

**T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ERKEK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EŞLERİNE
GEBELİK, JİNEKOLOJİK MUAYENE VE MEME
SAĞLIĞI KONTROLLERİNDEKİ DESTEKLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞE GÜL BURSA

İSTANBUL – 2018

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ERKEK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EŞLERİNE
GEBELİK, JİNEKOLOJİK MUAYENE VE MEME
SAĞLIĞI KONTROLLERİNDEKİ DESTEKLERİ

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞE GÜL BURSA

DANIŞMAN

PROF. DR. HEDİYE ARSLAN ÖZKAN

İSTANBUL - 2018

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü



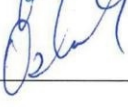
Program : Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Başlığı : Erkek Sağlık Çalışanlarının Eşlerine Gebelik, Jinekolojik Muayene ve Meme Sağlığı Kontrollerindeki Destekleri

Tez Sahibi : Ayşe Gül Bursa

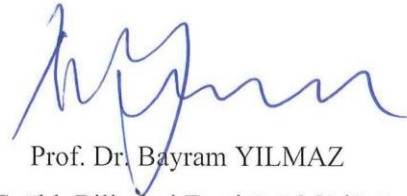
Sınav Tarihi : 16 Mart 2018

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	İmza
Jüri Başkanı:	Doç.Dr.Şenay Uzun	
Tez danışmanı:	Prof.Dr.Hediye Arslan Özkan	
Üye:	Yard.Doç.Dr.Özlem Can Gürkan	
Üye:		
Üye:		

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

Tarih

İmza

Ayşe Gül BURSA



İTHAF

Bu tez çalışmasını yaşamım boyunca desteklerini benden esirgemeyen canım annem ve babama, tanıdığım günden itibaren her anımı kıymetlendiren sevgili eşime ve bana en güzel, en özel duyguları yaşatan, anneliği tattıran, varlığıyla hayatımı anlamlandıran biricik kızım Beril'ime ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmam boyunca beni çok kıymetli bilgileri ile yönlendiren, göstermiş olduğu emek, destek ve anlayışından dolayı başta çok değerli hocam Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan'a,

Lisansüstü eğitimimde büyük katkıları olan saygıdeğer hocalarıma,

Bana her zaman koşulsuz destek olan kıymetlilerim annem Ayten Yazmacı ve babam İsmail Yazmacı'ya,

Sevgi ve saygısıyla hep yanımda olan canım eşim Volkan Bursa'ya,

Varlığına sonsuz şükrettiğim meleğim, kızım Beril Bursa'ya,

Tez çalışmam boyunca yanımda bulunan tüm dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	ix
SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Problemin tanımı ve önemi	1
1.2. Araştırmanın amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik Muayeneleri	4
2.1.1. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin amacı	5
2.2. Jinekolojik Muayeneler	10
2.2.1. Jinekolojik kanserler	11
2.2.1.1. Serviks kanseri	11
2.2.1.1.A. Serviks kanserinde tarama önerileri	13
2.2.1.1.B. HPV testi	14
2.2.1.1.C. Pap smear testi	14
2.2.1.2. Endometrium kanseri	15
2.2.1.3. Over kanseri	16
2.2.2. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar	18
2.3. Meme Muayeneleri	20
2.3.1. Meme kanseri taramaları	21
2.3.2. Kendi kendine meme muayenesi	23
2.3.3. Klinik meme muayenesi	24
2.3.4. Mamografi	24
2.4. Eş Desteği	26
2.5. Araştırmanın Hemşirelik İçin Önemi	30
3. GEREÇ ve YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni	32

3.2. Araştırma Soruları	32
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	32
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.5. Araştırmaya Katılma Kriterleri	33
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	33
3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	33
3.8. Araştırmanın Uygulanması	34
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	34
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	34
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	53
5.1. Erkek sağlık çalışanlarının ve eşlerinin üreme sağlığına ilişkin bulgularının tartışılması	53
5.2. Gebelik muayeneleri ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların tartışılması	54
5.3. Jinekolojik muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların tartışılması	55
5.4. Meme muayeneleri ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların tartışılması	57
5.5. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların mesleklerine göre tartışılması	58
5.6. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların yaşlarına göre tartışılması	62
5.7. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların evlilik sürelerine göre tartışılması	63
5.8. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların maddi gelir düzeylerine göre tartışılması	64
5.9. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların eş çalışma durumuna göre tartışılması	65
5.10. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların eş yaşlarına göre tartışılması	65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	67
6.1. Sonuçlar	67

6.2. Öneriler	69
7. KAYNAKLAR	70
8. EKLER	85
8.1. EK-1. Erkek Sağlık Çalışanı Bilgilendirme Formu	85
8.2. EK-2. Veri Toplama Formu	86
8.3. EK-3. Etik Kurul Onayı	89
9. ÖZGEÇMİŞ	90



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Doğum Öncesi Bakım Yönetimi

Tablo 2.2. Yıllara Göre Gebe İzlem Sayısı

Tablo 2.3. Ülkemizde Over, Endometrium ve Serviks Kanseri Nedenli Ölümlerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 2.4. Onbeş Yaş ve Üzeri Kadınların Smear Yaptırma Durumunun Dağılımı

Tablo 2.5. Meme Kanseri Taramaları Ulusal Programına Göre Tarama Yöntemleri Uygulama Sıklığı

Tablo 2.6. Onsekiz Yaş ve Üzeri Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumunun Dağılımı

Tablo 2.7. Onbeş Yaş ve Üzeri Kadınların Mamografi Çektirme Durumunun Dağılımı

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler ve Anlamlılık Düzeyleri

Tablo 4.1. Sağlık Çalışanlarının ve Eşlerinin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgularının Dağılımı

Tablo 4.2. Sağlık Çalışanlarının ve Eşlerinin Üreme Sağlığına Yönelik Sorulara Yanıtlarının Dağılımı

Tablo 4.1.1. Eşlerinin Gebelik Muayeneleri Hakkında Erkek Sağlık Çalışanlarının Düşüncelerinin Mesleklere Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 4.1.2. Eşlerinin Gebelik Muayeneleri Hakkında Erkek Sağlık Çalışanlarının Düşüncelerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 4.2.1. Eşlerinin Jinekolojik Muayeneleri Hakkında Erkek Sağlık Çalışanlarının Düşüncelerinin Mesleklere Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 4.2.2. Eşlerinin Jinekolojik Muayeneleri Hakkında Erkek Sağlık Çalışanlarının Düşüncelerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 4.3.1. Eşlerinin Meme Muayeneleri Hakkında Erkek Sağlık Çalışanlarının Düşüncelerinin Mesleklere Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 4.3.2. Eşlerinin Meme Muayeneleri Hakkında Erkek Sağlık Çalışanlarının Düşüncelerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

CYBE	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
SB	Sağlık Bakanlığı
DÖB	Doğum öncesi bakım
HPV	Human papilloma virüs
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ASM	Aile sağlığı merkezi
TSM	Toplum sağlığı merkezi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
AB	Avrupa Birliği
ACS	Amerikan Kanser Birliği
KETEM	Kanser Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezleri
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
IARC	Uluslararası Kanser Araştırma Örgütü
KKMM	Kendi kendine meme muayenesi
KMM	Klinik meme muayenesi
HSV	Herpes simplex virüs
MRG	Manyetik rezonans görüntüleme

ÖZET

BURSA A. G. (2018) Erkek sağlık çalışanlarının eşlerine gebelik, jinekolojik muayene ve meme sağlığı kontrollerindeki destekleri. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Giriş ve Amaç: Kadın sağlığının korunması ve sürdürülmesinde düzenli yapılan taramaların önemi oldukça büyüktür. Gebelik muayeneleri; gebelik sürecinin problemsiz geçmesinde, sağlıklı doğum yapmada ve anne-bebek sağlığının korunmasında, jinekolojik muayeneler; kanserlerin, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) ve jinekolojik rahatsızlıkların tespitinde, meme muayeneleri ise mortalite oranı yüksek olan meme kanserlerinin tespitinde büyük öneme sahiptir. Sağlıklı bir aile yapısı eşlerin her ihtiyaç duyduklarında birbirlerine destek olmaları temeline dayanmaktadır. Eş desteği alan çiftlerin evlilik uyumu, evlilik doyumu daha yüksek, sorunlarla başatme mekanizmaları daha güçlü, depresyon yaşama ihtimalleri daha düşük, pozitif düşünme oranları daha yüksektir. Bu çalışmada taramaların önemi hakkında bilgi sahibi olan erkek sağlık çalışanlarının, kadın sağlığının büyük parçası olan sağlık taramalarındaki etkisi, muayenelerde eşlerinin yanında bulunma durumu, muayene yaptırmadaki destekleri araştırılmak istenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini, İstanbul GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde çalışan hekim, sağlık teknisyeni ve hasta bakıcılardan oluşan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, evli 176 erkek sağlık çalışanından oluşmaktadır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu kullanılmıştır. Veriler; SPSS 20.0 programında, tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde) ve Ki Kare testi kullanılarak, %95'lik güven aralığında ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Erkek sağlık çalışanlarının %69.9'unun eşinin üreme sağlığı kontrollerini kendi çalıştığı kurumda yaptırdığı, %83'ünün bu kontrolleri yaptırmak için tanıdık hekimleri tercih ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların %57.4'ünün erkek sağlık çalışanı olan eşlerinin üreme sağlığı kontrollerinde yanlarında bulunduğu ve %93'ünün eşi ile eşinin üreme sağlığı problemleri hakkında konuşabildiği tespit edilmiştir. Gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri hakkında bilgi ve eğitim alma durumunun, hekim eşlerinde, maddi gelir düzeyi yüksek olanlarda ve kamu kurumunda çalışan eşlerde yüksek olduğu, kadınların yaşı arttıkça gebelik, jinekolojik ve meme

muayeneleri hakkında eğitim alma durumlarının azaldığı, yeni evli erkek sağlık çalışanı eşlerinin gebelik muayeneleri hakkında eğitim alma oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Eş ile gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri hakkında konuşma durumunun hekimlerde yüksek, maddi geliri düşük olanlarda düşük olduğu belirlenmiştir. Eş yaşının ilerlemesi ile eşlerin gebelik ve jinekolojik muayeneler hakkında konuşabilme oranlarının azaldığı tespit edilmiştir. Teknisyenlerin eşleriyle meme ve jinekolojik muayene yaptırmada daha fazla konuşabildiği saptanmıştır. 40 yaş ve üzeri erkek sağlık çalışanlarının eşleri ile gebelik ve jinekolojik muayene yaptırmada daha az konuştuğu bulunmuştur. Eşler arasında meme muayenesi yaptırmada konuşma durumu yeni evli çiftlerde daha yüksek, maddi geliri düşük olan erkek sağlık çalışanlarında ise daha düşük olarak tespit edilmiştir. Gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerinde eşin yanında bulunma durumu gelir düzeyi düşük olan erkek sağlık çalışanı grubunda daha düşük bulunmuştur. Gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerinde teknisyenlerin ve 30-39 yaş grubunun eşlerine manevi destek gösterme oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gebelik ve jinekolojik muayene yaptırmak için eşinden en fazla destek gören kadınların 30-39 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Erkeklerle, özellikle sağlık çalışanı olanlara, eş desteğinin önemi hakkında eğitimler düzenlenmesi, bu çalışmanın daha geniş kapsamlı gruplarda ve her iki cinsiyeti de kapsayacak şekilde yapılması, kadınların eş desteğine ihtiyaç duyduğu tıbbi işlemlerde eşlerinin yanlarında bulunmalarını sağlayacak hastane politikalarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanı, Gebelik muayenesi, Jinekolojik muayene, Meme muayenesi, Eş desteği

ABSTRACT

BURSA A.G. (2018) The support of male health professionals to their wives on pregnancy, gynecologic examinations and breast health controls. Yeditepe University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, The Master Thesis. Istanbul.

Introduction and Aim: Screening tests and examinations committed on regular basis have a great importance on protection and sustainment of women health. Clinical pregnancy examinations have a crucial role on allowing pregnancy processes to continue without any complications and delivering a healthy birth and protecting maternal and infant health care, gynecologic examinations are crucial on detecting sexually transmitted diseases, gynecologic sicknesses and tumors. Breast examinations have a great importance on the evaluation of breast tumors which have high mortality rates. A healthy family structure is based on the ground of couples supporting one another whenever they require. Married couples receiving spousal support have higher marital adjustment and marital satisfaction, stronger coping mechanisms for the problems, low possibility for having depression and having higher rates for positive thinking. In this study, the main intention is to research the effects of the male health professionals –who are acknowledged on importance of screening- on women’s health screening, their status of presence within the examinations next to their wives and the support they give to have these examinations.

Materials and methods: The sample of the study consist of 176 married male health professionals admitted to participate the study voluntarily and working at the GATA Haydarpasa Training Hospital, Istanbul as doctor, medical technician and nursing staffs. A data gathering form, prepared by the researcher is used for gathering the data. Data were evaluated in SPSS 20.0 program, descriptive statistical analyses (number, percent) Pearson Chi-Square Analysis with %95 trust interval, $p < 0.05$ meaning level.

Results: The research showed that; %69.9 of the male health professionals made their wives’ reproductive health controls at the organisation where they work, %83 of them prefer acquaintance medical doctor for their wives’ health controls. %57.4 of the male health professionals were accompanied by their wives on their reproductive health controls and it is detected that %93 of these wives could speak with their husbands on their reproductive health problems. The knowledge and the educational status about

pregnancy, gynecologic and breast examinations were detected high in doctor spouses, those with high income levels and those working at government institutions. It was conducted that as the age of wives are increasing, the education status on pregnancy, gynecologic and breast examinations were decreasing. Also detected was that recently married participant wives ratio on education status on pregnancy were higher than the other groups. Talking about pregnancy, gynecologic and breast examinations with their wives were determined high in the group of doctor participants, on the other hand was lower in the group of low income participants. The spousal ability to talk about pregnancy and gynecological examinations were identified as decreasing parallel to the increasing age of the wives. It was determined that medical technicians could talk more about breast and gynecological examinations with their wives. The participants above 40 years of age are conducted to be talking less about pregnancy and gynecological examinations with their wives. Talking about breast examination among couples was detected higher on recently married couples and found low on the low income participant group. The presence of the participants on the examinations of their wives was found lower in participant groups with low income. The ratio of the moral support level on pregnancy, gynecologic and breast examinations was detected high in the medical technician group and the 30-39 age group of participants. It has been determined that women who receive the most support from the spouse for pregnancy and gynecological examination are in the 30-39 age group.

Conclusion and recommendations:

It is proposed to develop hospital policies to ensure that providing the spousal support when it's needed for women during the medical procedures. It also advised, to organize educational trainings on the importance of spousal support to men and especially to male health professionals, and to conduct this study in a wider range of groups and to cover both genders.

Key words: Health professionals, Pregnancy examination, Gynecologic examination, Breast examination, Spousal support

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin tanımı ve önemi

Sağlığın korunmasında ve hastalıkların önlenmesinde, düzenli sağlık kontrolleri ve taramaları yadsınamayacak büyüklükte bir önem arz etmektedir. Kadın sağlığının korunması amacıyla yapılan kontroller içerisinde yer alan gebelik muayenesi; annenin sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmesinde ve sağlıklı bir bebeğin dünyaya gelmesinde, jinekolojik muayene; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE), genital kanserlerin erken dönemde teşhisinde ve genital sağlığın etkilendiği durumların belirlenmesinde, meme muayenesi ise meme kanserlerinin erken teşhis ve tedavi edilmesinde büyük öneme sahiptir (6,56).

Gebelik boyunca annenin ve bebeğin durumunun yakın izlemine imkan sağlayan, gebelikteki riskleri ve bu risklerin etkilerini önlemeye yönelik oluşturulan doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde önemli bir yere sahip olup, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir (138). Gebelik takibi, ülkemizde ve dünyada anne ve bebek ölümlerinin en aza indirilmesi için önem verilmesi gereken bir konudur. Sağlıklı yeni nesiller yetiştirebilmek, öncelikle sağlıklı bir gebelik ve doğum süreci geçirmekle mümkündür (130). DÖB, hem anne adayının hem de doğacak bebeğin sağlığı ve yaşamı açısından, gebe kadının; gebeliği süresince düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir. Gebelik sırasında yaşanan sağlık sorunlarının pek çoğu teşhis ve tedavi edilebilir olmakla beraber gebelik, doğum ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenleridir (71). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı (SB) DÖB ile tüm gebelerin, gebelikleri süresince en az dört kez izlenmesi gerektiğini, birinci izlemin ilk 14 hafta içerisinde, ikinci izlemin 18-24. haftalar arasında, üçüncü izlemin 30-32. haftalar arasında, dördüncü izlemin 36-38. haftalarda yapılmasını önermiştir. Riskli gebelerde ise, belirtilen izlem sayısı ve içeriği değiştirilerek, risk faktörünün özelliğine göre gebenin daha sık izlenmesi önerilmiştir (4,135).

Tarama muayenelerinin etkili olduğu diğer bir alan ise jinekolojik ve meme kanserlerinin tespitidir. Kontrolsüzce büyüyen ve yayılan hücreler olarak tanımlanan kanser, morbidite ve mortaliteye neden olarak, bireyi, aileyi ve toplumu; fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik açıdan etkileyen önemli bir evrensel sağlık sorunudur (94,158). Meme kanseri ve jinekolojik kanserler, kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle çok yönlü olarak ele alınmalıdır. Çünkü bu kanserlerin tanı ve tedavi

işlemleri sırasında, diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunların yanı sıra beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneği ile ilgili önemli endişeler ortaya çıkmaktadır (50,138).

Dünya kanser istatistiklerine göre; ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra kanser, ikinci sırada yer almaktadır (136). Dünya genelinde, 2012 yılında 14.1 milyon yeni kanser vakası ve 8.2 milyon kansere bağlı ölüm olduğu tahmin edilmektedir. Yeni kanser vakalarının %57'si (8 milyon) ve kansere bağlı ölümlerin %65'i (5.3 milyon) dünyanın az gelişmiş bölgelerinde ortaya çıkmıştır (80). 2002 yılında ülkemizde kanserden ölümler, tüm ölümlerin %12'sini oluşturmaktayken bu oran 2014'te %20.7'ye çıkmıştır (136). Kanser vakalarında benzer artış devam ettiği sürece 2030 yılında 2008 verilerine göre yeni vakalarda %75 artış olması öngörülmektedir. 2014 yılı istatistik verilerine göre kadınlarda en sık görülen kanser sıralamasında meme kanseri insidansı yüzbinde 43 oran ile ilk sırayı alırken uterus kanseri insidansı yüzbinde 9.8 oranla 4. sırada, over kanseri insidansı yüzbinde 6.1 oranla 7. sırada ve serviks kanseri yüzbinde 4 oran ile 10. sırada yer almaktadır (137).

Tarama programları kadınların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyecek bir çok hastalıkla karşılaşmasını önlemektedir (145). Tarama testleri, henüz hastalık belirtileri göstermeyen fakat hastalık olma ihtimali bulunan kişilere uygulanmaktadır. Buradaki hedef herhangi bir belirti göstermeyen kişilerde hastalığa dair bir bulgu varsa erken dönemde daha ileri yöntemler ile doğrulanmak üzere ortaya çıkarılmasıdır. İnsanları, taramalar ile semptomların bulunmadığı dönemde yakalamak, hem birey hem de toplum açısından büyük önem taşımaktadır (21).

Tarama muayeneleri CYBE ve kanserlerin erken tanısını sağlamakta ve bu hastalıkların yönetimini büyük ölçüde etkilemektedir. Aynı zamanda düzenli ve etkili yapılan DÖB muayeneleri, fizyolojik bir durum olan gebelik süreci ve doğumun sağlıklı olarak gerçekleşmesinde önemli rol oynamaktadır. DÖB hizmetleri ve tarama muayenelerinin ana esaslarından biri, sağlık çalışanlarının bu muayene ve süreçlere ilişkin eğitim verebilmesidir (138). Yeterince bilgi sahibi olan erkek sağlık çalışanlarının eşlerini bilgilendirmeleri ve eşlerine düzenli muayene yaptırma konusunda destek olmaları beklenmektedir. Bireyin ruh sağlığı ile yakından ilişkili olduğu düşünülen sosyal destek ve özellikle eş desteği, kadınların cinsel yaşamlarının olumsuz etkilenmesi, bir daha çocuk sahibi olamama korkusu, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkındaki problemler ve bilinmeyenlerin korkusu, bu durumların yarattığı ruhsal bozulmalarda oldukça etkilidir. Erkeklerin yaşanan olumsuzlukları farkederek eşlerine duygusal, sosyal ve psikolojik destek olabilmesi gerekmektedir. Sağlıklı bir aile

yapısının oluşturulması ve sürdürülebilmesi, eşler arasındaki ilişkinin saygı ve sevgi temeline dayalı olmasıyla ve eşlerin birbirlerine karşı destekleyici davranmalarıyla mümkündür (165). Eşten gelen destek başka hiçbirşeyle telafi edilemeyen ciddi bir rol oynamaktadır ve bunun sebebi eşlerin birbirlerine ihtiyaç duydukları her an bu ihtiyacı karşılayabilecek kapasitede olmalarıdır (38,68,132).

Son yıllarda önemi vurgulanan sosyal destek, özellikle eş desteği stres verici durumları ortadan kaldırmaya bile kadınların endişe ve çaresizlik duygusunu azaltmakta, stresle başa çıkmak için yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarını sağlamakta, kendine güveni arttırmakta ve stresin daha kolay tolere edilebilmesini sağlamaktadır. Ayrıca eş desteği, bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılamakta ve bu sayede eş desteğine sahip olan kişilerin fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkilenmektedir (164).

2.1. Araştırmanın amacı

Sağlık çalışanları kendi sağlıklarından sorumlu oldukları kadar tüm toplumun sağlığını korumak ve geliştirmekten sorumludur. Kadın sağlık çalışanlarının kendi sağlık taramalarını ne derece yaptıkları konusunda birçok literatür çalışması yapılmışken, erkek sağlık çalışanlarının kadın sağlığı muayenelerinde ne kadar etkili olduğu konusunda çalışma eksikliği söz konusudur. Düzenli ve yeterli içerikte yapılan muayenelerin kadın sağlığını koruma ve geliştirmedeki önemini bilen erkek sağlık çalışanlarının, en yakınlarındaki kadınlardan olan eşlerine, gerekli kadın sağlığı muayenelerini yaptırmaları için konuşma yapma durumları, bu muayeneler sırasında yanlarında bulunma durumları, muayene zamanlarının takibi gibi konulardaki desteklerini araştırmak ve bu konuda farkındalık yaratmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik Muayeneleri

Gebelik muayeneleri sağlıklı bir anne ve sağlıklı bir bebek gelişimi için oldukça gereklidir ve doğum öncesi bakım (DÖB) olarak nitelendirilmektedir. DÖB annenin ve bebeğin tüm gebelik süresince sağlıklarını korumak ve sürdürebilmek maksadıyla düzenli sıklıkta, ihtiyaç duydukları kadar muayenenin yapılması, gerekli önerilerde bulunarak sağlık çalışanları tarafından takip edilmesi olarak tanımlanmıştır (4,17,18,54,97,111). Kadının sayı olarak yeterli ve nitelikli DÖB hizmeti alması anne, çocuk ve üreme sağlığı hizmetlerinin en önemli parçalarından biridir. DÖB hizmetlerinin yeterli ölçüde ve uygun bir şekilde verilmesi; gebelik sürecini, doğum eylemini ve doğum sonu dönemini şekillendirmektedir. Gebelerin DÖB almalarının temel amacı; sağlıklı ve güvenli bir gebelik geçirmek ve bununla birlikte sağlıklı doğum yapabilmeyi sağlamaktır. Anne ve bebeğin sağlığını tehlikeye atabilecek riskli durumlardan korunmaya yönelik sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve doğabilecek komplikasyonların önlenmesi doğum öncesi dönemde sağlanır. Kadınlarda gebelik öncesinde var olan hastalıkların tanınması ve tedavi edilmesine imkan sağlayabilmek için DÖB'e mümkünse gebelik öncesinde başlanmalıdır. Sağlıklı bir gebelik ve doğum sürecinin yaşanması; gebelikten önce sağlık kalitesinin artırılması, kadınlık, doğum, cinsellik ve annelik hakkında pozitif bakış açısının geliştirilmesini gerektirir. Cinsel yönden aktif olan ve anne olmayı planlayan bir kadının sağlıklı bir şekilde gebeliğe hazırlanması önemlidir. Bu nedenle gebelik öncesi dönemde sağlığı etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi, erken tanı ve tedavisinin sağlanması gerekir. Gebe kalmayı planlayan çiftlerin üreme sağlığı hakkında bilgi sahibi olması gebeliğin olumlu sonuçlanmasında önemli bir yer tutmaktadır. DÖB hizmetleri kapsamında; gebelikte sıkıntı yaratabilecek durumlar gebelik öncesinde ortadan kaldırılmalı, gebelikten kaynaklanan sorunlar giderilmeli, bebeğin ve gebenin durumlarını saptamak amacıyla tetkik ve muayeneler yapılmalı, olası problemlerden korumak için anneye ve babaya danışmanlık yapılarak eğitim verilmelidir. Sağlıklı gebelik süreci geçirmek, sağlıklı bir doğum gerçekleştirmenin en doğru yoludur. Erken dönemde başlayan ve düzenli aralıklarla sürdürülen DÖB, sağlıklı bir gebelik süreci yaşama olasılığını arttırmaktadır (4,17,18,54,55,97,103,111,166).

2.1.1. DÖB hizmetlerin amaçları;

- Annede var olan veya gebelik sırasında gelişebilecek hastalıkları saptamak, gerekli ise tedavi etmek ve annenin genel sağlık düzeyini yükseltmek, gerekli ise uygun sağlık merkezlerine sevk etmek,
- Riskli gebelikleri belirlemek, izlemleri ona göre düzenlemek,
- Gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkabilecek sıkıntıları önlemek ve bu konuda tetikte olmak,
- Anneyi gebelik, genel hijyen kuralları, beslenme, fiziksel aktivite ve merak ettikleri hakkında bilgilendirmek,
- Anneyi bedensel ve ruhsal olarak yaklaştırmakta olan doğuma hazırlamak ve yenidoğan bakımı hakkında eğitim vermek ve babayı da bu eğitimlere dahil etmek,
- Doğum sonrası dönemde kullanacağı aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirmek,
- Annenin tetanoza karşı bağışıklığını sağlamak için aşılama,
- Fetusun intrauterin gelişimini yakından izlemek,
- Doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar vermek adına destek olmak,
- Gebeliğin getireceği fiziksel, sosyal ve psikolojik yüklerle karşı anneyi desteklemek gibi başlıklar altında sıralanabilir (55,72,73,93,99,160,166).

DÖB, çoğunlukla sağlıklı olan gebeler de dahil olmak üzere gebelikle ilişkili risk faktörlerinin ve sorunların erken işaretlerini tespit edebilme ve etkili müdahalede bulunabilme imkanı sağladığı için vazgeçilemez bir olgu niteliğindedir (18,55,70,93,159,160,166).

Gebelikteki riskleri ve olası etkilerini önlemeye yönelik oluşturulan DÖB hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde önemli bir yere sahip olup temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Anne ölümlerinin en sık nedenlerinden olan kanama, enfeksiyon ve eklemisi, yeterli ve kaliteli DÖB hizmetleriyle önlenebilecek sorunlardır. İyi bir DÖB hizmeti ile risk altında olan annelerin erken dönemde belirlenmesi ve gebelikleri süresince daha sık ve dikkatli izlenmesi sayesinde gerekli önlemler zamanında alınacak ve doğumların sağlıklı koşullarda yapılması sağlanacaktır. Yapılan birçok çalışma, anne ölüm riskini arttıran faktörler arasında, yüksek riskli gebeliğin tespit edilmesindeki gecikme, kötü sevk yönetimi, yetersiz DÖB, doğum sırasında ve

doğum sonrasında yetersiz klinik müdahale gibi etmenlerin yer aldığını dile getirmiştir (55,166).

2001’de DSÖ’nün DÖB’ü yeterli bir bakım olarak değerlendirilmesi için önerdiği kriterler ülkemizde de kullanılmaktadır. Söz konusu kriterler, DÖB’ün bir sağlık çalışanı (ebe/hemşire/hekim) tarafından verilmiş olması, gebeliğin ilk üç ayında yapılmış olması ve tüm gebelik boyunca en az dört kez alınmış olması şeklindedir (154). Bu koşulların herhangi birisi yerine getirilmediğinde yetersiz DÖB olarak değerlendirilmektedir. Riskli gebeliklerde belirtilen bu sayı ve sıklık değiştirilmeli ve risk faktörünün özelliğine göre DÖB içeriği düzenlenerek gebe daha sık izlenmelidir (55). Ülkemizde aile hekimliği uygulamasına geçilmesiyle birlikte bu hizmetler, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezlerince (TSM) sunulmaktadır. DÖB, 2008 yılında SB tarafından çıkarılan ve son yenilemesi 2014’te yapılan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ile hem nicelik hem de nitelik olarak standardize edilmiştir. Rehberde her gebenin, birincisi ilk 14 hafta içinde olacak şekilde, 18–24, 30–32 ve 36–38. haftalarda olmak üzere dört kez izlenmesi istenmektedir. Her izlemin zamanı ve süresi Tablo 2.1’de tanımlanmıştır (135).

