudur.
- ❖ Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- ❖ Doğurganlığın geriye dönüşü gecikebilir.
- ❖ Cinsel yolla bulaşan karşı koruyucu değildir.
- ❖ Adet kanamalarında artma, azalma, lekelenme ve kesilme yapabilir.

### **Kimler kullanamaz?**

- ❖ Meme kanseri, tanısı ya da şüphesi olanlar
- ❖ Nedeni bilinmeyen kanaması olanlar
- ❖ 35 ve daha yukarı yaşta olup günde 15'den fazla sigara içenler
- ❖ Damar sertliği, damar tıkanıklığı, yüksek tansiyonu (kan basıncı >160/100 mm/hg) ve felç öyküsü olanlar
- ❖ Karaciğer hastalığı olanlar (hastalık devam ettiği sürece)
- ❖ Şeker hastaları, safra kesesi hastalığı olanlar
- ❖ Yeni ameliyat geçirmiş ya da ameliyata hazırlananlar
- ❖ Emziren anneler
- ❖ Östrojen alması sakıncalı olan kadınlar
- ❖ Migreni olan kadınlar

### **DİYAFRAM**

#### **Nedir?**

- ❖ İnce kauçuktan yapılmış, rahmin ağzını örten şapka şeklinde bir araçtır.
- ❖ Doğru kullanıldığında %94 etkilidir.

#### **Nasıl korur?**

- ❖ Erkek tohum hücrelerinin haznedenden rahme geçmesini engeller.

#### **Özellikleri:**

- ❖ Uygulanması konusunda eğitilen kadınlar, kendi kendilerine uygulayabilir.
- ❖ Cinsel yolla bulaşan karşı kısmen koruyucudur.
- ❖ Sadece cinsel ilişki sırasında kullanılması gerekir. 6 saat öncesinden yerleştirilebileceği için cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- ❖ Adet düzenini etkilemez.
- ❖ Emziren kadınlar da kullanabilir.
- ❖ Aynı diyaframı 2 yıl süreyle kullanmak mümkündür.
- ❖ Koruma etkisi RİA, hap, iğne, Norplant gibi modern yöntemlerden daha düşüktür.
- ❖ Kadının parmaklarını haznesine sokması ve yerleştirmesi gerekir. Bunu öğrenmek zaman alabilir.
- ❖ Diğer yöntemleri uygulamakta zorluk çeken kadınlar için uygundur.

### **Kimler kullanamaz?**

- ❖ Hazne, rahim ya da rahim ağzında şekil ya da pozisyon bozukluğu olan kadınlar
- ❖ Mesanesi ve rahmi aşağı sarkmış olan kadınlar
- ❖ Sık sık mesane iltihabı geçiren kadınlar
- ❖ Kauçuk ya da spermisite alerjisi olan kadınlar
- ❖ Son 6 hafta içinde doğum yapmış olan kadınlar
- ❖ Toksik şok sendromu öyküsü olan kadınlar

### **DERİ ALTINA TAKILAN KORUYUCU ÇUBUK (İmplant)**

#### **Nedir?**

- ❖ Kolun iç kısmına yerleştirilen ve kibrit çöpü büyüklüğünde silikon çubuktur.
- ❖ Çok etkilidir.

#### **Nasıl korur?**

- ❖ Çubuğun içindeki hormon vücuda yavaş yavaş verilir.
- ❖ Kadının yumurtalıklarında yumurta hücrelerinin gelişip atılmasını engeller.
- ❖ Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahim içine girmesini engeller.

#### **Özellikleri:**

- ❖ İmplanon, deri altına yerleştirilen ve 3 yıl süre ile yüksek oranda doğum kontrolü sağlayan bir çubuktur. 4 cm uzunluğunda ve 0,2 cm çapındadır.
- ❖ Eğitim almış hekim veya hemşire tarafından basit bir yöntemle üst kola yerleştirilir.
- ❖ Kullanılması kolaydır. (3 yılda sadece 1 kez uygulanması yeterlidir)
- ❖ Menarştan menopoza dek her yaşta güvenle kullanılabilir.
- ❖ Hatırlamayı gerektirmez.
- ❖ Cinsel ilişkiden bağımsızdır.
- ❖ Östrojene bağlı yan etki olmaz.
- ❖ Çıkarılınca doğurganlık 3 ay içinde geri döner.
- ❖ Emziren anneler (6. haftadan sonra) kullanabilir.
- ❖ Sigara içenler kullanabilir.