Tablo 2.1. Doğum Öncesi Bakım Yönetimi

İlk İzlem	Gebeliğin ilk 14 haftasının içinde olmalı ve 30 dk sürmeli
İkinci İzlem	Gebeliğin 18-24 haftaları arasında olmalı ve 20 dk sürmeli
Üçüncü İzlem	Gebeliğin 30-32 haftaları arasında olmalı ve 20 dk sürmeli
Dördüncü İzlem	Gebeliğin 36-38 haftaları arasında olmalı ve 20 dk sürmeli

Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” Yayın No: 924 ankara 2014

Gebe kadınların DÖB hizmetinden yararlanmalarını etkileyen faktörler arasında; demografik faktörler, maddi durum, annenin ve ailenin eğitim düzeyi, anne olma yaşı, annenin yaşadığı bölge (kentsel ya da kırsal olması), içinde yaşadığı hane halkının refah düzeyi, çalışma durumu, çalıştığı sektör, sağlık güvencesi, gebelik sayısı, evlilik dışı gebelik, istenmeyen gebelik ve aile tipi gibi özellikler yer almaktadır. Hizmetlerin fiziksel varlığı, zaman ve uzaklık yönünden erişebilirliği, ekonomik ve değer

maliyetleri, kültürel, sosyal faktörler ile sunulan hizmetlerin kalitesi dünyada DÖB hizmetlerine erişmeyi etkileyen durumlardır (72,90,138,166).

Dünya genelinde en az bir kez DÖB hizmeti alanların oranı %85'tir. Ancak sadece %58 gebe en az 4 kez DÖB hizmeti almıştır. Maternal mortalitenin en yüksek olduğu bölgeler 4'ten az DÖB hizmeti alanların en yüksek olduğu bölgelerdir. Bu bilgi ışığında en az 4 kez DÖB hizmeti almanın önemi ortaya çıkmaktadır (149).

Ülkemizdeki duruma bakıldığında, sağlık kurumlarında gerçekleşen doğum oranı 2002 yılında %75 iken 2015 yılında bu oran %99'a yükseltilecek ciddi bir başarı sağlamıştır. Dünya genelinde sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı incelendiğinde ülkemizin istatistikleri üst gelir grubu ülkelerin seviyesindedir. En az bir ziyaret olarak hesaplanan DÖB alma oranı ülkemizde 2002 yılında %70 iken 2015 yılında %98'e çıkarak üst gelir grubu ülkeler seviyesine yaklaşmıştır. Doğum öncesi dönemde hiçbir bakım almayan kadınların sayısı 2015 yılı verileri baz alındığında oldukça azalmıştır. Buna karşın bölgesel olarak farklılıklar hala devam etmekte olup, ülkemizin batı bölgelerinde sağlık kurumlarında doğum oranları ve en az bir ziyaret ile DÖB alma oranları doğu bölgelerine göre daha yüksektir. Ülkemizde yine büyük bir başarı sağlanarak 2002 yılında gebe başına düşen izlem sayısı 1.7 iken, 2015 yılında 4.7 izlem sayısına ulaşılmıştır fakat hala bölgesel farklılıklar devam etmektedir. Yıllara göre gebe izlem sayısı Tablo 2.2.'de verilmiştir (72,90,159).

Tablo 2.2. Yıllara Göre Gebe İzlem Sayısı

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Gebe Başına Ortalama İzlem Sayısı	1.7	4.3	4.1	4.3	4.8	4.7

Kaynak: Köse M.R., Başara B.B., Güler C., Soyutun İ., Aygün A., Özdemir A.T., Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, T.C. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2016

Gebelik kadınlar için fizyolojik bir yaşam olayı olmasının yanı sıra biyolojik ve psikososyal birçok değişimin yaşandığı bir dönemdir. Kadınlar gebeliği neşe, mutluluk, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme, yaşama daha sıkı tutunma ve cesaret gibi olumlu duygularla karşılamakta fakat birçok olumsuz duygular da bu sürece eşlik etmektedir. Stres, kaygı, doğum korkusu, fetüsün sağlığı hakkında endişe, hissedilen olumsuz duyguların başlıcaları olmakla birlikte gebelik, birçok zıt duygunun bir arada yaşanabildiği duygusal dalgalanma dönemidir (41,132). Gebelikte her trimesterin

kendine özel psikolojik uyum süreci olduğu bildirilmiştir. İlk trimester genellikle yeni duyguya ısınma ve gebe olduğu gerçeğine uyum sağlama ile ilgilidir. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler ve gereksinimler gebeliğe bakış açısında ve uyumda oldukça etkilidir. İkinci trimesterde fetüs ile oluşan biyolojik bağ güçlenir, daha derin ve yakın hissedilir. Üçüncü trimesterde ise doğum korkusu başlar, anneyi doğumun nasıl olacağı düşüncesi sarar, fetüsün sağlığına ilişkin endişeler ön plana çıkar. Kadının ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişatına yansdığı gibi; gebeliğin kendisi de ruhsal ve duygusal yaşantı üzerinde önemli etkiler yaratır (91). Yaşanılan olumsuz duygular gebeliği olumlu ve doyurucu olmaktan ziyade yoğun stres yaşanılan bir kriz dönemine dönüştürebilir. Bu nedenle gebe kadınların bu dönemde sosyal destek ihtiyacı artmaktadır (46). Genel olarak çevreden alınan destek olarak tanımlanan sosyal destek, özellikle eş desteği gebelik döneminde oldukça önemlidir (132). Gebe kadınların gebeliğe adaptasyon sağlaması eş desteği ile oldukça bağlantılı olup eş desteği alabilen gebeler daha rahat ve uyumlu bir gebelik, doğum ve lohusalık dönemi geçirmektedir (132). Eş desteğini yeterli düzeyde alan gebelerin özgüvenleri ve sorunlarla baş edebilme yetenekleri daha yüksektir (41,46,132).

Gebelik evlilik hayatını olumlu veya olumsuz şekilde etkileyebilir. İstenilen gebeliklerde kadınlar eşlerinden yeterli sosyal desteği görebildikleri için evlilik yaşamları olumlu etkilenmektedir (46,104). Gebelik sürecinde eş ile yaşanan sorunlar stres yaratır ve gebenin sağlığını olumsuz yönde etkiler. Aynı zamanda eş uyumsuzluğu destek yetersizliğine sebebiyet vermesi nedeni ile gebelerde depresyon riskini arttırmaktadır (5,46,132). Gebelikte en yaygın görülen ruhsal bozukluk depresyondur ve görülme sıklığı %10 civarındadır (91). Evlilik sorunları, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, daha önce düşük yapmış olma, fetüsün sağlığı hakkında kaygı ve korku, daha önce depresyon yaşamış olma ve ailesel öykü, sosyal destek yetersizliği ve özgüven yetersizliği gebelikte depresyon görülmesinde risk faktörlerini oluşturmaktadır (41,132).

Gebelik, doğum ve lohusalık dönemi kadınlık rolünün yanında annelik rolü ile ilgili çatışmaların ve dengesizliklerin baş gösterdiği dönemlerdir. Kadınların eşi ile ilişkisi; gebeliğe bakış açısını ve uyumunu etkilerken aynı şekilde gebeliğe bakış açısı ve uyumu; evlilik ilişkisini etkilemektedir (132). Evlilik uyumu kötü olan gebelerde bulantı ve kusma probleminin daha fazla görüldüğü, kadınların yaşadıkları olumsuz duyguları bulantı ve kusma yoluyla ifade ettikleri düşünülmektedir (41). Bu durum

ciddi boyutlara ulaşıp anne ve fetüsün hayatını tehlikeye atabilmektedir. Evlilik uyumu daha iyi olan gebelerde ise bulantı kusma sorunun çok daha az yaşandığı gözlenmiştir (41,91,163). Evli çiftlerin gebelik döneminde cinsel yaşamları da etkilenmektedir. Gebelikte yaşanan bulantı, kusma, enfeksiyon riski, fetüse zarar verme korkusu gibi sebeplerle cinsel ilişki olumsuz etkilenmekte ve bu durum evlilik uyumunu etkilemektedir. Eş desteği alan gebe kadınların cinsel fonksiyonlarının arttığı buna bağlı olarak eşlerin uyumunun ve duygusal bağlarının güçlendiği, kadının güven duygusunun arttığı ve evlilik ilişkisinin desteklendiği görülmektedir. Gebelik döneminde eşten beklenen yoğun sevgi ve şevkatin karşılanması cinsel yaşamda oldukça etkilidir (107).

Erkeklerin gebeliğin öğrenilmesinden başlayarak, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde eşleri ile iletişimlerinin önemi anne ve fetüs sağlığı açısından değerlidir. Günümüzde gebe eğitim programlarına babaların da dahil edilmesi babalık konusunda eğitilmelerine imkan sağlamaktadır. Böylece erkekler de eşlerine gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde nasıl destek olabileceklerini öğrenmektedirler. Bu programlara katılan erkeklerin eşlerine daha bilinçli destek oldukları, iletişimlerinin arttığı ve gebelerin bu destek sayesinde eşlerine daha fazla güven duydukları belirlenmiştir. Erkeklerin gebelik takiplerine katılmaları babalığa hazırlanmada bilgi, farkındalık ve beceri yönünden oldukça önemli olmasıyla birlikte bu katılım eşler arası paylaşımı arttırmakta ve eş desteğini sağlamaktadır (82,144). Eş desteği alan gebelerin DÖB alma oranlarında artış sağladığı ve postpartum depresyonu önleyici etkisi olduğu yadsınamaz. Anneliğin kadının doğasında olduğu düşünce toplumumuzda yer etmiş olsa da baba adayının gebeliğin her aşamasında eşine destek olması ile babalık rolüne adaptasyon sağlanmaktadır. Fetüsün gelişimini takip etmek, DÖB muayenelerinde eşin yanında bulunmak, doğuma hazırlık aşamalarında eşle paylaşımında bulunmak bebek ile babanın kuracağı bağı sağlamlaştırmakta, uyum sürecini olumlu etkilemektedir (132).

Doğum sırasında eş desteğinin varlığı kadının doğum stresinin azalmasında, kendini güvende hissetmesinde ve süreci olumlu değerlendirmesinde en etkili yollardan biridir (67,140,152). Ülkemizde doğum sırasında kadınların yanına hastane politikaları ve alt yapı yetersizliği nedeniyle destek sağlayıcı bireyler alınmamaktadır. Doğum sırasında eşin varlığı ve desteği doğumda ağrı kesici kullanmayı, sezeryan doğum oranını, doğum komplikasyonlarını, doğum korkusunu ve stresini azaltırken anneye güven ve cesaret sağlamaktadır (82,132,140).

Eş desteğinin oldukça önemli olduğu diğer bir zaman dilimi ise doğum sonrası dönemdir. Yeni doğum yapmış kadın kendi temel ihtiyaçlarının yanı sıra bakıma

muhtaç olan bebeğin ihtiyaçlarını da karşılamalıdır. Bu yeni duruma adapte olmak, annelik rolü ve bebeği kabullenmek gibi karışık duygular içerisinde iken babanın bu konularda eşine destek olması, paylaşımı ve evlilik uyumunu arttırmaktadır (132).

İnfertilite, çiftlerin evlilik ilişkilerini, duygusal durumlarını, sosyal, ekonomik ve cinsel yaşamlarını olumsuz etkilemekte ve bu olumsuzluklardan kadınlar erkeklere göre daha fazla yıpranmaktadır. Toplumumuzda özellikle kırsal kesimlerde infertilite sebepleri genellikle kadınlara yüklendiği için bu süreç kadınları daha fazla etkilemektedir (162). Çocuksuzluğun kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama, kontrol kaybı, eksiklik, kendini kadın toplumunun dışında hissetme, yalnız kalma, sosyal güvence azlığı, sosyal rol eksikliği ve benlik saygısında azalmadır. Yaşanılan olumsuz duygular eşlerin birbirini suçlamasına ve eşler arasındaki bağların zamanla yıpranmasına neden olmaktadır. Evlilik ilişkisi kötü olan ve sosyal destek alamayan kadınların psikolojik durumları daha kötüleşmektedir. Oysa ki beraber karar verme mekanizmasına sahip olan ve birbirine destek olan çiftlerde infertilite, aile bağlarını kuvvetlendiren, evlilik doyumunu arttıran bir duruma dönüşebilmektedir (29,75,133).

2.2. Jinekolojik Muayeneler

Jinekolojik muayene kadın sağlığının korunması için düzenli olarak yapılması gereken, sık uygulanan ve kadınlarca kabul görmüş bir yöntemdir. Düzenli jinekolojik muayene ile yapılan kontroller; CYBE'lerin, jinekolojik kanserlerin, genital enfeksiyonların ve diğer sağlık problemlerinin erken teşhisini sağlamaktadır (35,87). Herhangi bir hastalık belirtisi olmamasına karşın jinekolojik kontroller ile birçok hastalığın erken tanınması sağlanmaktadır (121). Erken tanı sayesinde, hastalıkların tedavisi mümkün kılınırken, mali açıdan da ülke kalkınması ve hastalık sebebiyle ölüm oranlarının azalması sağlanmaktadır (65). 2014 yılı içerisinde ülkemizde tüm kadın kanserlerinin %6'sını endometrium kanseri, %4'ünü over kanseri ve %2'sini serviks kanseri oluşturmuştur.

Türkiye'de jinekolojik kanserlerin görülme sıklığı batılı ülkelerde de olduğu gibi endometrium, over, serviks kanseri şeklindedir (90,137). Endometrium kanser insidansı daha yüksek olmasına karşın over kanseri mortalitesi daha yüksektir. Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) göre 2016 yılı itibari ile görülen vakalardan over kanseri nedeniyle 1.542, endometrium kanseri nedeniyle 947 ve serviks kanseri nedeniyle 515 kişinin ölüm kayıtları istatistiklere geçmiştir. Ülkemizdeki 2015 ve 2016 yılları over, endometrium ve serviks kanseri nedeni ölümlerin sayısı tablo 2.3.'te verilmiştir (146).

Tablo 2.3. Ülkemizde Over, Endometrium ve Serviks Kanseri Nedenli Ölümünün Cinsiyete Göre Dağılımı

Kanserler	2015	2016
Over kanseri	1438	1542
Endometrium kanseri	921	947
Serviks kanseri	473	515

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2016 (Erişim Tarihi: 01.12.2017)

2.2.1. Jinekolojik kanserler

Kadınlarda mortalite ve morbiditenin en önemli sebeplerinden biri olan meme kanserini jinekolojik kanserler takip etmektedir. Bu nedenle jinekolojik kanserlerin görülme sıklığını tespit etmek, jinekolojik faktörlerle ilişkili risk faktörlerini belirlemek, jinekolojik kanserlerin nedenini araştırmak, jinekolojik kanserlerden korunma ve tedavide uygun stratejiler geliştirmek giderek daha büyük önem taşımaktadır (115).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de jinekolojik kanserler önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı’nın 2014 yılı verilerine göre, her 100 bin kadından 9.8’inde endometrium, 6.1’inde over, 4’ünde serviks kanseri görülmektedir (90,137).

2.2.1.1. Serviks kanseri

Serviks kanseri, jinekolojik kanserler içerisinde erken tanısı mümkün olan fakat erken dönemde tespit edilmediğinde mortalitesi çok yüksek olan bir kanserdir (24). Serviks kanserleri çoğunlukla cinsel yönden aktif kadınlarda görülen, HPV ile ilişkili bir kanserdir (113,151). Bir ülkede servikal kanserden ölen kadın sayısı o ülkenin sağlık hizmetleri yönünden gelişmişliği ve kadına verilen değer ile ters orantılıdır (136).

Serviks kanserinde prognozu belirleyen en önemli faktör erken tanıdır. Önerilen tarama muayeneleri yaptırıldığı takdirde vakaların %90’ından fazlasını erken dönemde yakalamak mümkündür. Erken tanı ve tedavi şansı, başka hiçbir kanserde serviks kanserinde olduğu kadar yüksek değildir. Serviks kanserine ilişkin, yatkınlık oluşturan faktörler ve risk faktörleri gayet iyi bilindiği için erken teşhise bağlı olarak tedavide başarı büyük oranda artmaktadır (24). Serviks, kolay ulaşılabilir olması, fizik muayeneye, hücre ve doku analizine uygun oluşu ve tanı testlerinin kolay yapılabilir olmasını sağlamakta, bu sayede de serviks kanserlerinin erken tanısı mümkün olmaktadır (125,138).

Globocan 2012 verilerine göre serviks kanseri insidansı dünyada yüzbinde 14 ve Avrupa Birliği'nde (AB) 9.6 oranlarındayken ülkemizdeki insidans bu oranların çok daha altında yüzbinde 4 olarak kayıtlara geçmiştir (59). 2012 yılında dünya üzerinde 528.000 yeni serviks kanseri vakası görülmüştür. Serviks kanseri az gelişmiş ülkelerde yüzbinde 15.7 kişide, çok gelişmiş ülkelerde ise yüzbinde 9.9 kişide görülmektedir. Bu fark mortalite oranlarına da yansımaktadır. Mortalite oranları az gelişmiş ülkelerde yüzbinde 8.3, çok gelişmiş ülkelerde ise yüzbinde 3.3'tür. En sık Doğu ve Orta Afrika'da, en az Avusturalya, Yeni Zellenda ve Batı Asya'da görülmektedir. 2012 yılında dünya genelinde servikal kanser kaynaklı 266.000 ölüm gerçekleşeceği tahmin edilmektedir. Dünya kadın kanserleri ölümlerinden %7.5 oranında servikal kanser sorumludur. Servikal kanserlere bağlı ölümlerin ise %87'si az gelişmiş ülkelerde görülmektedir (78).

En sık görülen kadın kanserleri sıralamasında, serviks kanseri; Türkiye'de 10. sırada, dünyada 3. sırada, IARC'a üye 24 ülkede 4. sırada, AB'ye bağlı 28 ülkede 5. sırada yer almaktadır (137). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2017 yılı itibari ile 12.820 kadın serviks kanseri tanısı almış ve aynı yıl içinde 4.210 kadın serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir (10).

Ülkemizdeki duruma bakıldığında 2014 yılı kanser istatistiklerine göre serviks kanseri insidansı yüzbinde 4 olarak kayıtlara geçmiştir. Kadın kanserlerinin %2'sini serviks kanserleri oluşturmaktadır ve bir yıl içerisinde 1.548 kadın serviks kanseri tanısı almıştır (137).

Serviks kanserinin gelişim yaşı, genellikle diğer jinekolojik kanserlere göre daha erken olmasına karşın 25 yaş altındaki kadınlarda, serviks kanseri görülme sıklığı düşüktür. Serviks kanseri insidansı, 35-40 yaşları arasında artmaya başlar, 40-50 yaşlarında artış yükselir ve 60'lı yaşlarda maksimum noktaya ulaşır. Tanı için ortalama yaş 45'tir. Serviks kanserine bağlı mortalite oranı ise, en yüksek 45-54 yaş grubunda görülmektedir (155).

Serviks kanseri mortalite oranları, dünyada yüzbinde 6.8, AB'de yüzbinde 2.8 olarak kaydedilmiştir (78). Serviks kanseri nedeni ile olan ölümlerin, %90 kadarı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir ve gelişecek olan kanser vakalarının büyük kısmının az gelişmiş ülkelerde olması beklenmektedir (136).

2.2.1.1.A. Serviks kanserinde tarama önerileri

AB kılavuzları sitoloji temelli serviks kanser taramalarının 25-30 yaşlarında başlamasını ve sonuçları negatif olan kadınlarda 64-69 yaşları arasında sonlandırılmasını önermektedir. AB ülkelerinde taramalarda hedeflenen gruplar değişiklik göstermektedir. Genel raporlarda 30-59 yaş aralığı grubu servikal kanser taramaları için hedef grup seçilmiştir. Bu yaş aralığı tüm tarama programları için minimum ortak yaş aralığı hedefi olması ile birlikte çoğu programda daha geniş yaş aralığı gruplarının taranması hedeflenmiştir. Temel HPV taraması için önerilen başlangıç yaşı 30- 35 yaş ve sonrası olabilirken sitoloji taramasına daha erken bir yaşta başlanabilir. Sitoloji taraması aralığı 3-5 yılda bir, temel HPV tarama aralığı ise 5 yıl veya daha fazla aralıklarda önerilmektedir (11).

Amerikan Kanser Birliği (ACS) tarafından önerilen serviks kanseri taraması, 21-29 yaş arası kadınlarda 3 yılda bir pap smear testi yapılması, 30-65 yaş arası kadınlarda pap smear ve HPV testi kombinasyonunun her 5 yılda bir yapılması şeklindedir. 65 üstü kadınlarda son 10 yılda ardışık 3'ten fazla negatif pap smear test sonucu veya ardışık 2'den fazla negatif HPV ve pap smear test sonucu alınanların taraması sonlandırılabilir. Total histerektomililerde servikal kanser tarama testi sonlandırılır. Tüm kadınların HPV aşısı yaptırmış olsalar bile kendi yaş gruplarına göre serviks kanser taramalarına devam etmeleri gerekmektedir (10).

Ülkemizde SB serviks kanseri taramalarının bir standart haline gelmesi amacıyla 2007 yılının mayıs ayında Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları'nı yayınlamıştır. Bu tarama programı, serviks kanserinin erken evrede tanınmasını, mortaliteyi azaltmayı, erken tedavilerin yapılmasıyla kanser sıklığını ve maliyeti azaltmayı hedeflemiştir. Serviks kanserinin erken tanınmasında, HPV testi ve pap smear testi kullanılmaktadır (125).

Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları'na göre serviks kanseri taramalarının, ülkemizde 30 yaş ve üzerindeki kadınlardan başlanarak 65 yaşına kadar (65 yaşta dahil) her 5 yılda bir HPV testi ve pap smear testi olarak yapılması gerekmektedir. Son iki pap smear veya HPV testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda taramalara son verilebilir. CIN II VE CIN III haricinde benign kaynaklı total histerektomi yapılmış kadınlarda taramalara gerek görülmemiştir. Ülkemizde serviks taramaları ASM ve TSM'lere bağlı Kanser Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) her 5 yılda bir HPV test ve pap smear test ile yapılmaktadır.

HPV testinin pozitif çıkması durumunda pap smear testinin tekrarlanması planlanmıştır (125).

2.2.1.1.B. HPV testi

Servikal hücrelerdeki HPV genetik materyalinin tespiti esasına dayanan bir testtir (136). HPV virüsü, enfeksiyonla ilişkili tüm kanserlerin %28'ine, serviks kanseri vakalarının neredeyse tamamına, vulvar kanserlerin %43'üne, vajinal kanserlerin %70'ine, anal kanserlerin %88'ine, penil ve orofaringeal kanserlerin %50'sine neden olmaktadır (37,80). Var olan tüm servikal tarama testleri içerisinde en objektif ve tekrarlanabilen tarama testi, HPV testidir. Kadınların sık sık taramalardan geçirilmesinin mümkün olmadığı düşük kaynaklara sahip ortamlarda, HPV testi hastalık riski taşıyan kadınların belirlenmesi ve sınırlı kaynakların bu kadınlara tahsis edilmesine yönelik fayda sağlamaktadır (50).

HPV'nin serviks kanseri ile ilişkisi artık kanıtlanmış olup, serviks kanserli hastaların %99.9'unda HPV varlığı gösterilmiştir. HPV testinin negatif olması beş yıl içerisinde servikal kansere yakalanma ihtimalini minimize etmektedir (125).

2.2.1.1.C. Pap smear testi

Pap smear testi dökülen servikal hücrelerin sitolojik olarak incelenmesi esasına dayanmaktadır (125). Pap smear testi maliyet açısından uygun, yaygın olarak kabul görmüş ve bilinen bir testtir. Jinekolojik kanserlerin özellikle serviks kanserinin tanılanmasında büyük rol oynarken cinsel yolla bulaşan hastalıkların, genital enfeksiyonların tanılanmasına da yardımcı olmaktadır (65,87).

Eşsiz bir tarama yöntemi olan Pap smear testi, serviks kanserini, klinik olarak ortaya çıkmadan önce %90-95'e varan bir doğrulukla saptayarak serviks kanserinden ölümleri yaklaşık %75 oranında düşürebilmektedir. Pap smear testinin taramalarda kullanımından sonra invaziv servikal kanser insidansında gerileme görülmüştür (20,50,168). Kadınlardan hayat boyu alınan 9 adet smear bilgisi %99 oranında kanser riskini azaltır (35).

Tarama testini, cinsel yönden aktif her kadının 20 yaşından itibaren, 65 yaşına kadar, her iki yılda bir yaptırması önerilmektedir. Servikal smear testinin serviks kanserini belirlemedeki büyük başarısının yanında %50'ye düşen duyarlılık oranı sebebiyle tarama sıklığının 2 yıldan daha uzun olması istenilmez (136).

Ülkemizde 2014 yılı sağlık istatistiklerine göre onbeş yaş ve üzeri kadınlardan %72.6'sı smear testi yaptırmadığını dile getirilmiştir. Onbeş yaş üzeri kadınların pap smear yaptırma durumunun dağılımı tablo 2.5.'te verilmiştir (90).

Tablo 2.4. Onbeş Yaş ve Üzeri Kadınların Smear Yaptırma Durumunun Dağılımı

Smear yaptırma zamanı	%
Son 1 Yıl İçerisinde	9,9
1 Yılda Çok, 2 Yılda Az	6,3
2 Yılda Çok, 3 Yılda Az	3,6
3 Yılda Çok, 5 Yılda Az	3,0
5 Yılda Fazla	4,7
Hiçbir zaman	72,6

Kaynak: Köse M.R., Başara B.B., Güler C., Soytutan İ., Aygün A., Özdemir A.T., Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, T.C. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2016

Serviks kanseri oranları, taramalardaki artış nedeniyle birçok ülkede düşüş göstermektedir. Ülkemizde bu ülkeler arasında yer alarak 2013 yılındaki serviks kanser insidansı yüzbinde 4.6 iken 2014 yılında yüzbinde % 4'e gerilemiştir (80,90,137). Tarama programlarının yaygın olarak yapıldığı gelişmiş ülkelerde başarı şansı daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerde ise taramalar sistematik ve yaygın şekilde yapılamadığından serviks kanser mortalitesi bu ülkelerde daha yüksektir. Günümüzde serviks kanseri nedeni ile olan ölümlerin %90 kadarı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (136).

2.2.1.2. Endometrium kanseri

Ülkemizde endometrium kanserleri tüm kadın kanserleri arasında meme, tiroit ve kolorektal kanserlerden sonra en sık görülen 4. sıradaki kanserdir. Jinekolojik kanser sıklık sıralamasında ise ilk sırada yer almaktadır (35,78,137). Yaklaşık olarak %5 oranında genetik geçişli olduğu düşünülen endometrium kanserinin %95'i 40 yaşın üzerinde, %70'i menopoz sonrasında %25'i ise menopoz öncesi dönemde görülmektedir. Bu sebeple postmenopozal kadın hastalığı da denilmektedir (35,112,139,155).

2012 Globocan verilerine göre dünyada endometrium kanseri görülme insidansı yüzbinde 8.2, AB'de yüzbinde 12.7 olarak kayıtlara geçmiştir. Çok gelişmiş ülkelerde az gelişmiş ülkelere kıyasla daha fazla vaka görülmekte; az gelişmiş ülkelerin

endometrium kanser insidansı yüzbinde 5.5 iken, çok gelişmiş ülkelerde yüzbinde 14.7'lere çıkmıştır. Mortalite oranlarına bakıldığında dünyada yüzbinde 1.8, AB'de yüzbinde 2.1, çok gelişmiş ülkelerde mortalite oranı yüzbinde 2.3 iken az gelişmiş ülkelerde yüzbinde 1.5'tir (59).

Ülkemizde her 100 bin kadından 9.8'inde endometrium kanseri görülmektedir (90,137). Kadın kanserlerinin %6'sından endometrium kanseri sorumludur ve bir yıl içerisinde 3.794 endometrium kanser vakası görülmüştür (137). TÜİK ölüm nedenleri istatistiğine göre endometrium kanseri nedeniyle 2014 yılında 867, 2015 yılında 921 ve 2016 yılında 947 ölüm istatistiklere geçmiştir (146). ABD'de 2017 yılı itibari ile 61.380 kadın endometrium kanseri tanısı almış ve aynı yıl içinde 10.920 kadın endometrium kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir (10). Her geçen yıl artan ölüm sayısı nedeniyle de erken tanılanması önem kazanmaktadır. Hastalık erken evrede yakalandığı takdirde en iyi tedavi edilebilen kanserdir (138). Endometrial kanserlerin en belirgin semptomu olan anormal vajinal kanama ve tüm postmenopozal kanamalar değerlendirilmelidir ve kadınlar bu durumlarda hekime başvurmaları konusunda bilgilendirilmelidir (19).

2.2.1.3. Over kanseri

Over kanserleri kadınlarda en sık görülen 7. kanser olmakla birlikte jinekolojik kanser nedeniyle ölümlerde ilk sırada yer almaktadır (137,146,155). Dünyada over kanseri insidansı yüzbinde 6.1, AB'de yüzbinde 9.4 oranlarındadır. Az gelişmiş ülkelerde insidans yüzbinde 5.0 iken çok gelişmiş ülkelerde bu oran yüzbinde 9.1 olarak kaydedilmiştir (59). Ülkemizde de dünya insidansına paralel olarak her yüzbin kadından, 6.1'inde over kanseri görülmektedir (91,137). Kadın kanserlerinin %4'ünden sorumludur ve bir yıl içerisinde 2.361 over kanseri vakası görülmüştür (137). Over kanserlerinin tanısı, erken dönemde belirti vermeden sessiz yayılım gösterdiği ve etkili bir tanı yöntemi bulunmadığından kanserin geç evrelerinde olmaktadır. Bu nedenle over kanserlerinin mortalitesi yüksektir (22,35,138).

Globocan 2012 verilerine göre mortalite oranları dünyada yüzbinde 3.7, az gelişmiş ülkelerde yüzbinde 3.1, çok gelişmiş ülkelerde yüzbinde 5.0, AB'de ise yüzbinde 5.1, Türkiye'de ise yüzbinde 4.2 oranlarındadır (59). ABD'de 2017 yılı itibari ile 22.440 kadın over kanseri tanısı almış ve aynı yıl içinde 14.080 kadın over kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Over kanseri jinekolojik kanserlere bağlı ölümlerin %5'inden sorumludur ve jinekolojik kanserlerin içinde en çok ölüme sebep olan kanser türüdür (10). Genellikle 40 yaşın üzerindeki kadınları etkilemekle birlikte ortalama

görülme yaşı 55, en sık görülme yaşı 60-64'tür (138,139). Erken teşhis edildiğinde hastaların beş yıl ve üzerinde yaşama oranları artmaktadır (138). Geç tanınması nedeni ile over kanserinin 5 yıllık sağ kalım oranı %46'dır (10).

Kadınların jinekolojik muayene yaptırmaları oldukça önemli bir olgudur. Toplumumuzda kadınların utanma, bilgi eksikliği, korku, endişe, gerekli olduğunu bilmeme, hekimin karşı cins olması, kötü sonuç alma düşüncesi, olumsuz muayene deneyimi, mahremiyete dikkat edilmemesi gibi durumlar sebebiyle jinekolojik muayene yaptırmayı aksattıkları bilinmektedir (9,49). Kadınların toplumumuzda küçük yaştan itibaren cinsel olganlarının ayıp, mahrem olarak nitelendirilmesi sebebiyle erkek bir hekime jinekolojik muayene olmaları oldukça utanç verici ve mahremiyetin ihlali olarak algılanmaktadır. Bu durumun olumlu bir olguya çevirilmesinde sağlık çalışanlarının rolü çok büyüktür. Sağlık çalışanlarının bu muayenelerin herhangi bir sağlık kontrolünden farksız olduğunu açıklaması, yapılacak işlemlerin neler olduğu hakkında bilgi vermesi, güler yüzlü olması ve kadının mahremiyetine özen göstermesi ile sağlanabilir (47). Sağlık çalışanları bu yeteneklerini eşlerinin taramaları sırasında kullandıklarında eşlerine muayene yaptırmaları konusunda destek olabileceklerdir. Tüm yaşam boyunca, erkeklerin üreme sağlığı kontrollerine kıyasla kadın sağlığını koruyucu muayenelerin çok daha fazla olması nedeniyle kadınların bilgi eksikliğinin giderilmesi ve olumsuz deneyimlerin yerini pozitif tutumların alması sağlanmalıdır. Bu konuda kadınların algıladığı sosyal destek düzeyi oldukça etkilidir. Eşlerin kadınlara destek olması, muayeneler sırasında yanında olması; anksiyeteyi azaltması, psikolojik destek sağlaması gibi olumlu deneyimlere neden olacağından, kadınların kontrollerini düzenli yaptırmalarına katkı sağlamaktadır (9,49,98).

Kanserlerin tanı ve tedavisinde önemli gelişmeler olmasına karşın tedavinin uzun ve pahalı olması, organ kaybına yol açması, hastalığın nüks edebilmesi ve bazı durumlarda ölümlerle sonuçlanabilmesi, kişi ve yakın çevresine ağır ruhsal problemleri de beraberinde getirmektedir. Bu nedenle hastalık sürecinde sosyal destek kaynaklarının varlığı oldukça önemlidir. Tedavinin yan etkileri ile birlikte, kanserin neden olduğu rahatsızlıklar sonucu hastalar, anksiyete, depresyon, ağrı, benlik kavramında değişme gibi sorunlar yaşanmaktadır (167).

Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavi işlemleri sırasında, diğer kanserlerde yaşanan sorunların yanı sıra beden imajı, cinsel sağlık ve üreme fonksiyonlarının kaybı ile ilgili kadın ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır (53,119). Cerrahi girişimler, kemoterapi ve radyoterapi

tedavileri sonrasında jinekolojik kanserli kadınlarda yorgunluk, endişe, depresyon, cinsel fonksiyon bozukluğu, beden imajında bozulma, aile içi ve sosyal rollerde değişim, özsaygı azalması, gelecek beklentilerinin sarsılması gibi durumlar gelişebilmektedir (28,53,119,167). Fiziksel ve psikolojik olarak etkilenen hastalarda sosyal destek ihtiyacı çok daha fazladır. Aile ve eş desteği yaşanan olumsuz sonuçları pozitif yönde etkilemektedir (53).

Kadınların sosyal ilişkilerinde değişiklik ya da dışlanma, destek gerektiren önemli bir sorundur. Kesintiye uğrayan sosyal roller, bireyde engellenme, tedirginlik, endişelenme ve bilinmezlik duyguları yaşamasına neden olmakta ve uygun bir sosyal destek göremediğinde ise kendini işe yaramaz hissetme, kendine ve başkalarına yetememe hatta bu nedenlerle suçluluk duygusu yaşama, kendini üzüntülü, gergin, kaygılı ve öfkeli hissetme gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (53). Aile ve arkadaşları ile sosyal ilişkilerin kuvvetli olması, desteklenmesi ve pozitif bakış açısı yaşam kalitesini artırıp iyilik halini sağlamaktadır (53,58,63).

Belirsizlik ve korku, genellikle bireylerin sosyal destek gereksinimlerinde artışa sebebiyet vermektedir. Algılanan eş desteği hasta için yüksek strese ve bilinmezliğe karşı koruyucu bir rol oynamaktadır. Ayrıca, bireyin bağımlılık duygularını arttırmakta, benlik duygularının korunmasına ve güçlendirilmesine de fayda sağlamaktadır. Aileden ve eşten alınan desteğin yetersiz olması durumunda ise hastanın ruhsal durumu daha da negatif etkilenebilmektedir (167).

Behbakht ve arkadaşlarının 2004 yılında servikal kanser tanısı almış kadınlarda yaptığı çalışmada, daha önce hiç pap smear testi yaptırmamış olan kadınların ailesel sosyal desteklerinin az olduğu, kadınların ailevi destek azlığının, kanser hakkında bilgi eksikliğinin, maddi gelir düzeyi düşüklüğünün pap smear testi yaptırmalarına engel olduğu tespit edilmiştir (23).

2.2.2. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

CYBE'ler en bilinen ve en büyük bulaşma yolunun koruyucu herhangi bir bariyer olmadan penisin vajinaya, anüse veya ağıza penetrasyonu ile gerçekleşen bir grup bulaşıcı hastalıktır (44,110). Birçok ülkede bildiri zorunlu olan CYBE'ler oldukça sık görülmektedir. CYBE'lerin sık görülmesi ve yaygınlığının artması nedeniyle hem bireysel hem de toplumsal olarak sosyal ve ekonomik büyük yük getirmektedir. Aynı zamanda yaşamların en üretken ve en verimli dönemlerine sekte vurmaktadır (161).

CYBE'lere neden olan ajanlar vücuda vajen, serviks, üretra, rektum ve farenks gibi mukoza kaplı yüzeylerden giriş yaptıkları için, en önemli bulaş yolu korunmasız cinsel ilişkidir. Bunun yanı sıra kişiden kişiye kan ve kan ürünleri nakli ile, kontamine aletlerin teması ile, kan, semen, diğer vücut sıvıları ve enfeksiyonlu bölge ile direk temas sonucu, anneden bebeğe transplasental, doğum sırasında ve emzirme yoluyla bulaş olabilmektedir (35,51,126). CYBE genellikle akut semptom ve bulgularla başlayıp sıklıkla kronikleşen enfeksiyon hastalıklarına dönüşür (25). Toplumda CYBE taşıyıcısı olmak toplum normlarına uygun olmayan cinsel ilişki ve yaşam tarzı düşüncesini çağrıştırdığı için toplumda dışlanma, damgalanma ve ayrımcılığa yol açabilmektedir. Bu hoş olmayan davranışlardan kaynaklı hastalık belirtilerini yaşayan insanlar bunları göz ardı ederek hastalığın bulaşmasına, ilerlemesine sebebiyet vermektedir. Aynı zamanda tedavi olabilme imkanını zorlaştırmaktadır. Bu durum ve bu hastalıkların belirtilerinin çoğunlukla geç dönemde ortaya çıkması CYBE'lerin mortalite ve morbiditesini arttırmakta ve toplumsal bir sorun olma niteliğini sürdürmesine neden olmaktadır (25,35).

Bu sebeple her iki cinste de yaygın olan CYBE'leri önleme konusu üreme sağlığı hizmetlerinin önemli bir bileşeni olmuştur (35). CYBE tanısı almış kişilerin eşleri ile birlikte tedavi edilmesi gerektiği ve aynı kişide birden fazla enfeksiyon bulunabileceğinden değerlendirmenin iyi yapılması gerekliliği atlanmaması gereken konulardandır (138). Gelişmekte olan ülkelerde kadınların sağlıklı yaşam süresini azaltan etkenlerin başında gebelik ve doğum sürecinde karşılaşılan sorunlar, ikinci sırada ise CYBE ve komplikasyonları gelmektedir. Üreme sağlığı düzeyini yükseltmede temel koşullardan birisi CYBE'lerden korunma ve bu enfeksiyonların kontrolüdür (34).

CYBE'lerin önemi;

- Cinsel olarak aktif olan ve korunmasız cinsel ilişkiye giren herkes CYBE'ler açısından risk altıdadır.
- CYBE'ler geç belirti vermesi, belirtilerin insanları rahatsız etmeyecek seviyede olması ya da çevreden gelebilecek olumsuz tepki ve davranışlardan kaçınmak için belirtilerin yok sayılması nedeniyle toplumda hızla ve sessizce yayılabilir, oldukça geniş bir kitleyi etkileyebilir.
- CYBE'lerden birine yakalanan bireylerin başka bir CYBE'ye yakalanma ihtimali daha yüksektir.
- CYBE'lerin büyük kısmından korunmak mümkündür ve yine büyük çoğunluğunun tedavi olanağı vardır.

- Her iki cinsiyette infertilite olgularının %30-60 kadarının sebebi tedavi edilmeyen CYBE'lerdir. Yine tedavi edilmeyen CYBE'ler düşüklere, gelişme riskini 7-10 kez arttıran ve müdahale edilmediğinde ölüme sebebiyet verebilen dış gebelik vakalarına, rahim ağzı kanserlerine, yenidoğan bebeklerde görülebilen bazı enfeksiyonlara sakatlıklara hatta yenidoğan ölümlerine neden olabilmektedir.
- CYBE oluşumunda rol oynayan biyolojik ve sosyal faktörlerin yanı sıra klinik ve laboratuvar tanılarındaki yaşanan güçlükler nedeniyle tanı koymakta zorluklar yaşanmakta ve tüm dünyada gizli bir epidemi yaparak yayıldıkları düşünülmektedir (35).

Dünya üzerinde her gün 1 milyondan fazla yeni CYBE taşınmaya başlamaktadır ve DSÖ 2016 yılı verilerine göre her yıl 357 milyon yeni klamidya, gonore, sifiliz ve trichomonas vajinitinden oluşan tedavi edilebilir 4 CYBE vakası görülmektedir (157). Bir halk sağlığı sorunu olan CYBE'lerin gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre görülme sıklığı daha yüksektir (25,44,110). Tüm dünyada CYBE'in en çok 20-24 yaş grupları arasında, daha sonra 15-19 ve 25-29 yaş grupları arasında görüldüğü bildirilmiştir (77). ABD'de en sık görülen CYBE olan HPV, dünyada her yıl 290 milyondan fazla kadında görülmektedir. Herpes simplex virüs (HSV) kaynaklı genital enfeksiyon ise her yıl 500 milyondan fazla insanda vardır. 2016 yılında ABD'deki sifiliz insidansı yüzde 8.7 olarak kaydedilmiştir (32,157). 2015 yılında 33.3 milyon insan HIV enfeksiyonu ile yaşamaktayken bu sayı 2016 yılında 36.7 milyona ulaşmıştır. (61,62). 2016 yılında 1 milyon kişi AIDS nedeniyle hayatını kaybetmiştir ve 2005 yılından günümüze AIDS nedenli ölüm oranı %48 azalmıştır (51,62).

2.3. Meme Muayeneleri

Meme muayeneleri, meme dokusunda gelişen farklılıkları saptayabilmek için önemli bir basamaktır. Bu farklılıklardan en çok dikkat edilmesi gereken meme kanseridir. Meme kanseri süt bezleri ve süt kanallarındaki hücrelerin tüm kanser türlerinde olduğu gibi kontrol dışı çoğalmalarıyla oluşmaktadır. İleri dönemlerde ise vücudun birçok farklı bölgesine yayılabilen meme kanseri tüm dünyada kadınlarda en sık görülen ve aynı zamanda en çok ölüme neden olan kanser türüdür. Meme kanseri insidansı yaş ile birlikte yükselmektedir ve ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %45'inin 50-69 yaş arasında olduğu, %40'ının ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir (2,12,102,137).

Dünyada kanser olan her dört kadından biri meme kanseridir ve 2012 yılında 1.67 milyon (tüm kanserlerin %25'i) kadın meme kanseri tanısı almıştır. Globocan 2012 verilerine göre meme kanseri insidansı tüm dünyada yüzbinde 43.1, az gelişmiş ülkelerde yüzbinde 31.3, çok gelişmiş ülkelerde yüzbinde 73.4, AB ülkelerinde bu oran yüzbinde 80.3 olarak bulunmuştur (59).

Meme kanseri tüm dünyada ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almaktadır ve 2012 yılında tüm dünyada meme kanseri nedenli ölüm sayısı 521.907'dir (40,57,59,137). Meme kanseri mortalite oranları ise dünyada yüzbinde 12.9, AB ülkelerinde yüzbinde 15.5, az gelişmiş ülkelerde yüzbinde 11.5, çok gelişmiş ülkelerde ise yüzbinde 14.9 oranıyla az gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir (59). ABD'de 2016 yılı itibari ile 252.710 kadın meme kanseri tanısı almış ve aynı yıl içinde 40.610 kadın meme kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir (10,137).

Ülkemizde ise meme kanseri insidansı yüz binde 43 olup bir yıl içinde yaklaşık 17.000 kadın meme kanserine yakalanmaktadır ve 2008 yılından 2012 yılına kadar meme kanseri görülme insidansında % 20'den fazla artış görülmüştür (59,129,136,137). 2015 yılında 3.876 kadın meme kanserinden hayatını kaybederken bu sayı 2016 yılında 3.936'ya ulaşmıştır (146).

Tüm dünyada en sık görülen akciğer, kolon ve mide kanserleri arasında meme kanseri en iyi prognoza ve en uzun yaşam ömrüne sahip kanser türüdür. Kadınlarda meme kanseri en sık görülen kanser olması ve diğer kanserlerle karşılaştırıldığında daha genç popülasyonda görülmesi nedeniyle daha fazla yaşam süresi kaybına neden olmaktadır (30,136).

2.3.1. Meme kanseri taramaları

Meme kanserinin görülme sıklığı ve mortalite oranlarının yüksek olması nedeniyle erken tanınması giderek daha da önem kazanmaktadır. Dünya genelinde meme kanserini kesin önlemeye yönelik bir yöntem bulunmamaktadır. En iyi yöntem erken tanıdır. Tarama yöntemleri sayesinde hastalık mümkün olan en erken dönemde yakalanarak gerekli tedavinin yapılması sağlanmalıdır. Henüz belirti vermeden erken evrede yakalanan meme kanserinin tedavi şansı oldukça yüksektir. ACS surveyans araştırmasına göre meme kanseri 5 yıllık sağ kalım oranı erken teşhis sayesinde lokalize olarak tespit edildiğinde %95'in üzerinde, bölgesel olarak tespit edildiğinde yaklaşık %85 düzeyinde, uzak tutulumda ise (geç evre) %40'lara düşmektedir (2,10,76,96,100,156).

Meme kanseri taramaları her ülkenin kendi imkanları dahilinde programlanıp risk altındaki bireylere uygulanmalıdır. Kitlenin çapı, hastalığın bölgesel ve uzak metastazların varlığı, meme kanserinin prognozunun belirlenmesinde önemli göstergeler olduğundan; tarama ile hastalığın erken evrede tanınmasının meme kanserine bağlı ölüm riskini azaltmada etkin olabileceği öngörülmektedir (2,40,96,100,105,149).

Erken tanı, taramanın getireceği maddi yüke karşın, hasta ve çevresi üzerindeki psikolojik ve ekonomik yükün azalması, daha az komplikasyon gelişmesi, ülke ekonomisine katkı sağlaması gibi hem bireysel hem de ulusal avantajlar sağlamaktadır. Henüz hiçbir hastalık belirtisi yaşamayan risk altındaki kadınlarda hatta herhangi bir risk faktörü taşımayan kadınlarda, meme kanseri hakkında farkındalık oluşturmak oldukça önemlidir (108).

ACS'nin yayınladığı meme kanseri tarama esaslarına göre kadınlarda 40 yaşında taramalara başlanması opsiyonel olmakla birlikte 45-54 yaş arası yıllık olarak mamografi çekimi yapılması önerilmektedir. 55 yaş ve sonrasında yıllık veya 2 yılda bir tarama önerilmektedir (10,26,102). Yüksek meme kanseri riski taşıyan 30 yaş üzeri kadınlarda mamografiye ek olarak yıllık manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile meme kanseri taraması önerilmektedir (122). ACS kadınların aylık kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmalarını önermemekle birlikte bütün kadınların, meme kanseri taramasına ilişkin kısıtlamalar, yararlar ve potansiyel zararlar hakkında bilgi sahibi olması gerektiğini ve kadınların kendi memelerine ilişkin görüntü, farklılık, hassasiyet değişikliği gibi belirtiler açısından duyarlı olmaları gerektiğini bildirmiştir (10,102).

Ülkemizde SB Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından 2004 yılında meme kanserinin erken tanınması için kadınlarda Meme Kanseri Taramaları Ulusal Programı yayınlanmıştır. Bu program ASM ve TSM bünyesindeki KETEM'ler tarafından yürütülmektedir. Meme Kanseri Ulusal Tarama Programına göre 40 yaşından başlayarak 69 yaşına kadar tüm kadınlarda 2 yılda bir her iki memenin iki yön olmak üzere ikişer poz mamografi görüntülemesi yapılmalıdır. Mamografi görüntüleri birbirinden bağımsız iki farklı uzman radyolog tarafından değerlendirilmekte ve her iki sonuç dikkate alınmaktadır. Tarama kapsamında, mamografi çekimlerini desteklemek amacıyla yine her iki yılda bir klinik meme muayenesi (KMM) yapılmaktadır. 20-40 yaş arasında ise ayda bir KKMM ve iki yılda bir KMM önerilmektedir. Aynı zamanda bu programa göre tüm kadınlara her ay düzenli bir şekilde KKMM yapması önerilmektedir. Bu şekilde takip edilen kadınlarda kanserin çok erken dönemlerde

yakalanabildiği ve meme kanserine bağlı ölümlerde %30 oranında azalma sağlandığı saptanmıştır (96,108). Tarama yöntemi uygulama sıklığı tablo 2.5.'da gösterilmiştir. Tablo 2.5. Meme Kanseri Taramaları Ulusal Programına Göre Tarama Yöntemleri Uygulama Sıklığı

Yaş aralığı	Kullanılan yöntem	Uygulama sıklığı
20-39	KKMM	Her ay bir defa
	KMM	2 yılda bir defa
40- 69	KKMM	Her ay bir defa
	KMM	2 yılda bir defa
	Mamografi	2 yılda bir defa

Kaynak: Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları T. C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kansere Daire Başkanlığı. Erişim tarihi: 25.11.2016

2.3.2. Kendi kendine meme muayenesi

KKMM kadınların evde tek başına rahatlıkla yapabileceği, herhangi bir maliyeti olmayan, risk barındırmayan, tıbbi bir alete gerek duyulmayan, noninvaziv, basit bir yöntemdir. Meme kanseri tanısında tek başına yeterli olmamasına karşın meme kanseri tanısı konulan kadınların %90'ı bu yöntemle kitleyi hissederek başvuruda bulunmuşlardır (10,12). Aynı zamanda kadınların mahremiyetini de koruyan bir yöntem olan KKMM, premenstrual ve menstrual dönemde meme dokusunda değişiklikler olabileceği için her menstruasyonun başlangıcından itibaren 5-7. günlerde yapılmalıdır. Böylece herhangi bir başarısız sonuçla karşılaşma durumu ortadan kalkmış olur. Postmenopozal dönemde her ayın aynı gününde, laktasyon döneminde emzirme sonrası yine ayın aynı günde yapılması önerilmektedir. KKMM'nin başarı şansını arttırmak için kadınların istekli, düzenli ve sürekli olarak muayenelerini yapmaları istenmektedir. Düzenli muayeneler kadının kendi meme yapısını iyi tanımasına, bir önceki aya kıyasla gelişebilecek herhangi bir bulguyu kısa sürede fark etmesine imkan sağlamaktadır. Kadınların düzenli ve sürekli yapılan KKMM sayesinde meme dokularını çok iyi bilip belirtilerin gözlemcisi olmaları gerekmektedir. 2014 yılında yapılan çalışma sonucunda ülkemiz kadınlarının %58.2'sinin hiç KKMM yapmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Onsekiz yaş ve üzeri kadınların KKMM yapma durumu tablo 2.6.'da gösterilmiştir (90).

Tablo 2.6. Onsekiz Yaş ve Üzeri Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumunun Dağılımı

Kendi Kendine Muayene Durumu	%
Ayda Bir	22,9
Üç Ayda Bir	7,7
Üç Aydan Daha Uzun Sürede Bir	11,2
Hiç Yapmadım	58,2

Kaynak: Köse M.R., Başara B.B., Güler C., Soyutun İ., Aygün A., Özdemir A.T., Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, T.C. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2016

2.3.3. Klinik meme muayenesi

KMM sağlık profesyonelleri tarafından meme kanseri belirtilerini en erken seviyede yakalayabilmek adına yapılan bir fizik muayenedir. İnceleme ve palpasyon yöntemleri kullanılarak yatar ve ayakta pozisyonlarda yapılmaktadır. Memelerin şekil ve büyüklüğü, meme derisinde şişkinlik, çukurlaşma, renk değişikliği, meme başında içe çekilme, asimetri, portakal kabuğu görünümü açısından gözlenmekte ve herhangi bir kitlenin varlığı araştırılmaktadır. 40 yaş altındaki kadınlarda meme kanseri tanısında katkı sağlarken 40 yaş üzerinde mamografiyi destekleyen bir yöntemdir. Menopoz öncesi kadınlarda mestruasyondan bir hafta sonrası KMM için uygun zamandır. KMM, meme dokusu yoğun olan kadınlarda mamografi ile görüntülenemeyen veya periferik yerleşmiş mamografi sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır (15,83,92,124,129).

2.3.4. Mamografi

Meme kanseri taramasında en etkili yöntem olan mamografi, düşük doz x ışınlarının kullanılmasıyla memenin kas, yağ ve grandüler yapısının incelenmesine imkan vermektedir. Mamografi meme içerisindeki farklılıkları kişinin kendisi veya KMM'sini yapan sağlık çalışanı tarafından hissedilemeyecek seviyedeyken bile görüntüleyebilmektedir. Sağ kalım oranları KMM'de %59 ve %84 arasında iken mamografide %77 ve %93 oranları arasındadır. Mamografi, memedeki kitleyi elle hissedilir olmadan 2 yıl önce belirleyebilmektedir. Bu özelliği sayesinde erken tanıda çok büyük önem taşır ve randomize kontrollü tarama çalışma sonuçları karşılaştırıldığında kadınların meme kanseri mortalitesini %20 oranında azalttığı tespit edilmiştir. Bu oranın gelişmiş ülkelerde taramalarda mamografi kullanımının daha etkin

olması ve taramaların daha fazla kişiye ulaşması nedeniyle %40'lara ulaştığı görülmüştür (10,74,95). Ülkemizde onbeş yaş ve üzeri kadınların mamografi çekirme durumları tablo 2.7.'de verilmiştir (90).

Tablo 2.7. Onbeş Yaş ve Üzeri Kadınların Mamografi Çekirme Durumunun Dağılımı

Mamografi Çekirme Zamanı	%
Son 1 Yıl İçerisinde	8,3
1 Yılda Çok, 2 Yılda Az	5,6
2 Yılda Çok, 3 Yılda Az	3,6
3 Yılda Çok, 5 Yılda Az	3,4
5 Yılda Fazla	4,1
Hiçbir Zaman	75,1

Kaynak: Köse M.R., Başara B.B., Güler C., Soyutun İ., Aygün A., Özdemir A.T., Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, T.C. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2016

Meme kanserinin tanınması ve tedavisi kadında diğer kanserlerde yaşanan sıkıntıların yanı sıra kadınlık imajına ve benlik saygısına zarar vermektedir. Meme kanseri cerrahi tedavisi sonucunda kadınlığın sembolü olarak nitelendirilen ve dıştan belli olan bir organın kaybı birçok psikolojik problemi de beraberinde getirmektedir. Meme kanseri tanısı alan kadınlar kendilerini anksiyete, depresyon, ölüm korkusu, beden imajında bozulma, aile içi ilişkilerin bozulması, cinsel kimliğin zedelenmesi, çaresizlik, umutsuzluk, gelecek kaygıları yaşama gibi birçok sıkıntılı durumun içerisinde bulabilirler (60,147). Bu sorunlarla baş edebilmek, hayata tutunmak, kanserle mücadele etmek için arkadaş, aile ve özellikle eş desteği oldukça önemlidir (147). Kadınlar memenin kaybı ile cinsel istekte azalma yaşama ve yetersiz hissetme nedenleri ile evlilik ilişkilerinin tehlikeye girmesi korkusuyla yaşarlar. Bu korkuyu aşmada en etkili yol eş desteğidir. Kadın sağlığının tüm rahatsızlıklarında cinsel yaşam olumsuz etkilenmektedir. Gebelik dönemi, postpartum dönem, infertilite problemleri, jinekolojik problemler ve kanserler, meme kanseri gibi sağlık problemleri sırasında ve sonrasında eşten gelen sevgi, şevkat ve anlayış bozulan cinsel hayatın düzelmesini, doyumun artmasını sağlamaktadır (107). Kanserlerin getirdiği negatif sonuçlar ile baş etme, tedavi sürecine ve sonraki yaşama uyum sağlama sağlıklı evlilik ilişkisi yürütebilen çiftlerde mümkündür. Güven dolu, paylaşımaya dayalı bir ilişki yaşamak ve bunu sürdürebilmek her türlü sıkıntı ile baş etmeyi kolaylaştırabilmektedir (8,105). Eşlerin paylaşımından kaçınmaları, evlilik uyumunun azalmasının yanısıra meme kanseri gibi

ciddi rahatsızlıkların semptomlarının daha fazla hissedilmesine, psikolojik rahatsızlıkların artmasına sebep olmaktadır (105,134).

Eş desteğinin sağlanabilmesi psikoseksüel ve evlilik uyumu ile yakından ilişkilidir (86,105). Meme kanseri tanısı alan kadınların evlilik uyumlarında azalma olabilmektedir. Bu azalma kanserin fizyolojik semptomlarını arttırmasının yanında ruhsal yıkıma neden olmaktadır. Eşler arası uyumun yüksek olması sorunlarla daha etkili başetmeye, ruhsal sıkıntıların daha az hissedilmesine, tedavi sürecine uyumu kolaylaştırmasına, geleceğe umut dolu bakılmasına imkan sağlamaktadır (105). Meme kanseri sürecinde eşlerin tedavi hakkında kararları birarada verebilmesi, hastanın yanında bulunması, günlük yaşam sıkıntılarını paylaşabilmesi, ailenin devamlılığını sağlamak adına tedavi sürecinde kadının sorumluluklarını üstlenmesi; kadının eşi tarafından desteklendiğini hissetmesini sağlamaktadır. Yeterince desteklendiğini hisseden kadınların yaşam kalitesi, sorunlarla başetme becerisi ve evlilik ilişkileri oldukça olumlu etkilenmektedir (105,141).

2.4. Eş Desteği

Sosyal destek çok boyutlu bir kavram olup bilgi verme, maddi yardım, duygusal destek, takdir etme, sorunlarla başa çıkmada yardım ve model olma adımlarından oluşmaktadır. Sosyal destek kaynakları ise eş, aile, arkadaşlar, sağlık çalışanları ve sosyal çevrede yer alan insanlar olarak sıralanabilir (165).

Sağlıklı bir aile yapısının oluşturulması ve sürdürülebilmesi, eşler arasındaki ilişkinin saygı ve sevgi temeline dayalı olmasıyla ve eşlerin birbirlerine karşı destekleyici davranışlarıyla mümkündür. Sağlıklı bir aile yapısının olduğu ortamda, birbirine karşı destekleyici davranan eşler, kendi ruh ve beden sağlıklarını koruyabilirler, işsizlik, yoksulluk, aile içi çatışmalar gibi zor durumlarla daha kolay baş edebilirler; kendi çocuklarına karşı daha destekleyici davranabilir ve onların bütün halinde gelişmelerine katkıda bulunabilirler (165). Eşlerin birbirini desteklemesi eşler arasında duygusal bağı arttırarak daha güçlü olmasını sağlamakta ve ilişkide çatışmayı, stresi ve çözümsüzlüğü önlemektedir. Özellikle eş desteği, stresli hissedilen zamanların yanı sıra bireyin her ihtiyaç duyduğu zamanda bu desteği algılamasını ve hissetmesini de sağlamaktadır (39). Eşten gelen destek başka hiçbirşeyle telafi edilemeyen ciddi bir rol oynamaktadır ve bunun sebebi eşlerin birbirlerine ihtiyaç duydukları her an bu ihtiyacı karşılayabilecek kapasitede olmalarıdır. Özellikle kriz dönemlerinde tüm toplumlarda en yaygın ve en önemli sosyal destek kaynağı evlilik ve aile kurumudur.

Evlilik gibi bir bağ ile ortak bir hayatı yaşamaya başlayan bireyler için en yakın sosyal destek kaynağı eş olmaktadır. Evli bireyler üzüntülerini, sevinçlerini, sıkıntılarını ve mutluluklarını eşleriyle birlikte yaşamaktadır. Bireyler en çok eşlerinden algıladıkları destekle kendilerini daha güçlü, daha mutlu ve iyi hissedebilmektedirler. Ayrıca bireyin, fiziksel ve psikolojik sağlığını pozitif yönde etkilemektedir (38,68,132). Evli bireyler eşlerinin desteğini diğer sosyal destek sağlayıcılarından çok daha önemli görmekte ve eşlerinin desteğini tercih ederek evlilik doyumlarını arttırmaktadırlar (38).

Evlilik kalitesine ve evlilik ilişkilerinin kalıcılığına katkıda bulunan mekanizmalar;

- Şiddetli stres zamanlarında eşten gelen destek, büyük güç kaynağıdır ve eşler arasındaki bağı güçlendirip evliliği sağlamlaştırmaktadır.
- Eşten gelen destek depresyon başlamasını önlemektedir.
- Eşler arasında kaçınılmaz olan anlaşmazlık durumlarında destekleyici davranışlar çatışmalardaki olumsuzluğu azaltmaktadır.
- Duygusal yakınlık eşler arasında destekleyici etkileşimlerle güçlü bir bağ haline gelmektedir (36,38,68).

Eşinden destek alabilen bireylerin etkili başetme mekanizmalarına sahip oldukları ve daha özgüvenli bireyler oldukları düşünülmektedir. Aynı zamanda yeterli eş desteği bireylerin ruh ve beden sağlığını korurken strese karşı önleyici bir bariyer oluşturmaktadır (165). Eşler birbirlerine sosyal, fiziksel ve duygusal yakınlık göstermelidir ve bu yakınlığı birbirlerine hissettirmelidir. Bu yakınlık sayesinde eşler değerli olduğunu, saygı duyulduğunu, sevildiğini ve birey olarak kıymetli olduğunu hisseder (143). Bu olumlu duyguları hissetmekte zorlanan eşler evliliklerinde başgösteren problemlere karşı savunmasız kalırlar ve başetme mekanizmaları geliştiremezler.

Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı erkeklere göre daha fazladır. Bu durum kadınların erkeklerden daha uzun ömre sahip olup daha fazla hastalıkla karşılaşmaları, kadınlarda ruhsal problemlerin daha fazla belirti göstermesi ve kadınların üreme sağlığı ile ilgili problemleri erkeklerden çok daha fazla yaşama ihtimalleri nedeniyledir. Ayrıca kadınların cinsel yaşamları, üreme sağlığının etkilendiği istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, gebelikler, postpartum ruhsal bozukluklar, çok doğum yapma, infertilite, CYBE, meme kanseri ve jinekolojik kanserler nedeniyle olumsuz etkilenmektedir. Kadınların cinsel yaşamının etkilenmesi ailevi problemlere, eşlerde cinsel tabulara dönüşebilmektedir (89). Kadın sağlığı hastalıklarının tedavisinin

önemli olmasının yanısıra bu hastalıklardan korunmak daha da önemli olmaktadır. Kadınların hastalıklardan korunma, hastalıkların erken teşhis ve tedavisinin sağlanmasında en önemli destekçisi olan eşlerin desteği hakkında literatür bilgisinin kısıtlı olması nedeniyle bu çalışma planlanmıştır. Eş desteği ile ilgili araştırmalara aşağıda yer verilmiştir.

Üner'in 1994 yılında hamile kadınların algılanan ve arzulanan eş desteğini ölçtüğü çalışmada, hamile kadınların arzuladıkları eş desteğinin algıladıkları eş desteğinden yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda hamile kadınların, eşlerinden aldıkları desteğin annelerinden ve hekimlerinden aldıkları desteğe kıyasla daha önemli buldukları belirtilmiştir (150).

Griep ve arkadaşlarının 2009 yılında Brezilya'da hemşirelerle yaptığı ve sosyal desteğin düzenli kişisel tarama muayenelerine pozitif etkisi hipotezini ele alan bir araştırmada, yüksek oranda sosyal destek alanların, sosyodemografik ve mesleki değişkenlerden bağımsız olarak daha yüksek oranda yeterli KKMM uygulaması ve pap smear testi yaptırdıkları belirlenmiştir (64).

Özdemir'in 2017 yılında meme kanseri tanısı almış kadınlarla yaptığı çalışmada, meme kanseri hastalarına verilen sosyal desteğin stresle etkili başa çıkmada ana etmen olduğu sonucuna ulaşılmıştır (106).

Salman'ın 2017 yılında mastektomi yapılan kadınlarda yaptığı çalışmada, mastektomili kadınların sosyal desteğinin iyi olmasının psikolojik dayanıklılıklarının da artmasına imkan sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (120).

Abushaikka ve Sheil'in 2006 yılında yaptığı çalışmada, doğum sırasında en çok yardımı dokunan ve destek aldıkları kişinin eşi olduğunu söyleyenlerin oranı %63, hemşire olduğunu söyleyenlerin oranı ise %18 olduğunu belirtmişlerdir (1).

Tural'ın 2017 yılında infertil kadınlarla yaptığı çalışmada, kadınların algıladığı sosyal desteğin artmasının infertiliteden olumsuz etkilenme düzeylerini oldukça azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (142).

Çelik'in 2016 yılında evli bireylerin algıladıkları stres düzeyi ve sosyal destek düzeylerinin evlilik uyumlarına etkisini incelediği çalışmasında, eşlerin algıladığı stres düzeyinin evlilik uyumunu olumsuz etkilediği, algılanan sosyal desteğin ise evlilik uyumunu olumlu etkilediği tespit edilmiştir (43).

Değirmenci'nin 2016 yılında gebe kadınlarla yaptığı çalışmada, gebelerin aldıkları sosyal destek düzeyleri arttıkça psikososyal sağlık durumlarının olumlu yönde etkilendiği ve gebelerin psikososyal sağlıklarını korumak ve sosyal desteklerini

arttırmak için hemşirelere ve sağlık çalışanlarına bu konularda eğitim desteği verilmesinin gerektiğine dikkat çekmiştir (48).

Uludağ'ın 2017 yılında erken lohusalık döneminde eş desteğinin emzirme öz yeterliliğine etkisini araştırdığı çalışmada, annelerin eğitim ve çalışma durumunun, eşin eğitim durumunun, maddi gelir düzeyinin eş destek düzeyini olumlu etkilediği ve eş desteği arttıkça emzirme öz yeterliliğinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (148).

Güven ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı eşlerin farklı değişkenlere göre sosyal destek algısını araştırdığı çalışmada, erkeklerin kadınlara göre daha fazla eş desteği aldığı, çocuk sayısının artması ile eş desteğinin azaldığı, maddi geliri yüksek olan çiftlerin eş desteğinin de yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (69).

Çağ'ın 2011 yılında yaptığı çalışmada, erkeklerin kadınlara göre daha fazla eş desteği aldığı, gelir düzeyi, cinsel yaşam memnuniyeti, sorumluluk paylaşım oranı ve dindarlık düzeyi arttıkça eş desteği alma durumlarının ve evlilik doyumlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (38).

Zinsenger ve arkadaşlarının 2011 yılında meme kanseri tanısı almış kadınlarda ameliyat sonrası 12 aylık dönemi kapsayan, algılanan eş desteği ile psikoseksüel adaptasyonu araştırdığı çalışmada, eşten algılanan duygusal, maddesel ve açıklayıcı desteğin herbirinin çalışmaya katılan kadınların seksüel adaptasyonunda ve ilişki doyumunda rolü olduğunu saptamışlardır (169).

Atçeken'in 2014 yılında eş desteğini yordayan değişkenler üzerine yaptığı çalışmada, ilişkilerdeki nedensellik ve sorumluluk yüklemeleri arttıkça eş desteğinin azaldığını, eşlerin benzerlikleri ve evlilikte problem çözme becerileri arttıkça eş desteği seviyesinin arttığı belirtilmiştir (14).

Turan'ın 2015 yılında ailede bütünlük duygusunun ve eş desteğinin evlilikte problem çözme becerisine etkisini araştırdığı çalışmada, evli bireylerin eş destek ölçeği alt boyutlarından olan maddi yardım, bilgi desteği, sosyal ilgi desteği, takdir etme ve duygusal destek ile evlilikte problem çözme becerisi arasında negatif yönlü bir bağlantı olduğu tespit edilmiştir (143).

Kabasakal ve Soylu'nun 2016 yılında evli bireylerin evlilik doyumunu cinsiyet ve eş desteğine göre incelediği çalışmada, cinsiyetin evlilik doyumunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, eş desteğinin artması ile evlilikte sağlanan doyumun da arttığı belirlenmiştir (81).

Üreme sağlığı taramaları sırasında utanma duygusu, mahremiyete dikkat edilmemesi, bilinmezliğe duyulan korku, muayene pozisyonu, kullanılan aletlerin

bilinmemesi, ağrı hissetme korkusu, gerekliliğini bilmeme gibi duygular kadınlara yoğun stres yaşatmaktadır (42,98). Yapılan çalışmalarla eşleri tarafından destek gören kadınların algıladıkları stres düzeyinin düştüğü ve yaşam kalitelerinin arttığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu konuda yeterli düzeyde bilgi sahibi olan erkek sağlık çalışanları eşlerine destekte bulunarak yaşanan stresi azaltıcı etki sağlayabilmektedir. Aynı zamanda sosyal desteğin içeriğinde yer alan bilgi sağlama adımıyla, eşlere gerekli bilgiyi vererek taramaların devamlılığı sağlanabilmekte ve taramalar sırasındaki anksiyete ve stresi azaltmaya yardımcı olunabilmektedir (127). Muayeneler sırasında yaşanan olumsuz duygular eşlerin yanında olmasıyla hafifletilmektedir.

Sağlıklı bir yaşam sağlamak ve bu sağlığın sürdürülebilmesi için alınacak önlemlerin ve girişimlerin tümünde sağlık çalışanlarının insanları eğitmesi en önemli basamaktır. Düzenli ve yeterli içerikte yapılan gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerinin kadın sağlığını korumada ve geliştirmede ne kadar ciddi öneme sahip olduğunu bilen sağlık çalışanları bu bilgileriyle kadınları aydınlatmalı, teşvik etmelidir. Bu aktarım sayesinde kadınların taramaları düzenli yaptırılmaları sağlanmakta, mortalite oranlarında azalmalar görülmektedir. Bu sebeple sağlık çalışanları kendi sağlıklarından sorumlu oldukları kadar hasta veya sağlıklı tüm toplumun sağlığını korumak ve geliştirmekten sorumludur. Başarılı bir aile yapısında eşler birbirlerine sağlık konusunda destek olmalıdır (52). Erkeklerin, eşlerine kadın sağlığı taramaları yaptırması konusunda destek olmaları hakkında, ülkemizde çalışmanın olmaması nedeniyle bu konuya daha fazla önem gösterilmelidir. Bu bilgiler ışığında, erkek sağlık çalışanlarının, en yakınlarındaki kadınlardan olan eşlerine, gerekli kadın sağlığı muayenelerini yaptırılmaları için konuşma yapma durumları, bu muayeneler sırasında yanlarında bulunma durumları, muayene zamanlarının takibi gibi konulardaki destekleri araştırılmak istenmiştir.

2.5. Araştırmanın Hemşirelik İçin Önemi

Kadın sağlığının korunmasında büyük rol ve sorumluluk sahibi olan hemşireler, kadın sağlığı taramaları hakkında yeterli bilgi ve donanıma sahip olmalıdır. Bu kapsamda kadınların sağlık taramalarını yaptırılmalarına engel olacak durumları bilmeli, etkilerini azaltmalı ve mümkünse ortadan kaldırmalıdır. Bunun yanısıra kadın sağlığı taramalarını yaptırmak için olumlu etki gösteren durumları da fark etmeli ve bu durumları desteklemelidir.

Çiftlerin hayatın her anında paylaşım içerisinde olmaları birey sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Kadınların sağlık taramalarında eşlerinden aldıkları destek sayesinde muayenelerini aksatmayacakları ve muayeneler sırasında yaşanan olumsuz duygu ve düşüncelerin eş desteği sayesinde azaltılabileceği düşünölmektedir. Bu sebeplerle hemşirelerin bu konu hakkında bilgi sahibi olmalarıyla ve bu bilgilerini çalışma arkadaşlarından başlamak üzere topluma aktarmalarıyla kadın sağlığı taramalarına katkı sağlayabilecekleri düşünöldüğünde bu çalışmanın gerçekleştirilmesi önem taşımaktadır.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni

Araştırma, erkek sağlık çalışanlarının eşlerine ilişkin gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri yaptırmaları için konuşma yapma durumları, bu muayeneler sırasında yanlarında bulunma durumları, muayene zamanlarının takibi gibi konulardaki desteklerini araştırmak ve bu konuda farkındalık yaratmak amacıyla tanımlayıcı tipte ve kesitsel desende planlanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

1. Eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerine ilişkin erkek sağlık çalışanlarının düşünceleri mesleklerine göre farklılık göstermektedir.
2. Eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerine ilişkin erkek sağlık çalışanlarının düşünceleri yaşlarına göre farklılık göstermektedir.
3. Eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerine ilişkin erkek sağlık çalışanlarının düşünceleri evlilik sürelerine göre farklılık göstermektedir.
4. Eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerine ilişkin erkek sağlık çalışanlarının düşünceleri maddi gelir düzeylerine göre farklılık göstermektedir.
5. Eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerine ilişkin erkek sağlık çalışanlarının düşünceleri eşlerinin çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.
6. Eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerine ilişkin erkek sağlık çalışanlarının düşünceleri eşlerinin yaşlarına göre farklılık göstermektedir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 698 yataklı, hekimlerin ve teknisyenlerinin çoğunluğunun askerlerden oluştuğu ve askerlere hizmet etmek amacıyla varolan Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde Haziran 2016 ve Ağustos 2016 tarihleri arasında etik kurul onayı alınarak yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde görev yapmakta olan hekim, teknisyen ve hasta bakıcılardan oluşan 300 erkek sağlık çalışanı oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise, Haziran 2016 ve Ağustos 2016 tarihleri arasında aktif görev yapan ve araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden 176 hekim, teknisyen ve hasta bakıcılar oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmaya Katılma Kriterleri

Araştırmanın örneklemine katılma kriterleri;

- Erkek sağlık çalışanı olma (hekim, teknisyen ve hasta bakıcı)
- Evli olma
- Araştırmaya gönüllü katılma olarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri;

Erkek sağlık çalışanlarının mesleği, yaşı, maddi gelir durumu, evlilik süreleri ve erkek sağlık çalışanı eşlerinin yaşı ve çalışma durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri;

Erkek sağlık çalışanlarının, eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerine ilişkin düşünceleri araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından güncel literatürler ışığında hazırlanan ve 2 bölümden oluşan anket soruları kullanılmıştır.

İlk bölümde 13 sorudan oluşan erkek sağlık çalışanlarının ve eşlerinin bireysel özellikleri; yaşları, maddi durumları, evlilik yılları, eşlerin meslekleri, gebe kalma ve canlı doğum sayıları ve erkek sağlık çalışanlarının üreme sağlıkları hakkındaki bilgileri; üreme sağlığı kontrollerini yaptırdıkları hekimlerin tanıdık olma durumu, kendi kurumlarında yaptırma durumları sorulmuştur.

İkinci bölümde erkek sağlık çalışanı eşlerinin üreme ve cinsel sağlıkları hakkındaki bilgilerini ölçmek amacıyla sorulan 13 soru mevcuttur. Erkek sağlık çalışanlarından herbir soruya eşlerinin gebelik muayene bilgileri, jinekolojik muayene bilgileri ve meme muayene bilgileri olmak üzere 3 bölümde cevap vermeleri istenmiştir. Toplamda 39 soruluk cevaplar elde edilmiştir.

Araştırmanın anket soruları ön uygulama olarak GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde görevli olan 10 erkek sağlık çalışanına uygulanmıştır. Bu pilot çalışmayla

anket sorularının anlaşılabilirliği ve eksikleri olup olmadığı değerlendirilmiştir. Ön uygulama yapılan sağlık çalışanları çalışmaya dahil edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Anket soruları, hastanede araştırma yapabilmek için gerekli izin alındıktan sonra Haziran ve Ağustos ayları arasında görevde olan erkek sağlık çalışanlarına, çalışma hakkındaki bilgiler verilip rızaları alınarak ve yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır.

Araştırmacının öncelikle kendini tanıtmaya başlayan veri toplama yöntemi erkek sağlık çalışanının soruları cevaplamasıyla tamamlanmıştır. Soruların cevaplandırılması 15-20 dakika sürmüştür.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Etik Kurul'una ilgili prosedür sağlanarak yazılı olarak başvurulmuştur. 08.06.2016 tarihinde 1491-70-16/1539 numaralı etik kurul onayı alınmıştır (Ek-3). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarına veri toplanmadan önce bilgilendirme yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde çalışan erkek sağlık çalışanları ile sınırlıdır. Tüm erkek sağlık çalışanlarına genellenemez.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analiz SPSS 20.0 paket programda %95 güven aralığında yapılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında, verilerin kategorik olması sebebiyle Pearson Ki Kare testi kullanılmış ve veriler arasındaki ilişki %5 hata payı ile tespit edilmiştir. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Yapılan Ki Kare testlerinde, anlamlı sonuç elde edilen değerlerde ($p < 0,05$) eş desteği kapsamında önem arzeden parametrelere Bonferoni düzeltmesi yapılarak alt grup karşılaştırması için ikili gruplar arasında Ki Kare testi uygulanmıştır. Bonferoni düzeltmesi ikiden fazla grup içeren parametrelerde, farkın hangi iki grup arasında olduğunu tespit etmek amacı ile kullanılmıştır. Bu kapsamda Bonferoni düzeltmesi

formülü ile p değeri hesabı 3 değişkenli parametrelerde 0,017, 4 değişkenli parametrelerde ise 0,008 olarak hesaplanmış ve anlamlılık buna göre değerlendirilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler ve Anlamlılık Düzeyleri

Araştırmanın Değişkenleri	İstatistiksel Analiz	Anlamlılık Düzeyi
Erkek sağlık çalışanlarının ve eşlerinin bireysel özellikleri ve erkek sağlık çalışanlarının eşlerine yönelik gebelik jinekolojik ve meme muayenelerine ilişkin bulgular	Pearson Ki Kare testi	$p < 0,05$
-Eş ile gebelik, jinekolojik ve meme sağlığı hakkında konuşma durumu -Eş ile muayene yaptıрма hakkında konuşma durumu -Muayeneler sırasında eşin yanında bulunma durumu -Muayene yaptırmak için manevi destek olma durumu	Bonferoni Düzeltmesi ile Ki Kare Testi	3'lü grup karşılaştırmalarında $p < 0,017$ 4'lü grup karşılaştırmalarında $p < 0,008$

Veri toplama formunda gruptaki sayı azlığı nedeniyle erkek sağlık çalışanı yaşı ve eş yaşlarından 50 ve üzeri seçeneği, 40-49 seçeneği ile birleştirilerek 40 ve üzeri yaş seçeneği olarak değerlendirilmiştir. Eş gebe kalma sayısı ve eş canlı doğum sayısı cevapları 4 ve üzeri seçeneği sayı azlığı nedeniyle 3-4 seçeneği ile birleştirilerek 3 ve üzeri seçeneği olarak değerlendirilmiştir. Jinekolojik muayene sayısında, 3 ayda bir seçeneği her yıl seçeneği ile birleştirilerek değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 176 erkek sağlık çalışanının ve eşlerinin demografik bilgileri ile erkek sağlık çalışanı eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme sağlığı muayeneleri hakkındaki bilgileri ve bu bilgilerin karşılaştırılmasına dair bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Sağlık Çalışanlarının ve Eşlerinin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgularının Dağılımı (n=176)

Sağlık çalışanı özellikleri	n (sayı)	% (yüzde)
Meslek		
Hekim	65	36.9
Sağlık Teknisyeni	43	24.4
Hasta Bakıcı	68	38.6
Yaş		
20-29	21	11.9
30-39	72	40.9
40 ve Üzeri	83	47.2
Maddi Gelir		
Gelir Giderden Az	36	20.5
Gelir Gidere Eşit	88	50
Gelir Giderden Fazla	52	29.5
Sağlık çalışanı eşlerinin özellikleri		
Yaşı		
20-29	35	19.9
30-39	83	47.2
40 ve Üzeri	58	33
Çalışma Durumu		
Ev Hanımı	74	42
Özel Sektör Çalışanı	41	23.3
Kamu Çalışanı	61	34.7
Maddi Geliri		
Gelir Giderden Az	66	37.5
Gelir Gidere Eşit	78	44.3
Gelir Giderden Fazla	32	18.2
Gebe Kalma Sayısı		
Hiç	25	14.2
1-2	106	60.2
3 ve üzeri	45	25.6
Canlı Doğum Sayısı		
Hiç	31	17.6
1-2	119	67.6
3 ve üzeri	26	14.8
Evlilik Süresi		
1-3 yıl	32	18.2
4-7 yıl	37	21
8-11 yıl	30	17
12 ve üzeri	77	43.8

Tablo 4.1’de erkek sağlık çalışanı demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımına yer verilmiştir. Araştırmanın örneklemi 65 hekim, 43 sağlık teknisyeni ve 68 hasta bakıcı olmak üzere 176 erkek sağlık çalışanından oluşmaktadır. Erkek sağlık çalışanlarının % 47.2’si 40 yaş ve üzerindedir. 30-39 yaş aralığında bulunan erkek sağlık çalışanı eşlerinin oranı %47.2’dir. Araştırmaya katılan erkek sağlık çalışanlarının %50’si maddi gelirini, gelir gidere eşit olarak tanımlarken, eşlerinin maddi gelirini, gelir

gidere eşit olarak tanımlayanların oranı %44.3'tür. %42 erkek sağlık çalışanınin eşi ev hanımıdır. Eşlerin 3 ve üzeri gebe kalma oranı %25.6 iken hiç canlı doğum gerçekleştirmeyenlerin oranı %17.6 olarak tespit edilmiştir. 12 yıl ve üzerinde evlilik süresi bulunanlarının oranı ise %43.8'dir.

Tablo 4.2. Sağlık Çalışanlarının ve Eşlerinin Üreme Sağlığına Yönelik Sorulara Yanıtlarının Dağılımı (n=176)

Yanıtlar	Sağlık Çalışanı Davranışı				Sağlık Çalışanı Eşinin Davranışı			
	Sağlık Çalışanı Eşlerinin Sağlık Kontrollerini Kurum İçinde Yaptırma		Sağlık Çalışanı Eşlerinin Kontrollerini Tanıdık Hekime Yaptırma		Eşlerin Sağlık Çalışanlarının Kontrollerinde Bulunma Durumu		Sağlık Çalışanlarının Eşleri ile Kendi Üreme Sağlığı Problemleri Hakkında Konuşabilme	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	123	69.9	146	83	101	57.4	164	93.2
Hayır	53	30.1	30	17	75	42.6	12	6.8

Tablo 4.2'ye göre erkek sağlık çalışanlarının %69.9'u eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme sağlığı kontrollerini kendi çalıştıkları kurumda yaptırmaktadır. Eşlerinin kontrolünde, tanıdık hekimleri tercih eden erkek sağlık çalışanı oranı %83 olarak belirlenmiştir. Erkek sağlık çalışanlarının %93.2'si kendi üreme sağlığı problemleri hakkında eşi ile konuşabildiğini, %57.4'ü ise kendi üreme sağlığı kontrollerinde eşinin yanında bulunduğunu ifade etmiştir.

4.1 Gebelik muayeneleri ile ilgili karşılaştırmalar

Tablo 4.1.1. Eşlerinin Gebelik Muayeneleri Hakkında Erkek Sağlık Çalışanlarının Düşüncelerinin Mesleklere Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=176)

Gebelik muayeneleri		Hekim		Teknisyen		Hasta bakıcı		Toplam		x ²
		n	%	N	%	n	%	n	%	P
Muayene sayısı	Hiç	9	13.8	7	16.3	4	5.9	20	11.4	x ² =5,901 p=0,207
	Her ay	8	12.3	9	20.9	16	23.5	33	18.8	
	Hekimin önerdiği kadar	48	73.8	27	62.8	48	70.6	123	69.9	
Muayene nedeni	Rutin kontrol	58	89.2	40	93	56	82.4	154	87.5	x ² =3,024 p=0,220
	Gelişen problem	7	10.8	3	7	12	17.6	22	12.5	
Konu ile ilgili bilgili olma	Var	61	93.8	34	79.1	43	63.2	138	78.4	x ² =20,559 p=0,001*
	Yok	1	1.5	4	9.3	16	23.5	21	11.9	
	Yeterli değil	3	4.6	5	11.6	9	13.2	17	9.7	
Konu hakkında eğitim alma	Var	47	72.3	17	39.5	21	30.9	85	48.3	x ² =24,587 p=0,001*
	Yok	18	27.7	26	60.5	47	69.1	91	51.7	
Muayene yaptırmama nedenleri	Korku, endişe	3	4.6	4	9.3	19	27.9	26	14.8	x ² =44,059 p=0,001*
	Gerekli olduğunu bilmeme	5	7.7	6	14	16	23.5	27	15.3	
	İhtiyaç duymama	26	40	19	44.2	29	42.6	74	42	
	Utanma	1	1.5	1	2.3	2	2.9	4	2.3	
	Diğer	30	46.2	13	30.2	2	2.9	45	25.6	
Eş ile gebelik hakkında konuşabilme durumu	Evet	62	95.4	40	93	50	73.5	152	86.4	x ² =16,156 p=0,003*
	Hayır	1	1.5	2	4.7	7	10.3	10	5.7	
	Çok nadir	2	3.1	1	2.3	11	16.2	14	8	
Eşin sıkıntısı olmadan muayene olma durumu	Evet	32	49.2	22	51.2	37	54.4	91	51.7	x ² =0,569 p=0,966
	Hayır	27	41.5	17	39.5	24	35.3	68	38.6	
	Bilmiyorum	6	9.2	4	9.3	7	10.3	17	9.7	
Muayenelerin faydalı olduğunu düşünme	Evet	61	93.8	42	97.7	57	83.8	160	90.9	x ² =7,456 p=0,114
	Hayır	2	3.1	0	0	5	7.4	7	4	
	Fikrim yok	2	3.1	1	2.3	6	8.8	9	5.1	
Eşin muayenelerinin faydalı olduğunu düşünme	Evet	57	87.7	38	88.4	56	82.4	151	85.8	x ² =5,389 p=0,250
	Hayır	2	3.1	0	0	6	8.8	8	4.5	
	Fikrim yok	6	9.2	5	11.6	6	8.8	17	9.7	
Eş ile muayene hakkında konuşma	Evet	41	63.1	30	69.8	35	51.5	106	60.2	x ² =4,031 p=0,133
	Hayır	24	36.9	13	30.2	33	48.5	70	39.8	
Muayenelerde eşinin yanında bulunma	Kesinlikle	47	72.3	33	76.7	40	58.8	120	68.2	x ² =7,533 p=0,110
	Asla	0	0	1	2.3	4	5.9	5	2.8	
	Nadiren	18	27.7	9	20.9	24	35.3	51	29	
Muayene yaptırmak için manevi destek	Evet	43	66.2	37	86	43	63.2	123	69.9	x ² =13,510 p=0,009*
	Hayır	17	26.2	3	7	11	16.2	31	17.6	
	Kısmen	5	7.7	3	7	14	20.6	22	12.5	

*işaretili olanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
Ki kare testi uygulanmıştır.

Tablo 4.1.1’de erkek sağlık çalışanlarının eşlerinin gebelik muayeneleri hakkında düşüncelerinin dağılımına ve mesleklere göre karşılaştırmalarına ilişkin

bulgular verilmiştir. Erkek sağlık çalışanı eşlerinin; muayene sayıları ele alındığında hekimin önerdiği kadar muayene yaptıranların toplam oranı %69.9, muayene nedenleri ele alındığında rutin kontrol sebebiyle muayene yaptıranların toplam oranı %87.5 olarak bulunmuştur. Gebelik muayeneleri hakkında hasta bakıcı eşlerinin %23.5'inin bilgisinin olmadığı, hekim eşlerinin ise konu hakkında eğitim alma oranının %72.3 olduğu bulunmuştur. Mesleklere göre eşlerin eğitim alma ve konu hakkında bilgi sahibi olma oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Eşlerin gebelik muayenesi yaptırmama nedenlerine bakıldığında, gerekli olduğunu bilmeme toplam oranı %15.3, ihtiyaç duymama toplam oranı %42'dir. Eşi ile gebelik muayenesi hakkında konuşma yapan sağlık çalışanı arasında en düşük oran %73.5 ile hasta bakıcılarda bulunmuş olup bu özellik açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Gebelik muayenelerinin faydalı olduğunu düşünme toplam oranı erkek sağlık çalışanları arasında %90.9, erkek sağlık çalışanı eşleri arasında %85.8 olarak bulunmuştur. %39.8 erkek sağlık çalışanının eşi ile gebelik muayenesi yaptırmama hakkında herhangi bir konuşma yapmamış olduğu, %2.8 erkek sağlık çalışanının ise gebelik muayenesi sırasında eşinin yanında bulunmadığı tespit edilmiş olup, bu özellikler açısından meslekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Muayenelerden kaçınmak için eşlerine en fazla manevi destekte bulunduğunu belirten grup %86 oran ile teknisyenlerdir ve mesleklere göre bu özellik açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.1.2. Eşlerinin Gebelik Muayeneleri Hakkında Erkek Sağlık Çalışanlarının Düşüncelerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=176)

Erkek sağlık çalışanı yaşı													
Gebelik muayeneleri		20-29		30-39		40 ve üzeri		Toplam		x ²			
		n	%	n	%	n	%	n	%	P			
Konu hakkında eğitim alma	Var	11	52.4	42	58.3	32	38.6	85	48.3	x ² =6,200 p=0,045*			
	Yok	10	47.6	30	41.7	51	61.4	91	51.7				
Eş ile muayene yaptıрма hakkında konuşma	Evet	14	66.7	50	69.4	42	50.6	106	60.2	x ² =6,127 p=0,047*			
	Hayır	7	33.3	22	30.6	41	49.4	70	39.8				
Muayene yaptırmak için manevi destek	Evet	14	66.7	57	79.2	52	62.7	123	69.9	x ² =13,443 p=0,009*			
	Hayır	7	33.3	5	6.9	19	22.9	31	17.6				
	Kısmen	0	0	10	13.9	12	14.5	22	12.5				
Eş yaşı													
Gebelik muayeneleri		20-29		30-39		40 ve üzeri		Toplam		x ²			
		n	%	n	%	n	%	n	%	P			
Konu hakkında eğitim alma	Var	23	65.7	44	53	18	31	85	48.3	x ² =11,912 p=0,003*			
	Yok	12	34.3	39	47	40	69	91	51.7				
Eş ile gebelik hakkında konuşabilme durumu	Evet	33	94.3	76	91.6	43	74.1	152	86.4	x ² =11,756 p=0,019*			
	Hayır	1	2.9	2	2.4	7	12.1	10	5.7				
	Çok nadir	1	2.9	5	6	8	13.8	14	8				
Muayene yaptırmak için manevi destek	Evet	25	71.4	66	79.5	32	55.2	123	69.9	x ² =12,105 p=0,017*			
	Hayır	8	22.9	8	9.6	15	25.9	31	17.6				
	Kısmen	2	5.7	9	10.8	11	19	22	12.5				
Evlilik yılı													
Gebelik muayeneleri		1 ay- 3 yıl		4 -7 yıl		8-11 yıl		12 yıl ve üzeri		Toplam		x ²	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	P	
Konu hakkında eğitim alma	Var	22	68.8	14	37.8	18	60	31	40.3	85	48.3	x ² =10,619 p=0,014*	
	Yok	10	31.2	23	62.2	12	40	46	59.7	91	51.7		
Maddi gelir													
Gebelik muayeneleri		Gelir giderden az		Gelir gidere eşit		Gelir giderden fazla		Toplam		x ²			
		n	%	n	%	n	%	n	%	P			
Konu hakkında eğitim alma	Var	10	27.8	48	54.5	27	51.9	85	48.3	x ² =7,720 p=0,021*			
	Yok	26	72.2	40	45.5	25	48.1	91	51.7				
Eş ile gebelik hakkında konuşabilme	Evet	27	75	77	87.5	48	92.3	152	86.4	x ² =10,233 p=0,037*			
	Hayır	5	13.9	2	2.3	3	5.8	10	5.7				
	Çok nadir	4	11.1	9	10.2	1	1.9	14	8				
Eş çalışma durumu													
Gebelik muayeneleri		Ev hanımı		Özel sektör		Kamu		Toplam		x ²			
		N	%	n	%	n	%	n	%	P			
Konu hakkında eğitim alma	Var	25	33.8	16	39	44	72.1	85	48.3	x ² =21,531 p=0,001*			
	Yok	49	66.2	25	61	17	27.9	91	51.7				

*işaretili olanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Ki kare testi uygulanmıştır.

Tablo 4.1.2’de eşlerinin gebelik muayeneleri ile ilgili erkek sağlık çalışanı düşüncelerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir. Erkek sağlık çalışanı yaş

aralığına göre, gebelik muayeneleri hakkında eğitim alma durumuna bakıldığında, 40 ve üzeri yaş aralığındaki erkek sağlık çalışanı eşlerinin eğitim alma oranı (%38.6) ve 40 ve üzeri yaş grubundaki erkek sağlık çalışanlarının eşleri ile gebelik muayenesi yaptırma hakkında konuşma oranları (%50.6) diğer yaş gruplarına göre daha düşük saptanmıştır. Erkek sağlık çalışanı yaşlarına göre bu değişkenler arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir. ($p<0,05$). Gebelik muayenesi yaptırma hakkında konuşma durumundaki farkı yaratan grubu belirleyebilmek için yapılan alt grup karşılaştırmalarına göre (Bonferoni testi) 30-39 yaş grubu ile 40 ve üzeri yaş grubu arasında ($p=0,017$) anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0,017$) diğer gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,017$). Erkek sağlık çalışanlarından eşlerine muayene yaptırma konusunda manevi destek verenlerin oranının 30-39 yaş aralığında daha yüksek olduğu (%79.2) fark edilmiştir. Farkı yaratan grubu belirleyebilmek için yapılan alt grup karşılaştırmalarına göre (Bonferoni testi) 20-29 ve 30-39 yaş grupları arasında ($p=0,002$) istatistiksel bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,017$). Diğer gruplar arasında ise istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0,017$).

20-29 yaş aralığında bulunan erkek sağlık çalışanı eşlerinin eğitim alma oranları (%65.7) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek ve 40 ve üzeri yaş aralığındaki eşlere erkek sağlık çalışanlarının gebelik muayenesi yaptırma konusunda manevi destek olma oranı (%55.2) diğer yaş gruplarına kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Eş yaşlarına göre bu değişkenler arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkı yaratan grubu belirleyebilmek için yapılan alt grup karşılaştırmalarına göre (Bonferoni testi) 30-39 ile 40 ve üzeri yaş grupları arasında ($p=0,007$) eşlerine gebelik muayenesi yaptırma konusunda manevi destek olma oranlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,017$). Diğer yaş grupları arasında istatistiksel bir fark saptanamamıştır ($p>0,017$). Erkek sağlık çalışanlarının eşleri ile gebelik hakkında konuşabilme oranı 40 yaş ve üzeri grupta (%74.1) diğer gruplarla karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur.

Evlilik yılına göre konu hakkında eğitim alma durumu karşılaştırıldığında evlilik yılı 1 ay-3 yıl grubunda olan erkek sağlık çalışanı eşlerinin eğitim oranı (%68.8) diğer evlilik yıllarına göre daha yüksek bulunmuş olup bu değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Maddi gelir düzeyini, gelir giderden az olarak tanımlayan erkek sağlık çalışanı eşlerinin eğitim alma oranı (%27.8) ve eşleri ile gebelik hakkında konuşabilme oranı (%75) diğer gelir gruplarına kıyasla daha düşük bulunmuştur. Maddi gelir düzeylerine göre bu değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Kamu kurumunda çalışan eşlerde gebelik hakkında eğitim alma oranı (%72.1) diğer gruplara kıyasla daha yuğsek bulunmuş olup bu ozellik açısından eşlerin çalışma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0,005$).



4.2 Jinekolojik muayeneler ile ilgili karşılaştırmalar

Tablo 4.2.1. Eşlerinin Jinekolojik Muayeneleri Hakkında Erkek Sağlık Çalışanlarının Düşüncelerinin Mesleklere Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=176)

Jinekolojik Muayeneler		Hekim		Teknisyen		Hasta bakıcı		Toplam		x ²
		n	%	n	%	n	%	N	%	P
Muayene sayısı	Hiç	10	15.4	8	18.6	8	11.8	26	14.8	x ² =4,040 p=0,401
	Her yıl	9	13.8	8	18.6	18	26.5	35	19.9	
	Hekimin önerdiği kadar	46	70.8	27	62.8	42	61.8	115	65.3	
Muayene nedeni	Rutin kontrol	49	75.4	30	69.8	47	69.1	126	71.6	x ² =0,735 p=0,693
	Jinekolojik sıkıntı nedeni	16	24.6	13	30.2	21	30.9	50	28.4	
Konu ile ilgili bilgili olma	Var	56	86.2	29	67.4	31	45.6	116	65.9	x ² =26,764 p=0,001*
	Yok	5	7.7	6	14	24	35.3	35	19.9	
	Yeterli değil	4	6.2	8	18.6	13	19.1	25	14.2	
Son kontrol zamanı	5 yıldan az	23	35.4	14	32.6	11	16.2	48	27.3	x ² =8,911 p=0,063
	5 ve 5 yıldan fazla	1	1.5	0	0	3	4.4	4	2.3	
	Bilmiyor	41	63.1	29	67.4	54	79.4	124	70.5	
Konu hakkında eğitim alma	Var	42	64.6	17	39.5	17	25	76	43.2	x ² =21,566 p=0,001*
	Yok	23	35.4	26	60.5	51	75	100	56.8	
Muayene yaptırmama nedenleri	Korku, endişe	4	6.2	6	14	22	32.4	32	18.2	x ² =48,463 p=0,001*
	Gerekli olduğunu bilmeme	15	23.1	11	25.6	18	26.5	44	25	
	İhtiyaç duymama	7	10.8	7	16.3	7	10.3	21	11.9	
	Utanma	9	13.8	13	30.2	19	27.9	41	23.3	
	Diğer	30	46.2	6	14	2	2.9	38	21.6	
Eş ile jinekolojik sağlık hakkında konuşabilme durumu	Evet	62	95.4	38	88.4	47	69.1	147	83.5	x ² =18,288 p=0,001*
	Hayır	1	1.5	3	7	14	20.6	18	10.2	
	Çok nadir	2	3.1	2	4.7	7	10.3	11	6.2	
Eşin sıkıntısı olmadan muayene olma durumu	Evet	32	49.2	20	46.5	34	50	86	48.9	x ² =1,081 p=0,897
	Hayır	25	38.5	18	41.9	23	33.8	66	37.5	
	Bilmiyorum	8	12.3	5	11.6	11	16.2	24	13.6	
Muayenelerin faydalı olduğunu düşünme	Evet	62	95.4	41	95.3	60	88.2	163	92.6	x ² =4,782 p=0,310
	Hayır	1	1.5	1	2.3	6	8.8	8	4.5	
	Fikrim yok	2	3.1	1	2.3	2	2.9	5	2.8	
Eşin muayenelerinin faydalı olduğunu düşünmesi	Evet	55	84.6	35	81.4	59	86.8	149	84.7	x ² =4,222 p=0,377
	Hayır	3	4.6	2	4.7	6	8.8	11	6.2	
	Fikrim yok	7	10.8	6	14	3	4.4	16	9.1	
Eş ile muayene yaptırmada konuşma	Evet	39	60	29	67.4	30	44.1	98	55.7	x ² =6,586 p=0,037*
	Hayır	26	40	14	32.6	38	55.9	78	44.3	
Muayenelerde eşinin yanında bulunma	Kesinlikle	43	66.2	28	65.1	33	48.5	104	59.1	x ² =9,086 p=0,059
	Asla	0	0	2	4.7	6	8.8	8	4.5	
	Nadiren	22	33.8	13	30.2	29	42.6	64	36.4	
Muayene yaptırmak için manevi destek	Evet	42	64.6	36	83.7	46	67.6	124	70.5	x ² =14,545 p=0,006*
	Hayır	18	27.7	3	7	8	11.8	29	16.5	
	Kısmen	5	7.7	4	9.3	14	20.6	23	13.1	

*İşaretili olanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Ki kare testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.1’de eşlerinin jinekolojik muayeneleri hakkında erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerinin dağılımı ve mesleklere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir. Hiç jinekolojik muayene yaptırmamış olanların toplam oranı %14.8, jinekolojik sıkıntı nedeniyle muayene yaptıranların toplam oranı %28.4’tür. Mesleklere göre jinekolojik muayeneler hakkında bilgi sahibi olma ve eğitim alma durumu karşılaştırıldığında, hasta bakıcı eşlerinin konu hakkında bilgi sahibi olma oranı (%45.6) ve konu hakkında eğitim alma oranları (%25) diğer meslek gruplarına kıyasla daha düşük bulunmuştur ve bu özellikler açısından meslek grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Erkek sağlık çalışanlarının %70.5’i eşlerinin son jinekolojik kontrol zamanını bilmediğini ifade etmiştir. Jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri ele alındığında korku ve endişe duyma oranı %18.2, utanma oranı %23.3 olarak bulunmuştur. Herhangi bir jinekolojik problem yaşamadan muayeneye giden eşlerin oranı %48.9’dur. Erkek sağlık çalışanlarının %92.6’sı muayenelerin faydalı olduğunu düşünürken, eşlerin %84.7’si faydalı olduğunu düşünmektedir. Eş ile jinekolojik sağlık hakkında konuşabilme oranı %95.4 olarak, hekim eşlerinde diğer meslek gruplarına göre daha yüksektir. Hasta bakıcıların eşleri ile jinekolojik muayene yaptırmama konusunda konuşabilme oranı (%44.1) tüm erkek sağlık çalışanlarının konuşabilme oranından (%55.7) daha düşük bulunmuştur. Eş ile jinekolojik sağlık hakkında ve muayene yaptırmama hakkında konuşabilme oranları mesleklere göre kıyaslandığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Eş muayene yaptırmaları için konuşma özelliği açısından farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan alt grupların analizinde teknisyenler ve hasta bakıcılar arasında ($p=0,016$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,017$). Diğer meslek grupları arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0,017$). Mesleklere göre erkek sağlık çalışanlarının muayeneler sırasında eşinin yanında bulunma durumuna bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Sağlık teknisyenlerinin, eşlerine jinekolojik muayene yaptırmaları için manevi destekte bulunma oranı (%83.7), diğer meslek gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.2.2. Eşlerinin Jinekolojik Muayeneleri Hakkında Erkek Sağlık Çalışanlarının Düşüncelerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=176)

Erkek sağlık çalışanı yaşı												
Jinekolojik muayeneler		20-29		30-39		40 ve üzeri		Toplam		x ²		
		N	%	n	%	n	%	n	%	P		
Muayene sayısı	Hiç	7	33.3	11	15.3	8	9.6	26	14.8	x ² =11,716 p=0,020*		
	Her yıl	6	28.6	16	22.2	13	15.7	35	19.9			
	Hekimin önerdiği kadar	8	38.1	45	62.5	62	74.7	115	65.3			
Eşin muayenelerinin faydalı olduğunu düşünmesi	Evet	13	61.9	65	90.3	71	85.5	149	84.7	x ² =10,932 p=0,027*		
	Hayır	3	14.3	2	2.8	6	7.2	11	6.2			
	Fikrim yok	5	23.8	5	6.9	6	7.2	16	9.1			
Eş ile muayene yaptırma hakkında konuşma	Evet	12	57.1	48	66.7	38	45.8	98	55.7	x ² =6,834 p=0,033*		
	Hayır	9	42.9	24	33.3	45	54.2	78	44.3			
Muayene yaptırmak için manevi destek	Evet	13	61.9	59	81.9	52	62.7	124	70.5	x ² =12,921 p=0,012*		
	Hayır	7	33.3	5	6.9	17	20.5	29	16.5			
	Kısmen	1	4.8	8	11.1	14	16.9	23	13.1			
Eş yaşı												
Jinekolojik muayeneler		20-29		30-39		40 ve üzeri		Toplam		x ²		
		N	%	n	%	n	%	n	%	P		
Muayene sayısı	Hiç	12	34.3	7	8.4	7	12.1	26	14.8	x ² =19,774 p=0,001*		
	Her yıl	6	17.1	23	27.7	6	10.3	35	19.9			
	Hekimin önerdiği kadar	17	48.6	53	63.9	45	77.6	115	65.3			
Konu hakkında eğitim alma	Var	20	57.1	38	45.8	18	31	76	43.2	x ² =6,498 p=0,039*		
	Yok	15	42.9	45	54.2	40	69	100	56.8			
Eş ile jinekolojik sağlık hakkında konuşabilme durumu	Evet	32	91.4	73	88	42	72.4	147	83.5	x ² =11,403 p= 0,022*		
	Hayır	2	5.7	4	4.8	12	20.7	18	10.2			
	Kısmen	1	2.9	6	7.2	4	6.9	11	6.2			
Muayene yaptırmak için manevi destek	Evet	26	74.3	65	78.3	33	56.9	124	70.5	x ² =12,841 p=0,012*		
	Hayır	8	22.9	7	8.4	14	24.1	29	16.5			
	Kısmen	1	2.9	11	13.3	11	19	23	13.1			
Evlilik yılı												
Jinekolojik muayeneler		1 ay- 3 yıl		4 -7 yıl		8-11 yıl		12 yıl ve üzeri		Toplam		x ²
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	P
Muayene sayısı	Hiç	11	34.4	6	16.2	2	6.7	7	9.1	26	14.8	x ² =17,591 p= 0,007*
	Her yıl	6	18.8	5	13.5	10	33.3	14	18.2	35	19.9	
	Hekimin önerdiği kadar	15	46.9	26	70.3	18	60	56	72.7	115	65.3	
Maddi gelir												
Jinekolojik muayeneler		Gelir giderden az		Gelir giderden eşit		Gelir giderden fazla		Toplam		x ²		
		N	%	n	%	n	%	n	%	P		
Konu ile ilgili bilgili olma	Var	16	44.4	62	70.5	38	73.1	116	65.9	x ² =9,428 p=0,051		
	Yok	12	33.3	15	17	8	15.4	35	19.9			
	Yeterli değil	8	22.2	11	12.5	6	11.5	25	14.2			
Konu hakkında eğitim alma	Var	9	25	43	48.9	24	46.2	76	43.2	x ² =6,196 p=0,045*		
	Yok	27	75	45	51.1	28	53.8	100	56.8			

Eş ile jinekolojik sağlık konusunda konuşabilme durumu	Evete	23	63.9	77	87.5	47	90.4	147	83.5	$\chi^2=21,373$ $p=0,001^*$
	Hayır	11	30.6	4	4.5	3	5.8	18	10.2	
	Çok nadir	2	5.6	7	8	2	3.8	11	6.2	
Eş çalışma durumu										
Jinekolojik muayeneler		Ev hanımı		Özel sektör		Kamu		Toplam		χ^2
		N	%	n	%	n	%	n	%	P
Konu hakkında eğitim alma	Var	21	28.4	12	29.3	43	70.5	76	43.2	$\chi^2=28,388$ $p=0,001^*$
	Yok	53	71.6	29	70.7	18	29.5	100	56.8	

*İşaretili olanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
Ki kare testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.2’de eşlerinin jinekolojik muayeneleri ile ilgili erkek sağlık çalışanı düşüncelerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir. 20-29 yaş grubunda bulunan erkek sağlık çalışanı eşlerinin jinekolojik muayeneye gitmeme oranı (%33.3), tüm yaş grupları ele alındığında hiç jinekolojik muayeneye gitmeyenlerin oranına (%14.8) göre daha yüksek bulunmuştur. Eşlerin jinekolojik muayenelerin faydalı olduğunu düşünme oranı 20-29 yaş grubunda en düşük düzeyde (%61.9) saptanmıştır. Bu özellikler açısından yaş grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$). Eş ile jinekolojik muayene yaptırma hakkında konuşma en yüksek %66.7 oranıyla 30-39 yaş aralığında bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkı yaratan grubu belirleyebilmek için yapılan alt grup karşılaştırmalarına göre (Bonferoni testi) bu farkın 30-39 yaş grubu ile 40 ve üzeri yaş grubu arasında ($p=0,009$) olduğu saptanmıştır ($p<0,017$). Jinekolojik muayene için manevi destekte bulunma oranı (%81.9) 30-39 yaş aralığında en yüksek olduğu tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkı yaratan grubu belirleyebilmek için yapılan alt grup karşılaştırmalarına göre (Bonferoni testi) alt grup analizinde bu farkın 20-29 ve 30-39 yaş grupları arasında ($p=0,006$) olduğu tespit edilmiştir ($p<0,017$).

20-29 yaş grubunda yer alan erkek sağlık çalışanı eşlerinin muayene sayısına bakıldığında, jinekolojik muayene yaptırmayanların oranı (%34.3) ve jinekolojik sağlık hakkında eğitim durumlarına bakıldığında, eğitim alma oranı (%57.1) diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur ve bu özellikler açısından yaş grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkek sağlık çalışanlarından eş yaşı 40 ve üzeri grubunda yer alanların, eşleri ile jinekolojik sağlık hakkında konuşmayanların oranı (%20.7) diğer eş yaşı gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuş olup, bu özellik açısından yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Eşlerine, jinekolojik muayene yaptırması için en az manevi destek

gösteren erkek sağlık çalışanı oranı eş yaşı 40 ve üzeri yaş aralığındadır (%56.9). Bu özellik açısından yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkı yaratan grubu belirleyebilmek için yapılan alt grup karşılaştırmalarına göre (Bonferoni testi) bu farkın 30-39 yaş grubu ile 40 ve üzeri yaş grubundan ($p=0,013$) kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p<0,017$).

Jinekolojik muayene sayılarına bakıldığında 1 ay-3 yıl evlilik süresi olan erkek sağlık çalışanı eşlerinden hiç jinekolojik muayene yaptırmayanların oranı (%34.4), diğer yaş gruplarına oranla daha yüksektir. Bu özellik açısından evlilik yılları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Erkek sağlık çalışanlarının maddi gelir tanımlamalarına göre gelirini gelir giderden az olarak tanımlayan erkek sağlık çalışanı eşlerinin konu hakkında bilgisi diğer gruplara oranla daha düşük bulunmasına karşın (%44.4) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Eşlerin konu hakkında eğitim alma oranları incelendiğinde, geliri giderden az olan erkek sağlık çalışanı grubunun oranı diğer gruplara kıyasla (%25) daha düşük bulunmuştur. Gelirini giderden az olarak tanımlayan erkek sağlık çalışanı grubunun eşi ile jinekolojik sağlık hakkında konuşma oranı (%63.9) diğer gruplara oranla daha düşüktür ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkı yaratan grubu belirleyebilmek için yapılan alt grup karşılaştırmalarına göre (Bonferoni testi) geliri giderden az olan grup ile geliri gidere eşit grup arasında ($p=0,001$) ve geliri giderden az olan ve geliri giderden fazla olan gruplar arasında ($p=0,006$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,017$).

Erkek sağlık çalışanı eşlerinden kamu kurumunda çalışanların konu hakkında eğitim alma oranı (%70.5) diğer gruplara kıyasla oldukça yüksek bulunmuştur. Bu özellik açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

4.3 Meme muayeneleri ile ilgili karşılaştırmalar

Tablo 4.3.1. Eşlerinin Meme Muayeneleri Hakkında Erkek Sağlık Çalışanlarının Düşüncelerinin Mesleklere Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=176)

Meme muayeneleri		Hekim		Teknisyen		Hasta bakıcı		Toplam		x ²
		n	%	n	%	n	%	N	%	P
Muayene sayısı	Hiç	7	10.8	9	20.9	17	25	33	18.8	x ² =18,784 p=0,005*
	Sadece KKMM	15	23.1	14	32.6	7	10.3	36	20.5	
	Yılda bir	8	12.3	4	9.3	18	26.5	30	17	
	Hekimin önerdiği kadar	35	53.8	16	37.2	26	38.2	77	43.8	
Muayene nedeni	Rutin kontrol	48	73.8	32	74.4	51	75	131	74.4	x ² =0,023 p=0,988
	Kitle varlığı nedeniyle	17	26.2	11	25.6	17	25	45	25.6	
Konu ile ilgili bilgili olma	Var	57	87.7	35	81.4	33	48.5	125	71	x ² =30,691 p=0,001*
	Yok	1	1.5	4	9.3	19	27.9	24	13.6	
	Yeterli değil	7	10.8	4	9.3	16	23.5	27	15.3	
En son kontrol zamanı	2 yıldan az	13	20	8	18.6	7	10.3	28	15.9	x ² =3,178 p=0,528
	2 yıldan çok	2	3.1	1	2.3	1	1.5	4	2.3	
	Bilinmiyor	50	76.9	34	79.1	60	88.2	144	81.8	
Konu hakkında eğitim alma	Var	42	64.6	18	41.9	17	25	77	43.8	x ² =21,276 p=0,001*
	Yok	23	35.4	25	58.1	51	75	99	56.2	
Muayene yaptırmama nedenleri	Korku, endişe	5	7.7	6	14	12	17.6	23	13.1	x ² =32,998 p=0,001*
	Gerekli olduğunu bilmeme	5	7.7	6	14	9	13.2	20	11.4	
	İhtiyaç duymama	27	41.5	24	55.8	31	45.6	82	46.6	
	Utanma	4	6.2	3	7	13	19.1	20	11.4	
	Diğer	24	36.9	4	9.3	3	4.4	31	17.6	
Eşi ile meme sağlığı hakkında konuşabilme durumu	Evet	60	92.3	38	88.4	47	69.1	145	82.4	x ² =14,242 p=0,007*
	Hayır	2	3.1	3	7	13	19.1	18	10.2	
	Çok nadir	3	4.6	2	4.7	8	11.8	13	7.4	
Eşin sıkıntısı olmadan muayene olma	Evet	30	46.2	18	41.9	31	45.6	79	44.9	x ² =3,457 p=0,484
	Hayır	30	46.2	17	39.5	26	38.2	73	41.5	
	Bilmiyorum	5	7.7	8	18.6	11	16.2	24	13.6	
Muayenelerin faydalı olduğunu düşünme	Evet	62	95.4	40	93	58	85.3	160	90.9	x ² =10,364 p=0,035*
	Hayır	2	3.1	0	0	8	11.8	10	5.7	
	Fikrim yok	1	1.5	3	7	2	2.9	6	3.4	
Eşin muayenelerinin faydalı olduğunu düşünmesi	Evet	54	83.1	35	81.4	57	83.8	146	83	x ² =7,381 p=0,117
	Hayır	4	6.2	1	2.3	8	11.8	13	7.4	
	Fikrim yok	7	10.8	7	16.3	3	4.4	17	9.7	
Eş ile muayene yaptırmama hakkında konuşma	Evet	39	60	28	65.1	21	30.9	88	50	x ² =16,471 p=0,001*
	Hayır	26	40	15	34.9	47	69.1	88	50	
Muayenelerde eşinin yanında bulunma	Kesinlikle	42	64.6	25	58.1	32	47.1	99	56.2	x ² =5,124 p=0,275
	Asla	2	3.1	2	4.7	6	8.8	10	5.7	
	Nadiren	21	32.3	16	37.2	30	44.1	67	38.1	
Muayene yaptırmak için manevi destek	Evet	43	66.2	36	83.7	44	64.7	123	69.9	x ² =16,315 p=0,003*
	Hayır	17	26.2	2	4.7	8	11.8	27	15.3	
	Kısmen	5	7.7	5	11.6	16	23.5	26	14.8	

*işaretili olanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Ki kare testi uygulanmıştır.

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Tablo 4.3.1’de eşlerinin meme muayeneleri hakkında erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerinin dağılımı ve mesleklere göre karşılaştırılmalarına ilişkin bulgular verilmiştir. Bu tabloya göre muayene sayılarına bakıldığında sadece KKMM yapanların toplam oranı %20.5, muayene nedenlerine bakıldığında kitle varlığı nedeniyle muayeneye gidenlerin toplam oranı %25.6 olarak bulunmuştur. Hekimin önerdiği kadar meme muayenesi yaptıranların oranı, diğer sağlık çalışanlarına göre hekim eşlerinde (%53.8) daha yüksek bulunmuş ve sağlık çalışanları arasında eşlerin muayene sayıları istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Meme sağlığı hakkında hekim ve teknisyen eşlerine kıyasla daha az bilgi sahibi olanlar ve daha az eğitim almış olanlar hasta bakıcı eşleridir. Bu özellikler açısından çalışanlar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Erkek sağlık çalışanlarının %81.8’i eşlerinin son meme kontrol zamanını bilmemektedir ve çalışanlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). İhtiyaç duymama sebebi ile muayene yaptırmayanların oranı %46.6, sıkıntı yaşamadan muayeneye giden eşlerin oranı %44.9 olarak bulunmuştur. Eşi ile meme sağlığı hakkında konuşabilen erkek sağlık çalışanı oranına bakıldığında en düşük oran hasta bakıcılarda (%69.1) olup bu özellik açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Erkek sağlık çalışanlarının %90.9’u muayenelerin faydalı olduğunu düşünürken, bu oran eşlerde %83’tür. Hasta bakıcıların eşleri ile meme sağlığı muayeneleri yaptırmaları üzerine konuşabilme oranı diğer çalışanlara kıyasla daha düşük bulunmuş olup (%30.9) istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için yapılan alt grup analizinde (Bonferoni testi), hekim ile hasta bakıcılar arasında ($p=0,001$) ve teknisyen ile hasta bakıcılar arasında ($p=0,001$) bulunan farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,017$). Meme muayeneleri sırasında eşinin yanında bulunmadığını belirten hasta bakıcı oranı (%8.8) diğer mesleklere göre yüksek bulunsada aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Eşlerine meme muayenesi yaptırmak için manevi destekte bulunan teknisyen oranı (%83.7) diğer mesleklere göre daha yüksek bulunmuş olup bu özellik açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için yapılan alt grup analizinde (Bonferoni testi), hekim ile teknisyenler arasında ($p=0,016$) ve hekim ile hasta bakıcılar arasında ($p=0,011$) bulunan farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,017$).

Tablo 4.3.2. Eşlerinin Meme Muayeneleri Hakkında Erkek Sağlık Çalışanlarının Düşüncelerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=176)

Meme muayeneleri		Erkek sağlık çalışanı yaşı								x ² P			
		20-29		30-39		40 ve üzeri		Toplam					
		n	%	n	%	n	%	n	%				
Muayene sayısı	Hiç	7	33.3	14	19.4	12	14.5	33	18.8	x ² =11,341 p=0,078			
	Sadece KKMM	6	28.6	18	25	12	14.5	36	20.5				
	Yılda bir	1	4.8	14	19.4	15	18.1	30	17				
	Hekimin önerdiği kadar	7	33.3	26	36.1	44	53	77	43.8				
Konu hakkında eğitim alma	Var	11	52.4	38	52.8	28	33.7	77	43.8	x ² =6,403 p=0,041*			
	Yok	10	47.6	34	47.2	55	66.3	99	56.2				
Muayene yaptırmak için manevi destek	Evet	13	61.9	59	81.9	51	61.4	123	69.9	x ² =16,332 p=0,003*			
	Hayır	7	33.3	3	4.2	17	20.5	27	15.3				
	Kısmen	1	4.8	10	13.9	15	18.1	26	14.8				
Meme muayeneleri		20-29		30-39		40 ve üzeri		Toplam		x ² P			
Muayene sayısı	Hiç	14	40	9	10.8	10	17.2	33	18.8	x ² =21,324 p=0,002*			
	Sadece KKMM	10	28.6	17	20.5	9	15.5	36	20.5				
	Yılda bir	1	2.9	19	22.9	10	17.2	30	17				
	Hekimin önerdiği kadar	10	28.6	38	45.8	29	50	77	43.8				
Konu hakkında eğitim alma	Var	20	57.1	41	49.4	16	27.6	77	43.8	x ² =9,784 p=0,008*			
	Yok	15	42.9	42	50.6	42	72.4	99	56.2				
Meme muayeneleri		1 ay- 3 yıl		4 -7 yıl		8-11 yıl		12 yıl ve üzeri		Toplam		x ² P	
Muayene sayısı	Hiç	10	31.2	9	24.3	3	10	11	14.3	33	18.8	x ² =42,141 p=0,001*	
	Sadece KKMM	16	50	2	5.4	7	23.3	11	14.3	36	20.5		
	Yılda bir	1	3.1	3	8.1	7	23.3	19	24.7	30	17		
	Hekimin önerdiği kadar	5	15.6	23	62.2	13	43.3	36	46.8	77	43.8		
Eş ile muayene yaptırmada konuşma	Evet	24	75	18	48.6	14	46.7	32	41.6	88	50	x ² =10,355 p=0,016*	
	Hayır	8	25	19	51.4	16	53.3	45	58.4	88	50		
Meme muayeneleri		Gelir giderden az		Gelir gidere eşit		Gelir giderden fazla		Toplam		x ² P			
Konu hakkında eğitim alma	Var	7	19.4	43	48.9	27	51.9	77	43.8	x ² =10,989 p=0,004*			
	Yok	29	80.6	45	51.1	25	48.1	99	56.2				
Eş ile meme sağlığı hakkında konuşabilme durumu	Evet	23	63.9	75	85.2	47	90.4	145	82.4	x ² =19,038 p=0,001*			
	Hayır	10	27.8	4	4.5	4	7.7	18	10.2				
	Çok nadir	3	8.3	9	10.2	1	1.9	13	7.4				
Eş ile muayene yaptırmada konuşma	Evet	9	25	50	56.8	29	55.8	88	50	x ² =11,329 p=0,003*			
	Hayır	27	75	38	43.2	23	44.2	88	50				

Muayenelerde eşinin yanında bulunma		Kesinlikle	13	36.1	56	63.6	30	57.7	99	56.2	x ² =10,797 p=0,029*
		Asla	5	13.9	3	3.4	2	3.8	10	5.7	
Nadiren		18	50	29	33	20	38.5	67	38.1		
Eş çalışma durumu											
Meme muayeneleri		Ev hanımı		Özel sektör		Kamu		Toplam		x ²	
		N	%	n	%	n	%	n	%	P	
Konu hakkında eğitim alma	Var	21	28.4	15	36.6	41	67.2	77	43.8	x ² =21,606 p=0,001*	
	Yok	53	71.6	26	63.4	20	32.8	99	56.2		

*işaretili olanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Ki kare testi uygulanmıştır.

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi

Tablo 4.3.2’de meme muayeneleri ile ilgili erkek sağlık çalışanı düşüncelerinin karşılaştırmalarına ilişkin bulgular verilmiştir. Hiç meme muayenesi yaptırmamış eş oranı, diğer yaş gruplarına kıyasla 20-29 yaş aralığındaki eşlerde (%33.3) yüksek bulunmasına karşın yaş gruplarına göre meme muayene sayıları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Meme sağlığı hakkında eğitim alma oranının 40 ve üzeri yaş grubunda (%33.7) diğer yaş gruplarına kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu özellik açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). 30-39 yaş aralığındaki eşlerin diğer yaş gruplarına göre erkek sağlık çalışanları tarafından daha yüksek oranda (%81.9) meme muayenesi yaptırmak için desteklendiği ve bu özellik açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için yapılan alt grup analizinde (Bonferoni testi), 20-29 yaş grubu ve 30-39 yaş grubu arasında (p=0,001), 30-39 yaş grubu ile 40 ve üzeri yaş grubu arasında (p=0,005) bulunan farklar istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,017).

40 ve üzeri yaş grubunda yer alan eşlerin meme muayenesini hekimin önerdiği kadar yaptırma oranı (%50) diğer yaş gruplarına göre yüksek, meme sağlığı hakkında eğitim alanların ise 20-29 yaş grubundaki oranı (%57.1) diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur. Bu özellikler açısından farklar eş yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Erkek sağlık çalışanı eşlerinden 4-7 yıllık evli olanların diğer evlilik yılı gruplarına kıyasla, hekimin önerdiği kadar muayene yaptırmama oranı (%62.2) daha yüksek bulunmuştur. Eşi ile meme muayenesi yaptırmama hakkında konuşan erkek sağlık çalışanı oranı, evlilik süresi 1 ay-3 yıl grubunda olanların (%75) daha uzun süredir evli olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu özellikler açısından farklar gruplara göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Maddi gelirini gelir giderden az olarak tanımlayan erkek sağlık çalışanlarının eşlerinin, meme sağlığı hakkında eğitim alma oranı (%19.4) ve eři ile meme sağlığı hakkında konuşma oranı (%63.9) diğer gruplara kıyasla daha dūřuk bulunmuştur ve bu özellikler açısından gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Geliri giderden az olan erkek sağlık çalışanlarının eři ile meme muayenesi yaptırması hakkında konuşma oranı (%25) dūřuk bulunmuş olup bu özellik açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için yapılan alt grup analizinde (Bonferoni testi), geliri giderden az olan grup ile geliri gidere eřit olan grup arasında ($p=0,001$) ve geliri giderden az olan grup ile geliri giderden fazla olan grup arasındaki ($p=0,004$) farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,017$). Meme muayenesi sırasında eşinin yanında bulunan erkek sağlık çalışanı oranı, gelir durumunu gelir giderden az olarak tanımlayan erkek sağlık alışanlarında (%36.1) dūřuk bulunmuş olup bu özellik açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için yapılan alt grup analizinde (Bonferoni testi), bu durumun, geliri giderden az olan grup ile geliri gidere eřit olan grup arasındaki ($p=0,007$) farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p<0,017$).

Kamu kurumunda çalışan eşlerin meme sağlığı konusu hakkında eğitim alma oranı (%67.2), diğer gruplara kıyasla daha yūkssek bulunmuş olup bu özellik açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Erkek sağlık çalışanlarının eşlerine gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri hakkındaki desteklerini ölçmek amacıyla planlanan bu araştırmada erkek sağlık çalışanları ve eşlerine ilişkin bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartişılmıştır.

5.1. Erkek sağlık çalışanlarının ve eşlerinin üreme sağlığına ilişkin bulgularının tartişılması

5.2. Gebelik muayeneleri ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların tartişılması

5.3. Jinekolojik muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların tartişılması

5.4. Meme muayeneleri ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların tartişılması

5.5. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların mesleklerine göre tartişılması

5.6. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların yaşlarına göre tartişılması

5.7. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların evlilik sürelerine göre tartişılması

5.8. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların maddi gelir düzeylerine göre tartişılması

5.9. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların eş çalışma durumuna göre tartişılması

5.10. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların eş yaşlarına göre tartişılması

5.1. Erkek sağlık çalışanlarının ve eşlerinin üreme sağlığına ilişkin bulgularının tartişılması

Sağlık alışanları üzerinde yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanlarının hastanede görev yapmalarına, ilaçlara ve sağlık hizmetine daha kolay ulaşabilmelerine, hastalıkların tedavi edilmediğinde getirdiği maddi ve manevi yükün ağırlığını bilmelerine karşın kendi sağlıklarını yeteri kadar dikkate almadıkları saptanmıştır. Tedavi edilmesi gereken herhangi bir hastalıkla karşılaştıklarında ise genellikle kontrolleri için tanıdağ hekimleri tercih etmektedirler (92,123). Bu çalışmaya katılanların %69.9'u eşlerinin üreme sağlığı kontrollerini kendi çalıştığı kurumda

yaptırmakta ve %83'ü bu kontroller için tanıdık hekimleri tercih etmektedir (Tablo 4.2). Bu çalışmaya katılan erkek sağlık çalışanlarının kamu hastanesinde çalıştıkları düşünüldüğünde, sağlık hizmeti yönünden hak sahibi olan eşlerin muayeneleri kapsamında, başka bir kurumda muayene olmalarının ek maddi yük, zaman kaybı yaratacağından ve çalıştıkları kuruma veya muayeneyi gerçekleştiren hekime duyulan güvene bağlı olarak, erkek sağlık çalışanlarının kendi kurumlarını yüksek oranda tercih ettikleri düşünülebilir. Literatürlerle paralel olarak erkek sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu kendi kontrollerinde olduğu gibi eşlerinin kontrolleri için de tanıdık hekimleri tercih etmişlerdir. Üreme sağlığı kontrollerinin, mahremiyet gerektirmesi, eşlerin daha az anksiyete ve stres yaşamalarını sağlaması, ayrıca tanıdık hekimler ile daha rahat iletişim kurulabilmesi ve duyulan güven nedeniyle muayeneler için tanıdık hekimlerin tercih edilmiş olabileceği düşünülmektedir.

Erkek sağlık çalışanlarının %57.4'ünün kendi üreme sağlığı kontrolleri sırasında eşlerinin yanlarında bulunduğu, %42.6'sının ise eşlerinin yanında bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Bu duruma neden olan ana etmenin, erkek sağlık çalışanlarının hastanede çalıştığı için mesai saatlerinde kontrollerini yaptırmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. %93.2 erkek sağlık çalışanı kendi üreme sağlığı problemleri hakkında eşi ile konuşabildiğini belirtmiş, %6.8 erkek sağlık çalışanı ise bu konu hakkında konuşmadığını dile getirmiştir (Tablo 4.2). Ülkemizde üreme sağlığı problemleri hakkında konuşmak mahremiyet, utanma, ayıp, günah düşünceleri nedeniyle bir tabu haline gelmiş ve bu tabu aile içinde üreme sağlığı hakkında konuşulmasına engel olmuştur (88). Buna karşın bu çalışmadaki erkek sağlık çalışanlarının %93.2'sinin kendi üreme sağlığı problemleri hakkında eşi ile konuşabilmesi çalışmanın olumlu sonuçlarından biridir.

5.2. Gebelik muayeneleri ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların tartışılması

Gebelik muayeneleri kadınların sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesi, sağlıklı bir doğum gerçekleştirebilmesi ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmesi için belirli aralıklarla ve içerik olarak yeterli seviyede yapılması gereken hem annenin hem de bebeğin sağlığını en üst seviyede tutmayı amaçlayan muayenelerdir. Bir ülkenin gerçek anlamda ekonomik ve sosyal yönden kalkınması için risk faktörlerinden en çok etkilenen anne ve çocuk sağlığı sorunlarının öncelikli olarak iyileştirilmesi gerekmektedir. Anne ve çocuk sağlığı, eğitimli sağlık çalışanı tarafından verilecek,

etkin, doğru ve kaliteli doğum öncesi bakımla başlamalıdır (166). Erkek sağlık çalışanı eşlerinin gebelik muayene sayılarına bakıldığında %69.9'unun hekimin önerdiği kadar muayene yaptırdığı, %18.8'inin ise her ay muayene yaptırdığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.1). Muayene yaptırmayan 20 kişinin çoğunluğu hiç gebe kalmayan kadınlardan oluşmaktadır. Dünya genelinde en az bir kez DÖB hizmeti alanların oranı %85, en az 4 kez DÖB hizmeti alanların oranı ise %58'dir (149). Ülkemizde 4 veya üzerinde DÖB hizmeti alan gebelerin oranı %89'dur (90). Bu çalışmada her ay ve hekimin önerdiği kadar gebelik muayenesi yaptıran erkek sağlık çalışanı eşlerinin toplam oranı %88.7 bulunmuş olup bu oran ülkemiz verileri ile paralellik göstermektedir. Yapılan birçok çalışmada kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyinin DÖB hizmeti almayı olumlu etkilediği belirtilmektedir (85,111,116,166). Bu çalışmadaki erkek sağlık çalışanlarının belirli seviyede eğitim durumuna sahip olduğu düşünüldüğünde, literatür çalışmalarını destekler niteliktedir.

5.3. Jinekolojik muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların tartışılması

Kadınlarda görülen kanser sıralamasında 2. sırada yer alan jinekolojik kanserlerin erken tanısını sağlamada ve CYBE tespit edilmesinde jinekolojik muayenelerin önemi oldukça yüksektir (35,115). Jinekolojik kanserler, mortalite ve morbite oranları açısından önemli bir halk sağlığı problemidir. Jinekolojik muayeneler sayesinde kanserler erken evrede tespit edilip tedavi şansı yükseltilmektedir. Kolayca yapılabilen, maliyeti düşük olan jinekolojik muayenelerin yaptırılması kadın sağlığı açısından oldukça büyük önem taşımaktadır. Erkek sağlık çalışanı eşlerinin jinekolojik muayene sayısına bakıldığında %65.3'ünün hekimin önerdiği kadar muayene yaptırdığı, %14.8'inin ise hiç jinekolojik muayene yaptırmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.1). Gülen'in (2004) ebe ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, jinekolojik muayene yaptırmayanların oranı %33.2, Erbil ve arkadaşlarının (2008) polikliniğe başvuran kadınlarda yaptığı çalışmada %18.3, Çimke'nin (2016) çeşitli meslekler üzerinde yaptığı çalışmada bu oran %30.8 olarak bulunmuştur (45,56,65). Bu çalışmada, jinekolojik muayene yaptırmayanların oranı Gülen'in ve Çimke'nin çalışma sonuçlarından daha düşük, Erbil ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzer olduğu bulunmuş olup, sağlık çalışanı eşlerinin muayene yaptırmama oranının düşük olmasının sebebi, eş desteği kapsamında konu hakkında daha fazla bilgi sahibinin etkisi ile açıklanabilir.

Ülkemizde Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları'na göre serviks kanseri taramalarının, 30 yaş ve üzerindeki kadınlardan başlanarak 65 yaşına kadar (65 yaşta dahil) her 5 yılda bir HPV testi ve pap smear testi olarak yapılması gerekmektedir (136). Çalışmadaki erkek sağlık çalışanı eşlerinin bilinen son kontrol zamanı %27.3'ünün 5 yıldan az, %2.3'ünün 5 yıldan fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.1). Bu bilgiler ışığında erkek sağlık çalışanlarının mesleklerine göre eşlerinin son jinekolojik muayene zamanını bilme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olsa da erkek sağlık çalışanlarından %70.5'inin eşlerinin son jinekolojik muayene zamanını bilmediği sonucu ortaya çıkmıştır. Bu durum erkek sağlık çalışanlarının eşlerinin jinekolojik muayene zamanlarını takip etmediklerini ve bu konuda ilgisiz olduklarını düşündürmektedir.

Erkek sağlık çalışanı eşlerinin %25'inin gerekli olduğunu bilmeme, %23.3'ünün utanma duygusu, %18.2'sinin korku ve endişe, %11.9'unun ihtiyaç duymama sebebiyle jinekolojik muayene yaptırmaktan kaçındıkları tespit edilmiştir. Diğer seçeneğini işaretleyenler (%26) jinekolojik muayenelerden kaçınmayanları ve başka sebeplerle muayeneden kaçınanları içermektedir (Tablo 4.2.1). Literatüre göre kadınların pap smear yaptırmama ve jinekolojik muayeneden kaçınma nedenlerine bakıldığında Açıkgoz'un (2010) yaptığı çalışmada, kadınların %51.4'ü gerekli olduğunu bilmeme, %33.9'u nerede yapıldığını bilmeme, %15.6'sı korku, %14.7'si utanma sebebiyle yaptırmadığı saptanmıştır (3). Gümüş ve Çam'ın (2011) yaptığı çalışmada, kadınların %57.3'ünün herhangi bir şikayeti olmaması, %21.8'inin ihmal etmesi, %15.4'ünün utanma, %5.5'inin sağlık güvencesi yokluğu sebebiyle yaptırmadığını dile getirmiştir (66). Kaya'nın (2011) yaptığı çalışmada, %72.8'nin ihtiyaç duymadığından, %5.2'sinin herhangi bir şikayeti bulunmadığından, %4.8'inin jinekolojik muayeneden çekindiğinden ve işlemden korktuğundan muayene yaptırmadığı sonucuna ulaşılmıştır (84). Erbil ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada, kadınların jinekolojik muayene sırasında %67.1'inin mahrem organının açıkta olmasından ve %39.6'sının hekimin yaklaşımından rahatsızlık duyduklarını tespit etmişlerdir (56). Demir ve Oskay'ın (2016) yaptığı çalışmada ise %61.1'inin ağrı, %57.1'inin utanma, çekinme, %52.3'ünün stres, %48.6'sının korku yaşadıkları ve %48.3'ünün kendilerini huzursuz hissettikleri belirlenmiştir (49). Jinekolojik muayene öncesinde kadın ile olumlu iletişim kurmak, muayene süresince kadına odaklanmak, uygulanan işlemler ve durumu hakkında bilgi vermek muayene sırasında yaşanabilecek olumsuz deneyimlerinin önüne geçebilecektir.

Bu çalışmadaki jinekolojik muayene yaptırmaktan kaçınma nedenleri ele alındığında, gerekli olduğunu bilmeme ve ihtiyaç duymama oranlarının toplamı %37 bulunmuştur. Bu oran literatürdeki diğer çalışmalardaki benzer parametrelerin oranları ile karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur. Bu düşüklüğün nedeni erkek sağlık çalışanlarının eşlerini konu hakkında eğitim ve bilgi olarak desteklemeleri ile ve bu sayede yaşanabilecek sorun ve problemlerden koruyarak eşlerinin bu muayeneleri takip etmeleri konusunda yol göstermeleri ile açıklanabilir.

5.4. Meme muayeneleri ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların tartışılması

Meme muayeneleri kadınların 20 yaşından itibaren meme dokusundaki en ufak değişikliği farkedebilmek için yapılan muayenelerdir. Meme kanserlerinin morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olması göz önünde bulundurulduğunda, muayenelerin çok önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Erkek sağlık çalışanı eşlerinin meme muayene sayılarına bakıldığında, hekimin önerdiği kadar muayene yaptıran kadın oranı %43.8, sadece KKMM yapan kadın oranı %20.5, hiç muayene yaptırmayanların oranı ise %18.8 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.1). Açıköz'ün (2010) yaptığı çalışmada, hiç KKMM yapmayan kadınların oranı %22, KMM yaptıran kadınların oranı %4.4, KMM ve mamografiyi birarada yaptıran kadınların oranı %11 olarak tespit edilmiştir (3). Aslan ve arkadaşlarının (2007) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada, katılımcıların sadece %5'inin KMM yaptırdığı bulunmuştur (84). Literatürde kadınların KKMM yapma oranları bakıldığında, Öztürk'ün (2014) bir fabrikada çalışan kadınlarda yaptığı çalışmada %33.7, Aslan ve arkadaşlarının (2007) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada %63, Canbulat'ın (2006) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada ebelerde KKMM yapma oranı %22.9, hemşirelerde ise %15.8 olarak bulunmuştur (13,31,109). Bu çalışma sonuçlarının Öztürk'ün, Aslan ve arkadaşlarının çalışmalarından düşük, Canbulat'ın çalışması ile paralellik gösterdiği bulunmuştur.

Ülkemizde Meme Kanseri Ulusal Tarama Programına göre 40 yaşından başlayarak 69 yaşına kadar tüm kadınlarda 2 yılda bir mamografi, 20-40 yaş arasında ise ayda bir KKMM ve iki yılda bir KMM önerilmektedir. Aynı zamanda bu programa göre kadınlara her ay düzenli bir şekilde KKMM yapması önerilmektedir (96). Çalışmamızda sağlık çalışanı eşlerinin bilinen son meme muayenesi zamanı %15.9'unun 2 yıldan az, %2.3'ünün ise 2 yıldan fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1). Mesleklere göre son meme kontrol zamanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak

anlamli bir sonuç elde edilmese de erkek sağlık çalışanlarının %81.1'inin eşlerinin son meme kontrol zamanını bilmediği ortaya çıkmıştır. Son yapılan jinekolojik ve meme muayene sonuçlarının erkek sağlık çalışanları tarafından yüksek oranda bilinmemesi erkek sağlık çalışanlarının bu konularla yeterince ilgilenmediği sonucunu ortaya çıkartmıştır. Eşinin kontrol zamanlarını takip eden erkek sağlık çalışanlarının, eşlerinin gerekli taramaları yaptırmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Erkek sağlık çalışanı eşlerinin meme muayenesi yaptırma durumuna bakıldığında %46.6'sının ihtiyaç duymama, %13.1'inin korku ve endişe, %11.4'ünün gerekli olduğunu bilmeme ve %11.4'ünün utanma duygusu nedeniyle muayenelerden kaçındığı saptanmıştır. Muayenelerden kaınmayanların ve başka sebeplerle muayenelerden kaçınanların oranı %17.6'dır (Tablo 4.3.1). Jarvandi ve arkadaşlarının (2002) Tahran'da öğretmenlerle yaptığı çalışmada kadınların %36'sının ihtiyaç duymadığı için KMM yaptırmadığı belirlenmiştir (79). Aslan ve arkadaşlarının (2007) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada KMM yaptırmama nedenlerini en yüksek oranda ihmal olmak üzere gerek duymama, şikayet yokluğu ve korku nedenleriyle yaptırmadıklarını saptamıştır (13). Ülkemizde yapılan araştırmalar sonucunda sağlık çalışanı olan kadınların KKMM yapmama nedenlerinin genellikle vakit bulamama, gerekli olduğu konusunda yeterli bilgiye sahip olmama, unutma, ihtiyaç duymama, şikayet duymama ve KKMM'nin etkili olmadığını düşünme olduğu sonucuna ulaşılmıştır (13,16,83) Yurtdışı çalışmalarda ise genellikle ihtiyaç duymama, vakit bulamama, bilgi eksikliği ve unutma nedeniyle kadınların KKMM yapmadığı sonucuna ulaşılmıştır (33,117). Aksoy ve arkadaşlarının (2015) bir mahallede yaşayan kadınlarda yaptığı çalışma ile kadınların meme kanseri erken tanı testlerini uygulama konusundaki en büyük engellerinin bilgi eksikliğinden kaynaklandığı bulunmuştur (7).

5.5. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların mesleklerine göre tartışılması

Erkek sağlık çalışanlarının mesleklerine göre eşlerin gebelik muayene sayılarında istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir. Kılıç'ın (2014), Pirinçci ve arkadaşlarının (2010) ve Yılmaz'ın (2017) yaptığı çalışmalarda, çalışmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim düzeyi arttıka, kadınların DB hizmetlerini alma oranlarının arttığı belirtilmiştir (85,116,166). Bu çalışmada mesleklere göre anlamli bir fark bulunmaması erkek sağlık çalışanlarının belirli bir seviyede eğitim almış olması ve erkek sağlık çalışanlarından oluşması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Kadınların sağlık kontrolleri hakkında bilgi sahibi olma ve eğitim alma durumları arttıkça sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının arttığı çalışmalarda belirlenmiştir (27,114). Erkek sağlık çalışanı mesleklerine göre eşlerin muayeneler hakkında bilgi sahibi olma durumu karşılaştırıldığında gebelik, jinekolojik ve meme sağlığı muayenelerinde birbirlerine paralel olarak çoğunluğun bilgi sahibi olmasına karşın hekim eşlerinin teknisyen eşlerinden, teknisyen eşlerinin de hasta bakıcı eşlerinden bilgi sahibi olma oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.1.1, Tablo 4.2.1, Tablo 4.3.1). Bu çalışmadaki veriler ışığında sağlık çalışanı eşlerinin çoğunluğunun konu hakkında bilgisinin olduğu ve yaklaşık yarısının eğitim aldığı belirlenmiştir. Mesleklere göre eğitim alma durumları karşılaştırıldığında gebelik, jinekolojik ve meme sağlığı muayenelerinde bilgi sahibi olma durumları ile paralel olarak hekim eşlerinin diğer meslek gruplarına kıyasla konu hakkında daha fazla eğitim aldıkları ortaya çıkmıştır (Tablo 4.1.1, Tablo 4.2.1, Tablo 4.3.1). Bu farkın, erkek sağlık çalışanlarından hekimlerin konu hakkında daha kapsamlı bilgi sahibi olması ve hastaları bilgilendirme konusunda edindikleri tecrübeye dayanarak eşlerini daha fazla aydınlatmaları ve eğitimi desteklemelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Evlilik bireylerin genel sağlık durumunu iyileştiren ve toplum sağlığını etkileyen sosyal bir yapı olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı evlilik ilişkisinin temel şartlarından birisi etkili iletişimdir. Aile üyelerinin her zaman aralarında etkili ve sürekli bir iletişim olmasının, acı ve tatlı yaşantılarını birbirlerine anlatıp paylaşımlarının ailede dengeli ve sağlıklı bir yaşam sağlamak için olumlu bir ortam yarattığı bilinmektedir (68,128). Eşi ile gebelik, jinekolojik ve meme sağlığı hakkında konuşabilen erkek sağlık çalışanı oranları mesleksel olarak karşılaştırıldığında, her üç muayene bulgusunda da hekimlerin en yüksek oranı aldıkları, teknisyenlerin takip ettiği ve hasta bakıcıların son sırada yer aldığı görülmüştür. Bu fark meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca eşi ile konuşmayan erkek sağlık çalışanı sayısının oldukça düşük bulunduğunu belirtmek gerekmektedir (Tablo 4.1.1, Tablo 4.2.1, Tablo 4.3.1). Erkek sağlık çalışanları dikkate alındığında, sağlık alanındaki mesleki bilgi ve eğitim düzeyi arttıkça eşler ile gebelik, jinekolojik ve meme sağlığı hakkında konuşabilme oranı artmaktadır. Bu bilgi ışığında iletişim düzeyinin artması ile eşlere aktarılan bilginin de fazlalaşacağı düşünüldüğünde konuya ilişkin bilgi seviyesi artışının eşlerin gebelik, jinekolojik ve meme sağlığına ilişkin kontrollerini yaptırmada önemli olduğu değerlendirilmiştir. Erkek sağlık çalışanlarının %70'ten fazlası eşlerinin son muayene yaptırmaları hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtse de eşleri ile konuşarak

eşlerinin bilgi seviyesinde artış yaratmalarının ilgili muayenelere eşlerini yönlendirme konusunda eş desteği kapsamında önemli olduğu değerlendirilmektedir.

Erkek sağlık çalışanlarının eşlerine gebelik muayenesi yaptırması hakkında konuşma durumlarının mesleklere göre karşılaştırılmasına bakıldığında gebelik muayenelerinde meslekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.1.1). Bu durum gebeliğin hayatın sadece 9 ay kadarlık bir süresini kapsamasından kaynaklı gelişebileceği ve hastanelerde gebelik muayenelerinin rutin olarak yapılması nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Jinekolojik ve meme sağlığı muayeneleri arasında benzer sonuçlar bulunmuş olup teknisyenlerin eşleri ile muayene yaptırma konusunda daha yüksek oranda konuşma yaptığı, hekimlerin ikinci, hasta bakıcıların son sırada yer aldığı görülmektedir. Alt grup analizlerinde jinekolojik muayene yaptırma konusunda konuşmada teknisyenlerin hasta bakıcılardan daha yüksek oranda, meme muayenesi yaptırma hakkında konuşmada hekimlerin ve teknisyenlerin, hasta bakıcılardan daha yüksek oranda sonuç aldıkları ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.1, Tablo 4.3.1). Hekimlerin ve teknisyenlerin muayenelerin önemi hakkında daha fazla bilgi sahibi olması ve insanları bu konuda yönlendirmeleri mesleklerinin gerekliliği olması nedeniyle eşlerine hasta bakıcılardan daha fazla muayene yaptırma hakkında konuşmalarını açıklayabilmektedir. Çalışmanın olumlu sonuçlarından birisi erkek sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısının eşleri ile muayene yaptırması hakkında konuşabilmeleri ve bu sayede muayene yaptırmanın gerekliliğinin gündeme taşınmış olmasıdır.

Erkek sağlık çalışanlarının mesleklerine göre muayeneler sırasında eşin yanında olma durumlarına bakıldığında gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri sırasında çoğu erkek sağlık çalışanı eşinin yanında olacağını belirtmiş ve meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Tablo 4.1.1, Tablo 4.2.1, Tablo 4.3.1). Günsel'in (2013) yaptığı çalışmada, eşlerin düzenli olarak gebelik muayenelerine katılmasının evlilik uyumunu ileri düzeyde arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (68). Altay ve Kefeli'nin (2012) yaptığı çalışmada, kadınların %44'ü jinekolojik muayene sırasında hekimden başka kimseyi yanında istemezken, %39'u eşinin, %22'si aileden bir bireyin, %16'sı hemşirenin yanında olmasını istediklerini belirtmiştir (9). Demir ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, jinekolojik muayene sırasında kadınların %65.7'si bir yakınına yanında istemiştir (49). Erbil ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir çalışmada ise jinekolojik muayene sırasında kadınların %37.5'i hekimden başka kimseyi yanında istemezken, %37.1'i eşinin yanında olmasını istemektedir (56). Bu

çalışmada erkek sağlık çalışanlarından muayeneler sırasında kesinlikle eşlerinin yanında bulunduğunu belirtenlerin yaklaşık oranı %60 seviyesinde bulunmuş olup daha önce yapılan çalışmaları destekler niteliktedir. Bu çalışmada erkek sağlık çalışanlarının muayeneler sırasında eşlerinin yanında bulunma oranları ile eşlerinin erkek sağlık çalışanlarının muayeneleri sırasında yanında bulunma oranları da kendi aralarında paralellik göstermektedir (Tablo 4.2). Bu durum eş desteğinin tek taraflı olmadığı, her iki eşin de birbirini desteklediği sonucunu ortaya çıkartabilmektedir.

Destekleyici ilişki; insanların hayatları boyunca sağlık kalitesini artırma, hastalıkları önleme, strese karşı korunma ve baş etme çabalarının geliştirilmesinde, başarılı ve sağlıklı ilişkilerin devam ettirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Muayene yaptırmak için manevi destekte bulunan erkek sağlık çalışanlarının mesleklere göre karşılaştırılmasına bakıldığında, gebelik muayenelerinde sağlık teknisyenleri en yüksek oranda manevi destek gösterirken hekim ve hasta bakıcı destek oranları birbirine yakın çıkmış olup mesleklere göre aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.1.1). Bu durum hekim eşlerinin muayene yaptırmak için istekli olması, hasta bakıcı eşlerinin ise destek almaması ve muayene yaptırmaması nedeniyle olabileceği düşünülebilir. Jinekolojik muayene yaptırmak için manevi destek gösteren erkek sağlık çalışanı oranı en yüksek teknisyenlerde olması ile birlikte alt grup analizlerine göre hasta bakıcıların hekimlerden daha yüksek oranlara sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.2.1). Meme muayeneleri yaptırmak için manevi destek gösterme oranına bakıldığında en yüksek oran teknisyenlerde bulunmuş olup alt grup analizine göre hekimler, hasta bakıcılardan istatistiksel olarak daha yüksek oranda destek göstermektedirler (Tablo 4.3.1). Meslek grupları arasında farklılık oluşmasında erkek sağlık çalışanlarının evlilik süreleri, eşlerinin gebe kalma sayıları ve eş yaşlarının etkileyeceği düşünülmektedir. Muayene yaptırmak için en fazla destek gösteren meslek grubunun teknisyenler olmasının nedeni, hasta bakıcılardan konu hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları ile açıklanabilir. Hekimlerden daha yüksek olması ise hekim eşlerinin muayeneler hakkında daha fazla bilgi sahibi olması, daha fazla eğitim almış olması ve hekimlerin eşlerinin muayeneleri yaptırmak için kendilerine ihtiyaç duymadıklarını düşünmeleri nedeniyle olduğu düşünülebilir. Çalışmadaki meslek gruplarının eşine muayene yaptırmada manevi destek gösterenlerin en düşük oranının %60'ların üzerinde olması olumlu bir sonuçtur. Bu bulguya benzer şekilde sosyal desteğin önemini vurgulayan Griep ve arkadaşlarının 2009 yılında hemşirelerle yaptığı araştırmada, yüksek oranda sosyal destek alanların daha yüksek

oranda yeterli KKMM uygulaması ve Pap smear testi yaptırdıkları sonucu belirlenmiştir (64).

5.6. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların yaşlarına göre tartışılması

Erkek sağlık çalışanı yaş gruplarına göre gebelik ve jinekolojik muayeneleri yaptırmada konuşma durumuna bakıldığında, 40 ve üzeri yaş grubunda bulunan erkek sağlık çalışanlarının konuşma durumu daha genç yaş gruplarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük bulunmuştur (Tablo 4.1.2, Tablo 4.2.2). Alt grup karşılaştırmalarında, bu farkın 30-39 yaş grubunun 40 ve üzeri yaş grubuna kıyasla daha yüksek oranlara sahip olması sebebiyle olduğu saptanmıştır. Bu durumun 40 ve üzeri yaş grubunda doğurganlık oranlarının düşük olması nedeniyle kaynaklandığı düşünülebilir. Bu çalışmaya göre 30-39 yaş grubu ülkemizde mahrem sayılabilen gebelik ve jinekolojik sağlık hakkında daha ileri yaş grubuna kıyasla daha rahat konuşabildikleri sonucuna ulaşılabilir.

Yaş gruplarına göre eşlerine gebelik, jinekolojik ve meme muayenesi yaptırmak için manevi destekte bulunan erkek sağlık çalışanlarının çoğunluğu 30-39 yaş grubunda bulunmaktadır. Alt grup analizleri incelendiğinde gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerinde 30-39 yaş grubunun 20-29 yaş grubuna kıyasla daha fazla manevi destekte bulunduğu bunun yanı sıra meme muayenelerinde 30-39 yaş grubunun 40 ve üzeri yaş grubundan da yüksek oranda manevi destek gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.1.2, Tablo 4.2.2, Tablo 4.3.2). 30-39 yaş grubunda bulunan bireylerde evlilikte paylaşımın arttığı ve çocuk sahibi olduğu dönemlere denk gelmesi nedeniyle fark yarattığı düşünülebilir.

Çağ'ın (2011) ve Günsel'in (2013) evli bireylerdeki eş desteğini ölçtüğü çalışmalarda, yaş değişkenine göre algılanan eş desteği düzeylerinde anlamlı bir fark bulamadıklarını belirtmişlerdir (38,68). Bu durumun sebebi yaş dönemlerinin hepsinde çiftlerin farklı sebeplerle olsa da birbirlerinin desteğine ihtiyacı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bilgilerin yanında bu çalışmada 30-39 yaş grubunun gebelik ve jinekolojik sağlık hakkında daha çok paylaşımda bulunduğu, gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerinde eşlerine daha fazla manevi destekte bulunduğu, yaş durumuna göre muayeneler sırasında eş yanında bulunma oranlarında ise bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

5.7. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların evlilik sürelerine göre tartişılması

Evlilik süresi 1 ay-3 yıl aralığında bulunan erkek sağlık çalışanı eşlerinin, jinekolojik ve meme muayene yaptırmama oranları daha uzun evlilik yılı bulunan gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.2, Tablo 4.3.2). Erkek sağlık çalışanı eşlerinin hepsinin 20 yaş üzerinde olduğu için tarama muayeneleri kapsamında oldukları hesaba katıldığında evlilik süresi daha az olanların muayenelerini aksattığı ortaya çıkmıştır. Evlilik süresinin artması ile birlikte eşler arasındaki paylaşımın artacağı göz önünde bulundurulduğunda erkek sağlık çalışanlarının tarama muayeneleri hakkında eşlerine bu konuda destek olup muayene sayısında artış sağlayabildiği düşünülebilir. Evlilik öncesinde çiftlere tarama muayeneleri hakkında eğitim verilmesinin eşlerin birbirine destek olarak tarama muayenelerinin düzenli olarak yapılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Gebelik hakkında eğitim alma oranının evlilik süresi 1 ay-3 yıl grubunda bulunan kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuş olup diğer evlilik yılı grupları ile aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.2). Bu fark evliliklerinin ilk yıllarında çocuk sahibi olmayı planlayanların daha yüksek oranda bulunması ve bu konuyla ilgili bilgi sahibi olma isteği ile açıklanabilir.

Evlilik sürelerine göre eşine meme muayenesi yaptıрма hakkında konuşma durumu incelendiğinde evlilik yılı 1ay-3 yıl olan grubun eşleri ile çok daha fazla konuştuğu bulunmuştur. Alt grup karşılaştırmalarında evlilik yıllarına göre aradaki anlamlı fark 1 ay-3 yıl evlilik süresi bulunan erkek sağlık çalışanlarının 12 yıl ve üzeri evlilik süresi olan erkek sağlık çalışanlarından eşleri ile meme muayenesi yaptıрма hakkında daha fazla konuşmalarından kaynaklanmaktadır (Tablo 4.3.2). Bu durum gebelik ve jinekolojik muayenelerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Evlilik sürelerine göre muayenelerde eş yanında bulunma ve muayene yaptırmak için manevi destekte bulunma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Günsel'in (2013) yaptığı çalışma ve Güven ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmalarda, 1-5 yıl arasında evlilik süresi olan çiftlerin algıladıkları eş desteği daha yüksek bulunmuş, ağ'ın (2011) yaptığı çalışmada ise evlilik süresinin algılanan eş desteğine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (38,68,69).

5.8. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların maddi gelir düzeylerine göre tartışılması

Erkek sağlık çalışanlarının maddi gelir tanımları ile eşlerinin eğitim alma durumları kıyaslandığında gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri hakkında gelirini gelir giderden az olarak tanımlayan erkek sağlık çalışanı eşlerinin, geliri gidere eşit olan ve geliri giderden daha fazla olan erkek sağlık çalışanı eşlerine oranla çok daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.1.2, Tablo 4.2.2, Tablo 4.3.2). Maddi gelir düzeyi kadınların eğitim alma durumunu etkilemektedir. Literatür incelendiğinde konu hakkında bilgi sahibi olmayan kadınların gerekli muayeneleri aksattıkları saptanmıştır (27,84,114,118). Sosyoekonomik düzey insanların sağlığını, eğitimini, yaşam tarzlarını etkilemektedir ve sosyoekonomik özgürlüğü olan bireylerin sağlık bilgisi, sağlık hizmetleri kullanımı daha alt gelir düzeyindeki kişilerden yüksek olması beklenmektedir. Şahin'in (2009) yaptığı çalışmada, gelir düzeyinin artmasıyla kadınların jinekolojik bilgi puanlarının arttığı saptanmıştır ve bu çalışmayı destekler niteliktedir (131).

Erkek sağlık çalışanlarının maddi gelir düzeylerine göre eşleri ile gebelik, jinekolojik ve meme sağlığı hakkında konuşma oranları karşılaştırıldığında gelir düzeyi arttıkça erkek sağlık çalışanlarının konuşma oranlarının istatistiksel olarak arttığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.2, Tablo 4.2.2, Tablo 4.3.2). Yapılan alt grup incelemelerinde gelirini gelir giderden az olarak tanımlayan grubun, gelirini gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla olarak tanımlayan gruptan jinekolojik ve meme muayeneleri hakkında konuşma durumları daha düşük bulunmuştur. Çalışmada geliri gidere eşit ve geliri giderden fazla olan grupların eğitim seviyesinin daha yüksek olması, bu gruptaki bireylerin çoğunlukla hekim ve teknisyenlerden oluşması ve hekim ve teknisyenlerin sağlık hakkında daha fazla bilgi sahibi olması nedeniyle açıklanabilir. Meme muayenelerinde geliri gidere eşit olan ve geliri giderden fazla olan grupların, eşlerine meme muayenesi yaptırması hakkında konuşma yapma ve muayeneler sırasında eşin yanında bulunma oranları birbirine yakın olup geliri giderden az olan gruptan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.2). Alt grup analizinde, maddi geliri eşit ve yüksek olan grubun geliri giderden az olan gruptan eşi ile daha yüksek oranda meme muayenesi yaptırması için konuştuğu tespit edilmiştir. Bu duruma ek olarak alt grup analizinde geliri gidere eşit olan grubun, geliri giderden az olan gruptan muayenelerde eşinin yanında bulunma durumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun aksine gebelik ve jinekolojik muayenelerinde maddi gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.1.2, Tablo 4.2.2). Bu çalışmada gelir düzeyine göre

gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri yaptırmak için manevi destekte bulunma durumunda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çağ'ın (2011), Güven ve arkadaşlarının (2015) eş desteğini incelediği çalışmalarda, maddi gelir düzeyinin artması ile birlikte eş desteğinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (38, 69). Behbakht ve arkadaşlarının (2004) servikal kanserli kadınlarda yaptığı çalışmada, maddi gelirin düşük olmasının ve ailevi desteğin az olmasının pap smear testi yaptırmama durumunu olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (23).

5.9. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların eş çalışma durumuna göre tartışılması

Eş çalışma durumuna göre erkek sağlık çalışanı eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri hakkında eğitim alma durumlarına bakıldığında, kamu kurumunda çalışanların diğer gruplara kıyasla oldukça yüksek oranda eğitim aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.1.2, Tablo 4.2.2, Tablo 4.3.2). Bu durum kamu kurumlarının bu konuları kapsayan eğitime önem verdiği düşüncesini doğrulamaktadır. Kamu kurumlarına kıyasla özel sektörde çalışanların konu hakkında eğitim açığı olduğu, özel sektörlerin bu konuda çalışma yapmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Toplum farkındalığı yaratmak adına ev hanımlarını da kapsayacak eğitimler, kamu spotları, broşürler düzenlenmeli ve tüm kadınlara ulaştırılmalıdır. Kadınları taramalar hakkında bilgilendirmek özellikle ev hanımlarına da ulaşabilecek aile hekimliklerince ön planda bulundurulmalıdır. Şahin'in 2009 yılında sağlık çalışanları ve polikliniğe başvuran kadınlarda yaptığı çalışmada, jinekolojik kanser bilgi puanının en yüksek kamu çalışanlarında, en düşük ev hanımlarında bulunması çalışmamızı destekler niteliktedir (131).

Eş çalışma durumuna göre gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri hakkında eş ile konuşma, bu muayeneleri yaptırmama hakkında konuşma, muayenelerde eşin yanında bulunma ve muayene yaptırmak için manevi destekte bulunma durumları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır.

5.10. Muayeneler ile ilgili erkek sağlık çalışanlarının düşüncelerine ilişkin bulguların eş yaşlarına göre tartışılması

Erkek sağlık çalışanı eşlerinin yaşlarına göre gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri hakkında eğitim alma durumları karşılaştırıldığında, genç kadınların daha fazla eğitim aldığı, yaş ilerledikçe eğitim alma durumunun azaldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.2, Tablo 4.2.2, Tablo 4.3.2). Bu durum gençlerin eğitime daha açık, daha

ilgili ve istekli olmaları ve gelişen teknoloji sayesinde bilgiye çok daha kolay ulaşılabilmesi ile açıklanabilir. Bu kapsamda ileri yaş grubundaki kadınların taramalara katılmaları için daha fazla eğitim programlarına dahil edilmeleri gerekmektedir.

Eş yaşlarına göre kadınların jinekolojik ve meme muayene sayılarına bakıldığında, yaş ilerledikçe hekimin önerdiği kadar muayene yaptırma oranlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır (Tablo 4.2.2, Tablo 4.3.2). Kaya'nın (2011) polikliniğe başvuran kadınlarda yaptığı çalışmada, yaş ilerledikçe kontrollerin yaptırılma oranlarında azalma gösterdiği bulunmuş olup bu durum araştırmamızla uyum sağlamamaktadır (84). Bu çalışmadan elde edilen veriler eşleri hakkında erkek sağlık çalışanlarından toplandığı için bazı farklılıklara rastlanılmış olabileceği düşünülmektedir.

Eş yaşlarına göre erkek sağlık çalışanlarının eşleri ile gebelik ve jinekolojik muayeneler hakkında konuşabilme oranları karşılaştırıldığında, eş yaşının ilerlemesi ile birlikte erkek sağlık çalışanlarının konuşma oranlarının düştüğü saptanmıştır (Tablo 4.1.2, Tablo 4.2.2). Bu durum gebelik ve jinekolojik muayeneler için istatistiksel olarak anlamlı iken meme muayeneleri için istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.3.2). Bu durumun yaş ilerledikçe doğurganlık oranlarının azalması nedeniyle eşlerin konuşmaya ihtiyaç duymaması ve jinekolojik muayenelerin gebelik muayeneleri ile eş tutulması nedeniyle olduğu düşünülebilir.

Eşine gebelik ve jinekolojik muayene yaptırmak için manevi destek gösteren erkek sağlık çalışanlarının eş yaşları incelendiğinde, en çok destek gören kadınların 30-39 yaş aralığındaki kadınlar olduğu, bu durumu sıra ile 20-29 yaş grubu kadınların takip ettiği, en az destek alanların ise 40 yaş ve üzeri gruptaki kadınlar olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.2, Tablo 4.2.2). Yapılan alt grup incelemelerinde gebelik ve jinekolojik muayenelerinde 30-39 yaş grubundaki kadınların 40 ve üzeri yaş grubuna kıyasla daha fazla destek gördükleri ve bu durumun istatistiksel farkı oluşturduğu tespit edilmiştir. Muayene yaptırmaları için eşlerine en çok destek gösteren grubun 30-39 yaş grubu erkek sağlık çalışanları olduğu düşünüldüğünde çiftlerin yaşlarının benzerlik göstermesi sebebiyle en çok destek alan kadınların 30-39 yaş grubunda olmasının nedeni açıklanabilir. Kadın sağlığı problemlerinin daha yoğun yaşandığı 40 yaş ve üzeri dönemde kadınların diğer yaş gruplarına göre eşlerinden kontrolleri konusunda daha az destek görmesi üzücü olsa dahi erkek sağlık çalışanlarının en az yarısının eşlerini desteklediği sonucu elde edilmiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Erkek sağlık çalışanlarından %69.9'unun eşinin üreme sağlığı kontrollerini kendi çalıştığı kurumda yaptırdığı, %83'ünün bu kontrolleri yaptırmak için tanıdık hekimleri tercih ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Kadınların %57.4'ünün erkek sağlık çalışanı olan eşlerinin üreme sağlığı kontrollerinde yanlarında bulunduğu ve %93'ünün erkek sağlık çalışanı olan eşlerinin üreme sağlığı problemleri hakkında konuşabildiği tespit edilmiştir.

Erkek sağlık çalışanlarına göre eşlerinin gebelik muayenesi yaptırmama nedenleri %14.8 korku ve endişe, %15.3 gerekli olduğunu bilmeme, %42 ihtiyaç duymama ve %2.3 utanma olduğu saptanmıştır.

Erkek sağlık çalışanlarına göre eşlerinin jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri %18.2 korku ve endişe, %25 gerekli olduğunu bilmeme, %11.9 ihtiyaç duymama ve %23.3 utanma olduğu saptanmıştır. Kadınların %2.3'ünün 5 yıldan uzun süredir jinekolojik muayene yaptırmadığı, erkek sağlık çalışanlarının %70.5'inin ise eşinin son jinekolojik muayene zamanını bilmediği saptanmıştır.

Erkek sağlık çalışanlarına göre eşlerinin meme muayenesi yaptırmama nedenleri %13.1 korku ve endişe, %11.4 gerekli olduğunu bilmeme, %46.6 ihtiyaç duymama ve %11.4 utanma olduğu saptanmıştır. Kadınların %2.3'ünün 2 yıldan uzun süredir meme muayenesi yaptırmadığı, erkek sağlık çalışanlarının %81.8'inin ise eşinin son meme muayene zamanını bilmediği saptanmıştır.

Erkek sağlık çalışanlarının mesleklerine göre eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayene durumları

Eşlerin gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri hakkında bilgisi ve eğitim alma durumunun, eş ile bu muayeneler hakkında konuşma durumunun hekimlerde daha yüksek olduğu, bu durumu sırasıyla teknisyen ve hasta bakıcıların takip ettiği bulunmuştur.

Gebelik muayenesi yaptırmama hakkında konuşma durumu mesleklere göre bir farklılık göstermezken teknisyenlerin eşleriyle meme ve jinekolojik muayene yaptırmama konusunda hekim ve hasta bakıcılardan daha fazla konuşabildiği saptanmıştır.

Mesleklere göre gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri sırasında eş yanında bulunma durumunda bir fark bulunmazken teknisyenlerin eşlerine bu muayeneler için manevi destek gösterme oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Erkek sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayene durumları

40 ve üzeri yaş grubundaki erkek sağlık çalışanı eşlerine gebelik ve jinekolojik muayeneleri yaptırması konusunda eşi ile daha az konuştuğu, gebelik, jinekolojik ve meme muayenelerinde eşlerine en çok manevi destek gösterenlerin 30-39 yaş grubu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Erkek sağlık çalışanlarının eş yaşlarına göre eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayene durumları

Kadınların yaşı arttıka gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri hakkında eğitim alma durumunda azalma olduğu, jinekolojik ve meme muayenelerinde yaş ilerledikçe hekimin önerdiği kadar muayene yaptırma durumunun arttığı, eş yaşının ilerlemesi ile eşlerin gebelik ve jinekolojik muayeneleri hakkında konuşabilme oranlarının azaldığı tespit edilmiştir.

Gebelik ve jinekolojik muayene yaptırmak için eşinden en fazla destek gören 30-39 yaş grubundaki kadınlar iken bunu genç yaş grubundaki kadınların takip etmekte olduğu ve 40 yaş ve üzeri kadınların bu konuda daha az manevi destek aldığı bulunmuştur.

Evlilik sürelerine göre erkek sağlık çalışanı eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayene durumları

Yeni evli olan erkek sağlık çalışanı eşlerinin gebelik muayeneleri hakkında eğitim alma ve eşleri ile meme muayenesi yaptırma hakkında konuşma durumu daha yüksek, jinekolojik ve meme muayenelerini yaptırma oranları ise daha düşük olarak tespit edilmiştir.

Maddi gelir durumlarına göre erkek sağlık çalışanı eşlerinin gebelik, jinekolojik ve meme muayene durumları

Maddi gelir düzeyinin artması ile eşlerin gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri hakkında eğitim alma durumları ve bu muayeneler hakkında konuşma durumları artış göstermektedir. Meme muayenesi yaptırması için konuşma yapma ve muayenelerde eşin yanında bulunma durumu maddi geliri yüksek ve orta düzeyde olan grupta maddi geliri düşük olan gruba göre daha fazla bulunmuş olup, maddi durumun gebelik ve jinekolojik muayenelerini etkilediği görülmüştür.

Erkek sağlık çalışanı eşlerinin çalışma durumuna göre eşlerin gebelik, jinekolojik ve meme muayene durumları

Kamu kurumunda çalışan eşlerin gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri hakkında daha fazla eğitim aldığı tespit edilmiştir.

6.2. neriler

- Sağlık çalışanlarına özellikle hasta bakıcılara tarama muayenelerinin önemi hakkında hizmet içi eğitimler planlanması,
- Sağlık alışanlarının önemli bir parçası olan hemşirelerin, erkeklerin kadın sağlığı tarmalarındaki önemi hakkında toplumu bilgilendirmesi
- Sağlık çalışanlarına, hastalara ve çevrelerine taramalar hakkında bilgi vermeleri gerektiği dşunesinin benimsetilmesi,
- İleri yaş grubundaki kadınların jinekolojik ve meme kanserleri açısından daha risk altında olmaları sebebiyle bu yaş grubu eğitimlerine önem gösterilmesi,
- Ülkemizde eş desteği kapsamında yapılan çalışmaların yetersizliği nedeniyle bu konuya daha fazla önem gösterilmesi,
- Kadınların gebelik, jinekolojik ve meme muayeneleri hakkında eş desteklerini belirlemek amacıyla erkeklerin ve kadınların bir arada değerlendirileceği ve daha geniş grupları kapsayacak çalışmaların yapılması,
- Erkeklerin, DB muayenelerine ve gebelik eğitimlerine katılmaları konusunda desteklenmesi,
- Kadınların eş desteğine ihtiyaç duyduğu tıbbi işlemlerde eşlerinin yanlarında bulunmalarını sağlayacak hastane politikalarının geliştirilmesi,
- Evlilik prosedürlerinde evlenecek olan çiftlere üreme sağlığı tarama ve kontrol programları hakkında bilgilendirmenin yer alması,
- Üreme sağlığı tarama muayeneleri hakkında daha çok kesime ulaşmak adına kamu spotlarının düzenlenmesi, tarama zamanlarının daha sıkı takip edilmesi, gerekirse kadınların takipler için sağlık birimlerince muayenelere ağırılması,
- Erkeklere eş desteğinin önemi hakkında eğitimler düzenlenmesi, bu konuda erkek sağlık çalışanlarının örnek olması ve rehberlik etmesi,
- Toplumda eş desteğinin önemi hakkında bilinlendirmelerin yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Abushaikha L., Sheil E. P. (2006). Labor stress and nursing support: How do they relate? *Journal of International Women's Studies* 7(4),198–208.
2. Acar U. (2017). Elazığ ili Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin meme kanseri konusunda bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Elazığ, Fırat Üniversitesi.
3. Açıkgöz A. (2010). Meme ve serviks kanseri risk düzeyleri ve erken tanı hizmetleri kullanımı ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.
4. Akçay E. A. (2012). Kayseri Doğumevi Hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım alma durumunun doğum tercihinine ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, Erciyes Üniversitesi.
5. Akdeniz F., Gönül A. S. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Ek 2:70-4.
6. Aksakal O. S. (2001). Jinekolojik muayeneye eşlik eden endişe kaynakları ve hastaların bu konuda bilgilendirilmesinin yararları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 9(2), 102-106.
7. Aksoy Y. E., Turfan, E. Ç., Sert, E., Mermer, G. (2015). Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. *J Breast Health*, 11, 26-30.
8. Akyolcu N. (2008). Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 4(2).
9. Altay B., Kefeli B. (2012). Jinekolojik muayeneye gelen kadınların anksiyete düzeyi ve etkileyen bazı faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5 (4), 134-141.
10. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2017.
11. Arbyn M., Anttila A., Jordan J., Ronco G., Schenck U., Segnan N., von Karsa L. (2010). European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition—Summary Document. *Annals of Oncology*, 21(3), 448–458.
12. Arslan M. (2007). Kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyini arttırmada hemşirenin eğitici rolünün etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, Afyon Kocatepe Üniversitesi.

13. Aslan A., Temiz M., Yiğit Y., Can R., Canbolat E., Yiğit F. (2007). Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin meme kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(3), 193-198.
14. Atçeken E. (2014). İlişkilerdeki yüklemelerin, bağlanmanın, eş benzerliğinin ve problem çözme becerilerinin eş desteğini yordaması. Yüksek Lisans Tezi, Konya, Necmettin Erbakan Üniversitesi.
15. Ateş S. (2014). Kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamalarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Bilim Üniversitesi.
16. Avcı İ, Işıklı Z. (2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 16: 91-94.
17. Avcı T. (2010). Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan ebe ve hemşirelerin verdikleri doğum öncesi bakım hizmetleri ve iş doyumlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi.
18. Ay Z. (2015). İzmir merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin birinci basamakta gebe takibi hakkındaki bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir, Katip Çelebi Üniversitesi.
19. Aydın A, Aslay I, Berkman S. (2016). *Jinekolojik Tümörler El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul
20. Barry H. C., Smith M., Weismantel D., French L. (2007) The Feasibility of risk-based cervical cancer screening. *Preventive Medicine*;45(2-3):125-129.
21. Baskan S., Atahan K., Arıbal E., Özaydın N., Balcı P., Yavuz E. (2012). Meme kanserinde tarama ve tanı (İstanbul Meme Kanseri Konsensus Konferansı 2010). *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 8(3).
22. Beard C. M., Hartmann L. C., Atkinson E. J., O'Brien P. C., Malkasian G. D., Keeney G. L., Melton L. J. (2000). The epidemiology of ovarian cancer: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, 1935–1991. *Annals of epidemiology*, 10(1), 14-23.
23. Behbakht K., Lynch A., Teal S., Degeest K., Massad S. (2004). Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. *Obstetrics & Gynecology*, 104(6), 1355-1361.
24. Bereket M. (2011). Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde çalışan kadın sağlık personelinin Human Papilloma Virüsü ve serviks kanserine ilişkin bilgi

düzeşinin ve farkındalığının araştırılması. Uzmanlık Tezi, Ankara, Başkent Üniversitesi.

25. Bereketli S. (2009). Kan bağışı yapan üniversite öğrencilerinin bağış nedenleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin bilgi ve risklerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi.
26. Berg W. A. (2009). Tailored supplemental screening for breast cancer: what now and what next?. *American Journal of Roentgenology*, 192(2), 390-39.
27. Beydağ K. D., Karaoğlan H. (2007). Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2); 106-111.
28. Bilge Ç., Kaydırak M. M., Aslan E. (2016). Jinekolojik kanserin cinsel yaşam üzerindeki etkileri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 31-38.
29. Bodur N. E., Çoşar B., Erdem M. (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi)*, 38(1).
30. Bray F., Ren J. S., Masuyer E., Ferlay J. (2008). Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int. J. Cancer* 2013; 132(5):1133–1145.
31. Canbulat N. (2006). Sağlık çalışanlarının meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi.
32. Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2016. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.
33. Chong P. N., Krishnan M, Hong CY, Swah T. S. (2002). Knowledge and practice of breast cancer screening amongst public health nurses in Singapore. *Singapore Med J*, 43: 509-516.
34. Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE/HIV/AIDS) (2010). T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara.
35. Coşkun M. A. (2012). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları.

36. Curun F. (2006). Yüklemler, iletişim çatışmaları, cinsiyet ve cinsiyet rolü yönelimi ile evlilik doyumu arasındaki ilişki. Doktora Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi.
37. Cutts F. T., Franceschi S., Goldie S., Castellsague X., De Sanjose S., Garnett G., Markowitz L. (2007). Human papillomavirus and HPV vaccines: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(9), 719-726.
38. Çağ P. (2011). Evli bireylerde eş desteği ve evlilik doyumu. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
39. Çağ P., Yıldırım İ. (2013). Evlilik doyumunu yordayan ilişkişel ve kişisel değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(39), 13-23.
40. Çakmak R. (2016). Sağlık çalışanlarında kanser tarama davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Muğla, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi.
41. Çalık K. Y., Aktaş S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1).
42. Çam O., Gümüş A. B. (2006). Meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışlarını etkileyen psikososyal faktörler. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 81.
43. Çelik B. (2016). Evli bireylerin algıladıkları stres düzeyi ve sosyal destek düzeylerinin evlilik uyumlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Üsküdar Üniversitesi.
44. Çelik Ö. A. (2016). Gebelerin cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin bilgileri ve korunmaya yönelik uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Üsküdar Üniversitesi.
45. Çimke S. V. (2016). Farklı meslek gruplarındaki kadınların HPV, servikal kanser ve pap smear testi bilgi düzeyi ile davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin, Mersin Üniversitesi.
46. Çobanlar Akkaş S. (2014). Gebelikte eşler arası uyum. Yüksek Lisans Tezi, Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi.
47. Daşıkın Z., Sevil Ü. (2017). Kadınlarda jinekolojik muayeneyi engelleyen psikososyal faktörler. 26(2), 75-83.
48. Değirmenci F. (2016). Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile sosyal destekleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi.

49. Demir S., Yeşiltepe Oskay Ü. (2014). Jinekolojik Muayene Olan Kadınların Yaşadığı Deneyimler ve Sağlık Profesyonellerinden Beklentileri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 68.
50. Demirel G., Gölbaşı Z. (2015). Kadın sağlığı taramasında güncel durum. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 638.
51. Deniz Ü., Kurt M., Önder Ö. R., Acuner A. M. (2004). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusundaki üniversite öğrencilerinin görüşleri. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 7(2), 63-8.
52. Doğan M. (2008). Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri risk faktörleri ve pap smear konusundaki bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.
53. Eker A., Aslan E. (2017). Jinekolojik kanser hastalarında psiko-sosyal yaklaşım. *Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 14(4), 298-303.
54. Elveren C. (2008). Aydın doğumevinde doğum yapmış olan kadınların doğum öncesi bakımları ve gebelik süresindeki tutum ve davranışlarının incelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi.
55. Erbaş G. (2016). İstanbul İli Gaziosmanpaşa ilçesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
56. Erbil N., Şenkul A., Sağlam Y., Ergül N. (2008). Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-13.
57. Ersin F. (2012). Sağlığı geliştirme modelleri ile yapılan hemşirelik girişimlerinin kadınların meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı davranışlarına etkisi. Doktora Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.
58. Evcili F., Bekar M. (2013). Jinekolojik kanser tanısı almanın psikososyal boyutu ve hemşirelik yaklaşımları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi.*; 16(1): 21-28.
59. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Parkin D.M., Forman D., Bray F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. <http://globocan.iarc.fr>, Erişim Tarihi: 02.12.17

60. Fobair P., Stewart S.L., Chang S., D'Onofrio C., Banks P. J., Bloom J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*; 15:579-94.
61. Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021 Towards Ending AIDS June 2016 World Health Organization Department of HIV/AIDS Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
62. Global HIV Statistics Fact sheet - Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic. Erişim Tarihi: 04.12.16 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
63. Gregurek R., Bras M., Dordevic V., Ratkovic, A. S., Brajkovic, L. (2010). Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 227-230.
64. Griep R. H., Rotenberg L. (2009). Social support and cervical and breast cancer screening practices among nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4), 514-521.
65. Gülen H. (2004). Ebe/hemşirelerin pap smear teste ilişkin bilgilerinin ve pap smear test yaptırma durumlarının saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
66. Gümüş A. B., Çam O. (2011). Kadınların serviks kanseri için erken tanı tutumları ile benlik saygısı, beden algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiler. *Nobel Medicus* 21. 7(3), 66, 71.
67. Güngör I., Beji N. K. (2007). Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research* 29(2), 213–231.
68. Günsel D. A. (2013). Evli bireylerin algıladıkları eş desteğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi: KKTC örneği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi.
69. Güven S., Şener A., Yıldırım B. (2015). Eşlerin farklı değişkenlere göre sosyal destek algısı, *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi*.
70. Güvenli Annelik Erkek sağlık çalışanı Kitabı, (2009). TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı*, (3-B), 2-35.

71. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010). Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
72. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014). “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
73. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006). Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
74. Hofvind S., Ursin G., Tretli S., Sebuodegard S., Moller B. (2013). Breast cancer mortality in participants of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer*, 119(17), 3106–3112.
75. Holter H., Anderheim L., Bergh C., Möller A. (2006). First IVF treatment - short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Hum Reprod.* 21: 3295-02.
76. Howlader N., Noone A. M., Krapcho M., et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014, National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/, based on November 2016 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2017.
77. Hughes G., Lowndes C. M. (2014). Epidemiology of sexually transmitted infections: *UK. Medicine*, 42(6), 281-286.
78. J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. Dikshit, S. Eser, C. Mathers, M. Rebelo, D.M. Parkin, D. Forman, F. Bray (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer* doi:10.1002/ijc.29210 PMID:25220842.
79. Jarvandi S., Montazeri A., Harirchi I., Kazemnejad A.. (2002). Beliefs and behaviours of Iranian teachers toward early detection of breast cancer and breast self-examination. *Public Health.* 116; 4: 245-249.
80. Jemal A., Vineis P., Bray F., Torre L., Forman D. (2014). *Kanser Atlası*. İkinci Baskı. Atlanta, GA: Amerikan Kanser Derneği.

81. Kabasakal Z., Soylu Y. (2016). Evli bireylerin evlilik doyumunun cinsiyet ve eş desteğine göre incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5(4), 208-214.
82. Kabukcuoğlu K. (2017). *Kadın Sağlığı Sorunlarının Psikosomatik Yansımaları*. Ankara, Detay Yayıncılık.
83. Karakuş F. (2008). Malatya il merkezinde bulunan birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Malatya, İnönü Üniversitesi.
84. Kaya G. (2011). Pap smear testi yapılan kadınların serviks kanseri konusundaki bilgileri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.
85. Kılıç M. (2014). Doğum öncesi bakım almayı etkileyen faktörlerin çoklu analizi: bir İç Anadolu örneği. *J Clin Anal Med*, 5(6): 498-502.
86. Kinsinger S. W., Laurenceau J. P., Carver C. S., Antoni M. H. (2011). Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychol Health*; 26:1571-88.
87. Kokkun M. (2014). Malatya il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personelinin Ulusal Kanser Tarama Programlarındaki taramalar konusunda bilgi tutum ve davranışlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Malatya, İnönü Üniversitesi.
88. Koluçak S., Güneş G., Pehlivan E. (2015). İnönü Üniversitesi öğrencilerinin üreme sağlığı konularında bilgi düzeyleri ve hizmetten beklentileri. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 17(1), 7-14.
89. Koyun A., Taşkın L., Terzioğlu F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1).
90. Köse M. R., Başara B. B., Güler C., Soyutun İ., Aygün A., Özdemir A.T. (2016). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, T.C. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
91. Kuğu N., Akyüz G. (2001). Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1), 61-64.

92. Lale G. (2013). Ankara ili merkez ilçeleri aile sağlık merkezlerinde çalışan 40 yaş ve üzeri aile hekimlerinin tarama testlerini kendilerine yaptırma durumları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi.
93. Lavado R. F., Lagrada L. P., Ulep V. G. T., Tan L. M. (2010). *Who provides good quality prenatal care in the Philippines?* (No. 2010-18). PIDS Discussion Paper Series. World Health Organization. Standard for. Maternal and Neonatal Care. Geneva: WHO Press, 2007.
94. Malak A. (2011). Jinekolojik kanserli hastalarda aile planlaması yöntem kullanımı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
95. Marmot M. G., Altman D. G., Cameron D. A., Dewar J. A., Thompson S. G., Wilcox M. (2013). The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *British journal of cancer*, 108(11), 2205.
96. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları T. C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı. Erişim tarihi: 25.11.2016
97. Meriç Avcı S. (2011). Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde bebekleri Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ve yatmayan annelerin riskli gebelik ve doğum öncesi bakımı yönünden karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi.
98. Mete S. (1998). Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 1-8.
99. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman. London: RCOG Press; 2008 Mar. (NICE Clinical Guidelines, No. 62.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51886/>
100. Norouznia S. (2009). Meme kanseri korkusunun kadınlara erken tanı davranışları üzerinde etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.
101. Nuri Tural G. (2017). Primer infertil kadınlara algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi.

102. Oeffinger K. C., Fontham E. T., Etzioni R., et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update From the American Cancer Society. *JAMA*. 2015;314(15):1599-1614.
103. Office on Women's Health. (2012). *Prenatal care fact sheet*. Retrieved December 07, 2017, from <http://www.womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/prenatal-care.html> [top]
104. Okanlı A., Tortumluoğlu G., Kırkpınar G. (2003). Gebe kadınların ailelerinden aldıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*;4:98-105.
105. Olgun Ş. (2015). Meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarına verilen eğitimin sağlık inançlarına olan etkisinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Şifa Üniversitesi.
106. Özdemir D. (2017). Onkoloji eğitim hemşireliği biriminde eğitim alan meme kanseri hastalarında stresle başa çıkma yolları ve algılanan sosyal destek düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi.
107. Özkan S., Demirhan H., Çınar İ. Ö. (2009). Gebelik ve bazı sosyodemografik özelliklerin cinsel fonksiyon üzerine etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 12(3).
108. Özmen V., Fidaner C., Aksaz E., et al. (2009). Türkiye'de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması" Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu". *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(3).
109. Öztürk Ş. (2014). Bir Fabrikada çalışan kadınlara verilen eğitimin kendi kendine meme muayenesine ilişkin sağlık inanç ve davranışlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
110. Öztürk Y. (2010). Ankara'da bir hastanenin kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran doğurganlık yaş grubundaki bir grup kadının üreme sağlığı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi.
111. Özvarış Ş. B., Akın A. (1998). Türkiye'de doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma. Erişim tarihi: 28.01.2018 http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_onesi.pdf

112. Pelerin G. P., Finan M. A. (2005). Endometrial cancer in women 45 years of age or younger: A clinicopathological analysis. *Am J Obstet Gynaecol.* 193: 1640-4.
113. Pelit S. (2015). Jinekolojik kanserli hastanın hastanede bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi.
114. Petro-Nustas W., Mikhail B. (2002). Factors Associated With Breast SelfExamination Among Jordanian Women, *Public Health Nursing*, 19(4): 263–271.
115. Pinar G., Algier L., Doğan N., Kaya N. (2008). Jinekolojik Kanserli Bireylerde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18(4).
116. Pirinççi E., Polat A., Köroğlu A., Kumru S. (2010). Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(2).
117. Prestwich A., Conner M., Lawton R., Bailey W., Litman J., Molyneaux V. (2005). Individual and collaborative implementation intentions and the promotion of breast self-examination. *Psychology and Health*, 20(6), 743-760.
118. Ralston J. D., Taylor V. M., Yasui Y. (2003). Knowledge of Cervical Cancer Risk Factors Among Chinese Immigrants in Seattle, *J Community Health*, 28:41-57.
119. Reis N. (2006). Jinekolojik kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonunda hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), 88-97.
120. Salman F. (2017). Mastektomi yapılan kadınlarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi.
121. Sarpkaya D., Vural G. (2014). Hemşirelikte dört bilme yolunun jinekolojik muayenede kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. Erişim tarihi: 15.01.2018.

122. Saslow D., Boetes C., Burke W., et al. (2007). American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin.* Mar-Apr;57(2):75-89.
123. Chambers R., Belcher J. (1992). Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *Br J Gen Pract*, 42(357), 153-156.
124. Seçginli S. (2007). Meme kanserinde erken tanıya yönelik sağlığı geliştirme programının tarama davranışlarına etkisi. Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
125. Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları. T. C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı.
126. Siyez, D. M., Siyez, E. (2009). Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Türk Üroloji Dergisi*, 35(1), 49-55.
127. Soyler P. (2015). İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde tedavi gören meme kanseri hastalarının tedavi arama şekilleri, algılanan sosyal destek düzeyinin incelenmesi. Doktora Tezi, Malatya, İnönü Üniversitesi.
128. Soylu Y., Kağnıcı D. Y. (2015). Evlilik uyumunun empatik eğilim, iletişim ve çatışma çözme stillerine göre yordanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(43).
129. Sönmez Y. (2011). Meme ve serviks kanserinde erken tanı yöntemlerinin kullanımı konusunda kadınların bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi.
130. Sözeri C., Cevahir R., Şahin S., Semiz O. (2006). Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 92-104.
131. Şahin D. (2009). Kırklareli Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin ve hastaneye başvuran kadınların jinekolojik kanserler hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Edirne, Trakya Üniversitesi.
132. Şahin Hotun N., Soypak F. (2010). Erken loğusalık süresinde kadınların algıladıkları eş desteği. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 41(4), 187-193.
133. Şen E., Bulut S., Şirin A. (2014). Primer infertil çiftlerde eşlerarası uyumun incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(1), 17-24.
134. Şendil G. (1995). Mastektomi geçirmiş kadınların evlilik ilişkisinin incelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 20, 151-158.

- 135.T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” Yayın No: 924 Ankara 2014.
- 136.T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser Kontrol Programı 1. Baskı Ankara 2015.
- 137.T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri Editörler: İrfan Şencan, Bekir Keskinılıç. Ankara 2017.
138. Taşkın L. (2014). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi.
139. Tekbaş S. (2014). Jinekolojik kanser hastalarında yaşam kalitesi ve tedavi-bakımın etkileri. Doktora Tezi, Edirne, Trakya Üniversitesi.
140. Timur S., Hotun Şahin, N. (2010). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 12(1).
141. Tiryaki A., Özçürümez G., Sağlam D., Yavuz M. (2010). Meme kanseri olan kadınların eşlerinin hastalığa tepkileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 11:95-101.
142. Tural G. N. (2017). Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Erzurum, Atatürk üniversitesi.
143. Turan F. (2015). Ailede bütünlük duygusunun ve eş desteğinin evlilikte problem çözme becerisini yordaması. Yüksek Lisans Tezi, Konya, Necmettin Erbakan Üniversitesi.
144. Turan J. M., Nalbant H., Bulut A., Sahip Y. (2001). Including expectant fathers in antenatal education programmes in Istanbul, Turkey. *Reproductive health matters*, 9(18), 114-125.
145. Turhan Öztürk N. (2008). Kadın ve erkek sağlığını koruma stratejileri ve tarama programları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28(6): 255-261.
146. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri (2016). (Erişim Tarihi: 01.12.2017) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>
147. Uçar T. (2008). Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Malatya, İnönü Üniversitesi.
148. Uludağ E. (2017). Erken lohusalık döneminde eş desteğinin emzirme öz yeterliliğine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi.

149. UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women (Erişim Tarihi: 07.12.2007) <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/#>
150. Üner R. (1994). Spousal social support for the pregnant women: Recipients and providers perspectives on perceived and desired social support. Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
151. Vesco K. K., Whitlock E. P., Eder M., Lin J., Burda B. U., Senger C. A., Holmes R. S., Fu R., Zuber S. (2011). Screening for Cervical Cancer: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 86. AHRQ Publication No. 11-05156- EF-1. Rockville, MD: *Agency for Healthcare Research and Quality*; May.
152. Vırt O., Akbaş E., Savaş H. A., Sertbaş G., Kandemir H. (2008). Association between the level of depression and anxiety with social support in pregnancy. *Archives of Neuropsychiatry* 45, 9–13.
153. Wacholder S., Hartge P., Prentice R., Garcia-Closas M., Feigelson H. S., Diver W. R., Rosner B. (2010). Performance of common genetic variants in breast-cancer risk models. *New England Journal of Medicine*, 362(11), 986-993.
154. WHO-UNICEF Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001.
155. Williams J. W., Hoffman B. L. (2016). *Williams Gynecology* (3rd ed.). New York, N.Y.: McGraw-Hill Education LLC.
156. World cancer research fund international. (2017). American institute for cancer research. Analysing research on cancer prevention and survival. Diet, nutrition, physical activity and breast cancer. Erişim tarihi: 29.11.2017_ http://www.wcrf.org/sites/default/files/CUP_BREAST_REPORT_2017_WEB.pdf
157. World Health Organization, Media Centre, Sexually transmitted infections, 2016 Erişim Tarihi: 03.12.2017_ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
158. World Health Organization, Media Centre, Cancer, (2017). Erişim Tarihi: 28.11.2017 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

159. World Health Organization. (2009). WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health. Geneva: WHO Press.
160. World health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.
161. Yakut Y. (2006). Cinsel yolla bulaşan hastalıklara genel bakış. *Türkiye Klinikleri J SurgMedSci* 2006; 2 (13): 45-50.
162. Yanikkerem E., Kavlak O., Sevil Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 11(4).
163. Yekenkunrul D., Mete S. (2012). Gebelikte bulantı kusma, evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 5(3), 89-95. ISO 690 . Erişim tarihi: 12.12.2017.
164. Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P. (2011) Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 31-46.
165. Yıldırım İ. (2016). Eş destek ölçeğinin geliştirilmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(22).
166. Yılmaz L. (2017). Şanlıurfa'da bir devlet hastanesinde doğum yapmış Kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerini alma durumu, bu hizmetlerin niteliği ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, Harran Üniversitesi.
167. Yılmaz S. (2011). Jinekolojik kanserli kadınlarda algılanan sosyal destek düzeylerinin kemoterapi semptomlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi.
168. Zemheri E., Koyuncuer A. (2005). Servikal kanserlerin erken tanısında pap testinin önemi. *Sted*, 14, 1-4.
169. Zinsinger S. W., Laurenceau J. P., Carver C. S., Antoni M. H. (2011). Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychology & health*, 26(12), 1571-1588.

8. EKLER

8.1. EK-1. Erkek Sağlık Çalışanı Bilgilendirme Formu

Bu araştırma GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesindeki erkek sağlık çalışanlarının eşlerine gebelik, jinekolojik muayene ve meme sağlığı kontrollerindeki desteklerini berirlmek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır.

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde yazılı onam vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmayı reddetme veya araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Her ihtiyaç duyduğunuzda araştırmacıya rahatlıkla ulaşabileceksiniz. Verdiğiniz bilgilerin tümü sadece bu araştırma kapsamında kullanılacaktır ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu çalışmada yer aldığımız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Çalışmaya katılım kesinlikle gönüllülük esasına dayanmaktadır. Herhangi bir kurum ya da kuruluş tarafından bu araştırma desteklenmemektedir.

Yukarıdaki metni okudum. Konu hakkında bana yeterli sözlü ve yazılı açıklama yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya herhangi bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Erkek sağlık çalışanın;

Adı soyadı:

Tel:

Adres:

Tarih ve imza:

8.2. EK-2. Veri Toplama Formu

1) Mesleğiniz nedir?

- Hekim - Teknisyen - Hasta bakıcı

2) Yaşınız?

- 20 - 29 - 30 - 39 - 40 - 49 - 50 ve üzeri

3) Kaç yıldır evlisiniz?

- 1ay - 3 yıl - 4 - 7 yıl - 8 - 11 yıl - 12 ve üzeri

4) Maddi gelirinizi nasıl tanımlarsınız?

- Gelir giderden az - Gelir gidere eşit - Gelir giderden fazla

5) Eşinizin mesleği nedir?

- Ev hanımı - Özel sektörde çalışıyor - Kamu kurumunda çalışıyor

6) Eşinizin yaşı?

- 20 - 29 - 30 - 39 - 40 - 49 - 50 ve üzeri

7) Eşiniz kaç kez gebe kaldı?

- Hiç - 1 - 2 - 3 - 4 - 4 ve üzeri

8) Eşiniz kaç canlı doğum yaptı?

- Hiç - 1 - 2 - 3 - 4 - 4 ve üzeri

9) Eşiniz çalışıyorsa maddi gelirini nasıl tanımlarsınız?

- Gelir giderden az - Gelir gidere eşit - Gelir giderden fazla

10) Eşinizin üreme sağlığı kontrollerini kendi çalıştığınız kurumda mı yaptırarsınız?

- Evet - Hayır

11) Eşinizin kontrollerini tanıdık hekimlere yaptırmayı mı tercih edersiniz?

- Evet - Hayır

12) Sizin üreme sağlığı kontrollerinizde eşiniz sizin yanınızda bulunur mu?

- Evet - Hayır

13) Eşinizle kendi üreme sağlığı problemlerinizi hakkında konuşabiliyor musunuz?

- Evet - Hayır

SORULAR	GEBELİK	JİNEKOLOJİK	MEME
Muayene sayısı	-Hiç -Her ay -Hekimin önerdiği kadar	-Hiç -Her yıl -3 ayda bir -Hekimin önerdiği kadar	-Hiç -Sadece kendi kendine meme muayenesi -Yılda bir -Hekimin önerdiği kadar
Muayene nedeni	-Rutin kontrol -Gebelikte gelişen problem	-Rutin kontrol -Jinekolojik sıkıntı nedeniyle	-Rutin kontrol -Herhangi bir kitle hissedildiğinde
Konu ile ilgili bilgisi	-Var -Yok -Yeterli değil	-Var -Yok -Yeterli değil	-Var -Yok -Yeterli değil
En son kontrol zamanı			
Konu hakkında eğitim aldı mı	-Evet -Hayır	-Evet -Hayır	-Evet -Hayır
Muayene yaptırmama nedenleri	-Korku, endişe -Gerekli olduğunu bilmeme -İhtiyaç duymama -Utanma - Diğer.....	-Korku, endişe -Gerekli olduğunu bilmeme -İhtiyaç duymama -Utanma - Diğer.....	-Korku, endişe -Gerekli olduğunu bilmeme -İhtiyaç duymama -Utanma - Diğer.....
Eşinizle gebelik, jinekoloji ve meme sağlığı hakkında konuşabiliyor musunuz?	-Evet -Hayır -Çok nadir	-Evet -Hayır -Çok nadir	-Evet -Hayır -Çok nadir
Eşiniz hiçbir sıkıntısı olmadan muayeneye gider mi?	-Evet -Hayır -Bilmiyorum	-Evet -Hayır -Bilmiyorum	-Evet -Hayır -Bilmiyorum
Muayenelerin faydalı olduğunu düşünüyor	-Evet -Hayır -Fikrim yok	-Evet -Hayır -Fikrim yok	-Evet -Hayır -Fikrim yok

musunuz?			
Eşiniz muayenelerin faydalı olduğunu düşünüyor mu?	-Evet -Hayır -Fikrim yok	-Evet -Hayır -Fikrim yok	-Evet -Hayır -Fikrim yok
Eşinize muayene yaptırması konusunda herhangi bir konuşma yaptınız mı?	-Evet -Hayır	-Evet -Hayır	-Evet -Hayır
Eşiniz muayeneye giderken yanında bulunur musunuz?	-Kesinlikle -Asla -Nadiren	-Kesinlikle -Asla -Nadiren	-Kesinlikle -Asla -Nadiren
Eşinizin muayeneden kaçınmasını önlemek için manevi destekte bulunur musunuz?	-Evet -Hayır -Kısmen	-Evet -Hayır -Kısmen	-Evet -Hayır -Kısmen

TEŞEKKÜR EDERİM...

8.3. EK-3. Etik kurul onayı

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI RAPORU



ETİK KURUL NUMARASI : 1491- 70 - 16/1539
OTURUM NO : 47
OTURUM TARİHİ : 08.06.2016
OTURUM BAŞKANI : Prof.Hv.Vet.Tbp.Alb. Mustafa ÖZYURT
OTURUM SEKRETERİ : Doç.Dz.Tbp.Bnb. Mesut MUTLUOĞLU

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.06.2016 günü yapılan 47. oturumunda GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi ORTOPEDI VE TRAVMATOLOJİ servisinde HEMŞİRE AYŞE GÜL BURSA adlı araştırmacının sorumluluğunda yapılacak olan ERKEK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EŞLERİNE GEBELİK, JİNEKOLOJİK MUAYENE VE MEME SAĞLIĞI KONTROLLERİNDEKİ DESTEKLERİ başlıklı başvuru dosyası incelenmiştir.

KARAR :

Başvurunuzun amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN
Mustafa ÖZYURT
Prof.Hv.Vet.Tbp.Kd.Alb.

ÜYE
Yusuf YAZGAN
Prof.Tbp.Kd.Alb.

ÜYE
Faruk ÇİFTÇİ
Prof.Tbp.Kd.Alb.

ÜYE
Şükrü YILDIRIM
Prof.Tb.Kd.Alb.

ÜYE
Selami SÜLEYMANOĞLU
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE
Ergün YÜCEL
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE
Ersin ÖZTÜRK
Doç.Dz.Tbp.Yb.

ÜYE
Mesut MUTLUOĞLU
Doç.Dz.Tbp.Bnb.

(Katılmadı)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşe Gül	Soyadı	Bursa
Doğum Yeri	Mersin	Doğum Tarihi	08.05.1985
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	22393982930
E-mail	ysgly@hotmail.com ysglyz@gmail.com	Tel	05062984670

Eğitim Bilgileri

Derece	Alan	Mezun olduğu kurumun adı	Mez. Yılı
Doktora		-	-
Yüksek lisans		-	-
Üniversite	Hemşirelik	Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Hemşirelik Yüksek Okulu	2007
Lise		Mersin Tevfik Sırrı Gür Lisesi	2003

İş Deneyimleri

Görevi	Kurum adı	Süre
Hemşire	GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	2008- halen
Hemşire	GATA Ankara Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği ve Yoğun Bakım	2008 (4 ay)
Hemşire	GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalığı Kliniği ve Yenidoğan Yoğun Bakım	2007-2008 (6 ay)
Hemşire	GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	2007 (6 ay)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YÖKDİL Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	60,00

Bilgisayar bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Programları	İyi
SPSS	İyi

Dergilerde yayınlanan makaleler

Arslan Özkan, H., Özbek, Ş., & Bursa, A. G. (2016). Küreselleşen Sağlık ve Kadın Sağlığı Hemşireliği., *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2): 46-57