### **Kimler kullanamaz?**

- ❖ Kullanıcı yöntemi kendi kendine bırakamaz.
- ❖ CYBE'lere karşı koruyuculuğu yoktur.
- ❖ Meme kanseri, tanı konulmamış kanaması olanlar kullanamaz.
- ❖ Karaciğer hastalığı. tüberküloz, epilepsi, iskemik kalp hastalığı ve hipertansiyon olanlar için uygun değildir.

### **TÜPLERİN BAĞLANMASI**

#### **Nedir?**

- ❖ Kadında yumurtayı taşıyan tüplerin ameliyatla bağlanmasıdır.
- ❖ Uygulandıktan sonra artık gebe kalınmaz.



- ❖ Tüplerin bağlanması, kadının cinsel isteğinde, adet düzeninde, vücut yapısında herhangi bir değişiklik meydana getirmez, bütün bu olaylar eskisi gibi devam eder.
- ❖ Yaklaşık %100 etkilidir. Gebe kalma olasılığı yok denecek kadar azdır.

#### **Nasıl korur?**

- ❖ Kadınlarda yumurtalıktan atılan yumurta hücresi tüplerden geçerek rahme ulaşır. Tüpler kapatılınca, kadının yumurta hücresi erkek tohum hücresiyle birleşemediğinden döllenme olmaz.

#### **Özellikleri:**

- ❖ Kolay bir ameliyatla, kadını ömür boyu gebelikten kesin bir şekilde korur.
- ❖ Anne sütüne zararlı etkisi yoktur.
- ❖ Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- ❖ Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.
- ❖ Uygulanması için ameliyathane ve uzman gerektirir.
- ❖ Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucu değildir.
- ❖ Geri dönüşü olmayan bir aile planlaması yöntemi olduğundan ileride pişmanlık duyulmaması için işlemden önce mutlaka danışmanlık hizmeti alınmalı, bilinçli olarak karar verilmelidir.

#### **Kimler kullanamaz?**

- ❖ İsteddiği sayıda çocuğu olmayanlar
- ❖ Kendisi ya da eşi, ileride başka çocuk isteyebilecek olanlar
- ❖ Kararından emin olmayanlar
- ❖ Baskı altında karar vermiş olanlar

#### **PREZEVATİF (KONDOM, KILIF)**

##### **Nedir?**

- ❖ Erkekler tarafından kullanılan, bir çeşit kauçuktan yapılmış, çok ince ve esnek bir kılıftır.
- ❖ Doğru kullanıldığında %97 etkilidir.

##### **Nasıl korur?**

- ❖ Cinsel ilişki sırasında erkekten atılan meni içerisindeki erkek tohum hücrelerinin kadının haznesine dökülmesini engelleyerek gebelikten korur.

##### **Özellikleri:**

- ❖ Eşleri cinsel ilişki ile bulaşan enfeksiyonlardan (AIDS, frengi, bel soğukluğu gibi) korur.
- ❖ Erkeklerin aile planlamasına katılımını sağlar.
- ❖ Korunmak isteyen her yaştaki erkekler için uygundur.
- ❖ Kullanmak için muayeneye gerek olmayıp, reçetesiz olarak eczane ve büyük alışveriş merkezlerinden kolayca satın alınabilir.
- ❖ Sağlığa hiçbir zararı yoktur, her yaştaki erkekler kullanabilirler
- ❖ Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- ❖ Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerekir.
- ❖ Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır.

- ❖ Başka yöntemleri kullanamayanlar ve seyrek cinsel ilişkide bulunanlar içinde uygundur.

#### **Kimler kullanamaz?**

- ❖ Kauçuğa alerjisi olanlar

### **ERKEKTE KANALLARIN BAĞLANMASI**

#### **Nedir?**

- ❖ Erkeğin tohum kanallarının ameliyatla bağlanmasıdır.
- ❖ Uygulandıktan sonra erkek artık gebe bırakamaz.
- ❖ Tohum kanallarının bağlanması, erkeğin görünümünde, cinsel arzu ve yeterliliğinde, cinsel doyumunda, erkeklik organının (penisin) sertleşmesinde ve boşalmasında hiçbir değişiklik yapmaz, bütün bu olaylar eskisi gibi devam eder.
- ❖ Yaklaşık %100 etkilidir. Gebe bırakma olasılığı yok denecek kadar azdır.

#### **Nasıl korur?**

- ❖ Erkeklerde hayalarda oluşan erkek tohum hücreleri, tohum kanalları bağlanıp kesildiği için, cinsel ilişki sırasında boşalan sıvıya (meniye) geçmez ve kadının yumurtasını dölleyemez.
- ❖ Erkek tohum hücreleri vücut tarafından emilir.

#### **Özellikleri:**

- ❖ Geri dönüşü olmayan bir aile planlaması yöntemi olduğundan ileride pişmanlık duyulmaması için işlemden önce mutlaka danışmanlık hizmeti alınmalı, bilinçli olarak karar verilmelidir.
- ❖ Kolay bir ameliyatla, erkeğin kadını gebe bırakması ömür boyu kesin bir şekilde engellenir.
- ❖ Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- ❖ Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.
- ❖ Koriyuculuğun başlaması hemen olmaz, zaman alır.(20 boşalma ek yöntem)
- ❖ Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda korumaz.
- ❖ Kesinlikle bir daha çocuk sahibi olmak istemeyenler ve çocuk sahibi olması sakıncalı olanlar çiftler için uygundur.

#### **Kimler kullanamaz?**

- ❖ İsteddiği sayıda çocuğu olmayanlar
- ❖ Kendisi ya da eşi, ileride başka çocuk isteyebilecek olanlar
- ❖ Kararından emin olmayanlar, baskı altında karar vermiş olanlar

## KAYNAKLAR

- Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Damla Matbaacılık, Ankara, 2010.
- Aile Planlaması Kurs Rehberi (Sağlık Yüksek Okulları Ebelik, Hemşirelik Bölümü). Hacettepe Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Johns Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı ve Sağlık Eğitimi genel Müdürlüğü. Ankara, 2000.
- Gökdemirel SÖ, Coşkun A. Doğal Aile Planlaması Yöntemlerinden Billings Ovulasyon Yönteminin Uygulanması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2011; 2: 33- 48.
- <https://www.diyetkolik.com/egzersiz-nedir/>
- [http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/fiziksel\\_aktivite\\_veli.pdf](http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/fiziksel_aktivite_veli.pdf)
- <http://www.hijyen.com.tr/etiket/kisisel-temizlik>
- <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=124>
- Demirci H. Kadın Üreme Sağlığı Eğitim Modülü Eğitici El Kitabı, 2003.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Serviks kanseri tarama programı, 2013.



## EK 10. Katılım Belgesi

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

**KATILIM BELGESİ**

Sayın;.....

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
tarafından ..... Mart 2015 tarihinde düzenlenen "Kadınlarda Üreme  
Sağlığını Koruyucu Davranışlar" konulu eğitime katılmıştır.

Öğr. Gör. Serpil ÖZBAŞ  
SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı  
Anabilim Dalı

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

## EK 11. Özgeçmiş

### ÖZGEÇMİŞ

<b>Ad:</b>	<b>SERPİL</b>
<b>Soyad:</b>	<b>ÖZBAŞ</b>
<b>Doğum Yeri:</b>	<b>Isparta</b>
<b>Doğum Tarihi:</b>	<b>02/04/1976</b>
<b>Görev Yeri:</b>	<b>Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi - Isparta</b>
<b>Yabancı Dil:</b>	<b>İngilizce</b>
<b>E-Posta Adresi</b>	<b>sozbas12@hotmail.com</b>

<b>Tarih</b>	<b>Eğitim</b>
<b>1994-1998</b>	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu (Lisans eğitimi)
<b>1999-2002</b>	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Yüksek Lisans)
<b>2012- Halen</b>	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Doktora)
<b>Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.</b>	
<b>2000</b>	Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve JHPIEGO kuruluşu tarafından yürütülen Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Projesi eğitici eğitimi
<b>Akademik Ünvanları</b>	
<b>1998-1999</b>	Uzman
<b>1999- Halen</b>	Öğretim Görevlisi
<b>İş Tecrübesi</b>	
<b>1998-1999</b>	SDÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Uzman
<b>2004-2005</b>	SDÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Görevlisi /SDÜ Araş. Uyg. Hast. Şevket Demirel Kalp Merkezi Kat Başhemşiresi
<b>2005-2006</b>	SDÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Görevlisi /SDÜ Araş. Uyg. Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı
<b>2006- Halen</b>	Öğretim Görevlisi
<b>Varsa, Araştırmacı Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar</b>	
<b>2001</b>	"Isparta'daki 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları", SDÜ Araştırma Fonu, Proje No:435.

Özgeçmiş Sahibinin Adı ve Soyadı: Serpil ÖZBAŞ

Tarih:30/06/2016

İmza: