

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KIRSAL KESİMDE AKRAN EĞİTİMİ GİRİŞİMLERİNİN ÜREME SAĞLIĞI
ÜZERİNE ETKİSİ

HİKMET BAYKARA

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. HÜLYA DEMİRCİ

İKİNCİ DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. SERAP BULDUK

MANİSA
2014

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞİ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU

Referans No	10033382
Yazar Adı / Soyadı	HİKMET BAYKARA
Uyruğu / T.C.Kimlik No	TÜRKİYE / 32828009316
Telefon	5342220289
E-Posta	hikmet-baykara@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Kırsal Kesimde Akran Eğitimi Girişimlerinin Üreme Sağlığı Üzerine Etkisi
Tezin Tercümesi	The Effect of Peer Education Initiatives on Reproductive Health in Rural Areas
Konu	Kadın Hastalıkları ve Doğum = Obstetrics and Gynecology ; Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Bölüm	Hemşirelik Bölümü
Anabilim Dalı	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2014
Sayfa	120
Tez Danışmanları	YRD. DOÇ. DR. HÜLYA DEMİRCİ 61036353782 YRD. DOÇ. DR. SERAP BULDUK 48463421338
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	Üreme sağlığı=Reproductive health Akran eğitimi=Peer education 15-49 yaş kadın=Women aged 15-49
Kısıtlama	36 ay süre ile kısıtlı

Tezimin, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında arşivlenmesine izin veriyorum. Ancak internet üzerinden tam metin açık erişime sunulmasının 28.04.2017 tarihine kadar ertelenmesini talep ediyorum. Bu tarihten sonra tezimin, bilimsel araştırma hizmetine sunulması amacı ile Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi tarafından internet üzerinden tam metin erişime açılmasına izin veriyorum. NOT: Erteleme süresi formun imzalandığı tarihten itibaren en fazla 3 (üç) yıldır.

28.04.2014

İmza:.....

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAVI TUTANAĞI

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hikmet BAYKARA'nın Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığı "Kırsal Kesimde Akran Eğitimi Girişimlerinin Üreme Sağlığı Üzerine Etkisi" başlıklı bu çalışma, jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek "KABUL" kararı verilmiştir. 28/04/2014

Jüri Üyesi:

Yrd.Doç.Dr.Hülya DEMİRCİ (Tez Danışmanı)

Yrd.Doç.Dr.Serap BULDUK (2. Tez Danışmanı)

Doç.Dr. Emre YANIKKEREM (C.B.Ü. Sağlık YO Öğretim Üyesi)

Yrd.Doç.Dr. Nursen BOLSOY (C.B.Ü. Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Yrd.Doç.Dr. Aynur ÇETİNKAYA (C.B.Ü. Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

İmza



Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../.....
tarih ve..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. İbrahim TUĞLU
Enstitü Müdürü

ÖZET

KIRSAL KESİMDE AKRAN EĞİTİMİ GİRİŞİMLERİNİN ÜREME SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırma, kırsal alanda yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların üreme sağlığını korumaya ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak; belirlenen sorunlar doğrultusunda, akran eğitimi ilkeleri göz önüne alınarak hazırlanan bir eğitim modeli geliştirmek ve bu modelin etkinliğini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Çalışmada kadınların üreme sağlığı profilinin belirlendiği bölümde tanımlayıcı ve kesitsel, üreme sağlığı akran eğitimi girişiminin etkisinin değerlendirildiği bölümde yarı-deneysel araştırma tasarımı kullanılmıştır. Çalışma 1 Haziran - 15 Aralık 2013 tarihleri arasında kırsal alanda hizmet veren bir sağlık evinde yürütülmüştür. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmanın yapıldığı tarihlerde köyde yaşayan ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan 15-49 yaş evli 117 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

Verilerin toplanmasında, kadınların üreme sağlığına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek için Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu, Üreme Sağlığı Bilgi Testi ve Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği kadınların bilgilendirilmiş onamları alınarak kullanılmıştır.

Elde edilen veriler SPSS paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, bağımlı gruplarda Ki-kare testi (McNemar testi), bağımlı gruplarda t testi ve Wilcoxon testi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların %38.5'i 39-49 yaşları arasında, %77.8'i ilkokul mezunu, %63.2'si geniş aile ortamında yaşamaktadır. Gebelikten korunma oranı yüksek olmakla birlikte en çok kullanılan yöntem geri çekmedir.

Kadınlara uygulanan akran eğitimi girişiminin etkinliği değerlendirildiğinde; akran eğitimi girişimi öncesine göre, kadınların üç ay sonra Kadın Sağlığı Bilgi Testi, Toplam Ölçek Puanı ve Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma, Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme, Üreme Organ ve Meme Kanserinden Korunma, Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları ölçek alt boyutları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.000$) olup, İstenmeyen Gebeliklerden Korunma ölçek alt boyutunda ise bir değişiklik olmamıştır.

Sonuç olarak, kırsal alanda yaşayan kadınların üreme sağlığı korumaya yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının yetersiz olduğu ve uygulanan “Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Modeli'nin” kırsal alanda yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların koruyucu üreme sağlığı davranışlarını geliştirmede etkili bir yöntem olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Üreme sağlığı, Akran eğitimi, 15-49 yaş kadın.



SUMMARY

THE EFFECT OF PEER EDUCATION INITIATIVES ON REPRODUCTIVE HEALTH IN RURAL AREAS

The aim of this study was to determine knowledge, attitudes and behaviours of women living in rural areas about protecting reproductive health, to develop an education model in accordance with the problems singled out and in line with peer education principles and to evaluate the effectiveness of this model.

In this study, descriptive and cross-sectional research design was used in the part which determines reproductive health profile of the women and quasi-experimental research design was used in the part which evaluates the reproductive health peer education initiative. The study was conducted in a health house placed in rural area between June 1st and December 15th 2013. Sample selection was not made in the research. Instead, the study included a total of 117 married women aged 15-49 who were living in the village at the time of the study and who met the eligibility criteria.

Data were collected through a Questionnaire Relating to the Descriptive Characteristics of Women and The Scale for Determining the Reproductive Health Preventive Attitudes of Married Women to evaluate the participants' knowledge attitudes and behaviours about reproductive health. The women filled out these tools after their informed consent was received.

Obtained data were analysed by using SPSS. In the analysis of data frequency distribution, mean, in the dependent groups, chi-square test (McNemar Test), Paired Samples t test and Wilcoxon test were used.

In the research, 38.5% of the women were 39-49 years old and 77.8% were primary school graduates and 63.2% lived in an extended family environment. Although contraception was of high rate, withdrawal was the most widely used method.

When the efficacy of the health education programme for women was evaluated, it was found that the programme was successful in general; the difference before and three months after education for Women Health Knowledge Test, Total Scale Point and subscale points of 'Preventing Genital Infections', 'Visiting Doctor In Reproductive Health Related Issues', 'Preventing Reproductive System and Breast Cancers', 'General Health

Behaviours for Preventing Reproductive Health' were statistically significant ($p=0.000$). However, there wasn't a significant difference about the subscale "Preventing Unwanted Pregnancies".

As a result, knowledge, attitudes and behaviour of women living in rural areas about protection of reproductive health were inadequate and it can be suggested that "Reproductive Health Peer Education Model" implemented in the rural areas between the ages 15-49 was an effective method for developing protective reproductive health behaviour.

Key Words: Reproductive health, Peer education, Women aged 15-49.

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince araştırmamın her aşamasında, gösterdiği sabır, anlayış ve bilimsel katkıları ile eğitimim ve tez hazırlığım boyunca bana destek olan, beni daha iyi ve ileriye yönlendiren, her yönü ile örnek aldığım değerli tez danışmanım Sayın **Yrd.Doç.Dr. Hülya DEMİRCİ**' ye,

Çalışma sırasında bilimsel katkıları ile bana yardımcı olan, tez çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım **Yrd.Doç.Dr. Serap BULDUK**'a

Bilgi ve deneyimleri ile beni yönlendiren, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen tüm lisans ve yüksek lisans hocalarıma,

Araştırmamın yapılması için onay ve destek veren **Kütahya Halk Sağlık Müdürlüğü** ve **Tavşanlı Toplum Sağlığı Merkezi çalışanları** ile uygulamamı yürüttüğüm sahadaki hekim Sayın **Burak ATIGAN**' a

Çalışmama ilgi gösterdikleri ve araştırmaya katıldıkları için ilk görev yerim olan Çobanköy'de yaşayan tüm kadınlara,

Hayatımın her aşamasında, her yaptığım işte üstün özverilerle beni destekleyen, en güçsüz düştüğüm anlarda “başarırsın” duygusunu benliğimde hissetmeme neden olan en değerli varlığım **annem Azime BAYKARA** ve tüm aile bireylerime, yakın zamanda evlenme planları yaptığım **nişanlım Hamit COŞDU**'ya,

Ve tüm dostlarıma,

ÇOK TEŞEKKÜR EDİYORUM...

Hikmet BAYKARA

2014

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iii
SUMMARY	v
TEŞEKKÜR	vii
TABLolar DİZİNİ	xii
GRAFİKLER DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
BÖLÜM I	
1. GİRİŞ	
1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezi	3
1.4. GENEL BİLGİLER	
1.4.1. Üreme Sağlığı	4
1.4.1.1. Üreme Sağlığı Tanımı	4
1.4.1.2. Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Amaçları	4
1.4.1.3. Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Kapsamı	5
1.4.1.4. Üreme Sağlığının Önemi	6
1.4.1.5. Üreme Hakları	7
1.4.1.6. Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü	9
1.4.1.7. Kadınların Yaşadığı Üreme Sağlığı Sorunları	10
1.4.2. Akran Eğitimi	14
1.4.2.1. Akran Eğitimi Modeli	14
1.4.2.2. Akran Eğitimin Güçlü Yanları	16
1.4.2.3. Akran Eğitime Yönelik Eleştiriler	17
1.4.2.4. Akran Eğitimi Uygulama Aşamaları	18
1.4.2.5. Akran Eğitiminin Öğrenme Üzerindeki Etkisi	20
1.4.2.6. Akran Eğitimi Uygulamaları	20

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.	Araştırmanın Tipi	23
2.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
2.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
2.4.	Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	24
2.5.	Veri Toplama Araçları	24
2.6.	Veri Toplama Yöntemi	26
2.7.	Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Modülü	26
2.8.	Araştırmanın Kısıtlılıkları	28
2.9.	Verilerin Analizi	28
2.10.	Araştırmanın Etiği	28
2.11.	Araştırma Takvimi	29

BÖLÜM III

3. BULGULAR

3.1.	Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	30
3.2.	Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
3.3.	Kadınların Mevcut Üreme Sağlığı Sorunlarına İlişkin Bulgular	35
3.4.	Kadınların Akran Eğitimi Öncesi ve Sonrası Üreme Sağlığını Koruyucu Tutum ve Davranışlarının Karşılaştırıldığı Bulgular	42

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

4.1.	Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	48
4.2.	Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	49
4.3.	Kadınların Mevcut Üreme Sağlığı Sorunlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	52
4.4.	Kadınların Akran Eğitimi Öncesi ve Sonrası Üreme Sağlığını Koruyucu Tutum ve Davranışlarının Karşılaştırıldığı Bulguların Tartışılması	56

BÖLÜM V	
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
KAYNAKLAR	62
EKLER	73
ÖZGEÇMİŞ	99



EKLER

EK I.	Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu	73
EK II.	Kadın Sağlığı Bilgi Testi (Ön Test)	76
EK III.	Kadın Sağlığı Bilgi Testi (Son Test)	78
EK IV.	Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği	81
EK V.	Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Modülü	83
EK VI.	Akran Rehberi Eğitimi Kurs Programı	88
EK VII.	Eğitimde Kullanılan Broşürler	89
EK VIII.	Etik Kurul Onayı	94
EK IX.	Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Onayı	95
EK X.	Hasta Bilgilendirilmiş Onam Formu	96

TABLolar DİZİNİ

Tablo No:		Sayfa
Tablo 1	Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo 2	Kadınların Beden Kitle İndeksine Göre Bulguların Dağılımı	31
Tablo 3	Kadınların Menarş, Evlenme, İlk Gebelik Yaşı, Çocuk Sayısıyla İlgili Bulgularının Dağılımı	32
Tablo 4	Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	33
Tablo 5	Kadınların Gebelikten Korunmaya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 6	Kadınların Doktora Gitme Nedenlerinin Dağılımı	35
Tablo 7	Kadınlarda Adet Öncesi Dönemde En Sık Yaşanan Şikayetlerin Dağılımı	36
Tablo 8	Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Şikayetlerin Sıklığı ve Adet Bittikten Sonra Şikayetlerin Devam Etme Durumuna Göre Dağılımı	37
Tablo 9	Kadınlarda Adet Döneminde En Sık Yaşanan Şikayetlerin Dağılımı	37
Tablo 10	Kadınların Aşırı Akıntı Durumundaki Davranışlarının Dağılımı	38
Tablo 11	Kadınlarda İdrar Kaçırma Şikayeti ve İdrar Kaçırılan Durumlar	39
Tablo 12	Kadınların Jinekolojik Rahatsızlıklarının Dağılımı	41
Tablo 13	Kadınların Akran Eğitim Öncesi ve Sonrası Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 14	Kadınların Akran Eğitim Öncesi ve Sonrası Gebeliği Önlemek İçin Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımı	43
Tablo 15	Kadınlara Akran Eğitim Öncesi ve Sonrası Uygulanan ÜSBÖ ve Üreme Sağlığı Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik No		Sayfa
Grafik 1.	Kadınların Son Bir Yıl İçinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanına Gitme Durumunun Dağılımı	35
Grafik 2.	Kadınların Ped Kullanacak Kadar Akıntısı Olma Durumunun Dağılımı	38
Grafik 3.	Kadınların Normal Vajinal Akıntının Varlığını Bilme Durumuna Göre Dağılımı	39
Grafik 4.	Kadınların Kronik Kabızlık Şikayeti Yaşama Durumuna Göre Dağılımı	40
Grafik 5.	Kadınların Günde Ortalama Su ve Çay İçme Durumları	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No		Sayfa
Şekil 1.	Akran Eğitimi Süreci Aşamaları	27
Şekil 2.	Araştırmanın Zaman Çizelgesi	29

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AP	: Aile Planlaması
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AE	: Akran Eğitimi
BMD	: Bilgi-Motivasyon-Davranışsal Becerileri
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICPD	: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
IPPF	: International Planned Parenthood Federation
NPHA	: Ulusal Akran Danışmanlar Derneği /National Peer Helpers Association
TDK	: Türk Dil Kurumu
TGV	: Toplum Gönüllüleri Vakfı
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNFPA	: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
ÜS	: Üreme Sağlığı
Üİ	: Üriner inkontinans

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu

Üreme sağlığı, üreme hakları ve cinselliği de içeren bir kavramdır. 1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (ICPD) "Üreme Sağlığı", ilk kez "üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden bütünüyle iyi olma durumudur" olarak tanımlanmıştır (1). Ayrıca üreme sağlığı, insanların tatmin edici bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları ve bu yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (2,3). Üreme sağlığı kişisel hakları da temel alan bir kavramdır. Üreme hakları tüm bireylerin, çocuklarının sayı, aralık ve zamanlama konusunda hiçbir ayrımcılık, şiddet ve baskı olmaksızın özgürce sorumluluklara karar verme; bunun için gerekli bilgi ve olanaklara sahip olma, en yüksek standartta cinsel sağlık ve üreme sağlığına erişme haklarını içerir (2).

Üreme sağlığı toplumların gelişmişlik ölçütlerinden biridir. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) gibi pek çok uluslararası toplantıda ve bilimsel çalışmada, sağlıklı, geleceği planlı ve refah düzeyi yüksek toplumların oluşmasında üreme sağlığının çok önemli olduğu vurgulanmıştır (4).

Üreme sağlığının kapsamı, kadını ve erkeği içermekle birlikte, kadın açısından hayati bir öneme sahiptir. Üreme sağlığı sorunları nedeniyle insan ömrü %10-15 azalmaktadır. Kadınların üreme sağlığı sorunları doğumdan ölüme kadar geçen süre içinde yaşamın her döneminde kadının genel sağlık düzeyini etkileyebilecek nitelikte olup, kadının doğurganlığını gerçekleştirdiği cinsel olgunluk döneminde (15-49 yaş) bu sorunlar, yaşamını tehdit edici boyutlara ulaşabilmektedir. Ülkemizde 15-49 yaş grubu kadınlar ülke nüfusunun yaklaşık %25'ini oluşturmakta ve doğurganlık özellikleri nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken bir risk grubu olarak dikkat çekmektedir (1,3).

Kadın sağlığı bakımından en önemli evre, hem kadının hem de bebeğin sağlığını doğrudan etkileyen gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdir.

Gelişmekte olan ülkelerde 15-49 yaşlarındaki genç kız ve kadınların toplam hastalık yükünün 1/3'ünü sağlıksız gebelik ve doğum, düşük, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ve üreme yolları enfeksiyonları gibi üreme sağlığına ilişkin sorunlar oluşturmaktadır (5).

Dünya'daki ve Türkiye'deki veriler kadınların sağlığının istendik düzeyde olmadığını göstermektedir (6). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre, Türkiye'de toplam doğurganlık hızının 2.15'dir ve kadınların halen erken yaşlarda çocuk doğurma eğilimlerinin yüksek olduğu görülmektedir. Gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar, tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. Erken yaşta evliliklerin yaygın olduğu yerlerde, sonuçta erken çocuk doğurma ile ilişkili olarak anneler ve çocuklarında ciddi sağlık sorunları olduğu saptanmıştır. TNSA-2008 sonuçları, önceki araştırmalarda olduğu gibi, kırsal yerleşim yerlerindeki doğurganlık hızının, kentsel yerleşim yerlerine göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (7).

Genel olarak, kırsal alandaki bireyler üreme, cinsellik, aile planlaması ve sağlığı hakkında çok az bilgiye sahiptir ve sorunların çoğu gizli kalması nedeniyle tanı ve tedavisi gecikmektedir (8,9). Üreme sağlığı ile ilgili konuların rahatça konuşulamaması, yeterli bilgi verilmemesi ya da yanlış bilgilerin olması üreme sağlığı sorunları riskini arttırmaktadır. Üreme sistemi ile ilgili rahatsızlıklar kadında hem fiziksel hem de psikososyal baskı ve sıkıntılar yaratır. Çünkü kadın, fiziki rahatsızlığının yanı sıra doğurganlığını ve cinselliğini yitirme korkusu, düşük ve infertilitenin getireceği suçlanma duygusu, mahremiyetin tehdit altında olması gibi pek çok duygusal sorun yaşar (10).

Üreme sağlığına yönelik konular aile ve toplumda açıkça tartışılmadığı gibi eğitim sisteminde de bu sorunlara yeterince yer verilmemiştir. Yetersiz ve yanlış bilgilerle cinsel deneyim yaşayan kişiler CYBE, erken gebelikler, istemli düşükler ve bunların getireceği birçok sorunla karşı karşıya kalabilmektedir (11).

Üreme çağındaki kadınların yeterli doğum öncesi bakım almaları, güvenli ve sağlıklı bir ortamda doğum yapmaları, doğum sonrası bakım ve aile planlaması hizmetlerinden en etkin şekilde yararlanmaları, bu hizmetlere ulaşabilmeleri, hizmetlerin niteliği ve hizmetlerin kullanımı büyük önem taşımaktadır (3). Üreme sağlığı göstergeleri toplumların gelişmişlik ölçütlerinden biridir. Kadının üreme sağlığının korunması demek, sağlıklı ve mutlu aileler, dolayısıyla sağlıklı bir toplum ve gelecek demektir. Koruyucu

sağlık hizmetleri kapsamında verilen sağlık eğitimleri ileride ciddi sağlık problemlerini ve ekonomik olarak yük olan sağlık giderlerini azaltacaktır (1,12).

Akran eğitimi modeli; sosyal etkileşimi olan, birbirleri ile eşit statüde yer alan, benzer dil, tutum ve davranışa sahip olan gruplarda bilgi, davranış ve tutum değiştirmek amacıyla yapılan planlı bir eğitim modelidir. İyi eğitilmiş akran rehberler toplum sağlığını geliştirme açısından çok iyi bir araçtır. Literatürde akran eğitimi programlarının alan çalışmalarında oldukça başarılı olduğu belirtilmektedir (13).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi kadın ve çocuk sağlığı ile yakından ilgilidir. Bu nedenle, kadınlara verilen eğitimler, kadın sağlığını iyileştirecek ve dolayısıyla ülkenin gelişmişlik düzeyini arttıracaktır. Özellikle eğitim seviyesi düşük ve çevrelerindeki geleneksel uygulamalara önem veren kırsal alandaki kadınlara eğitim verilmelidir. Kırsal alanda yaşayan kadınlar sağlığı için gerekli bilgileri kendi arkadaş çevresi ve akrabalarından duyduğunda daha kalıcı olmaktadır. Bu eğitimler sayesinde o bölgede yaşayan kadınlar bilgilendirilmiş olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kırsal alanda yaşayan evli kadınların üreme sağlığını korumaya ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak; belirlenen sorunlar doğrultusunda, akran eğitimi ilkelerini göz önünde bulundurarak iyi bir eğitim modeli geliştirmek ve bu modelin etkinliğini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

- I. H₀:** Akran eğitimi modelinin, 15-49 yaş grubu kırsal alanda yaşayan kadınların üreme sağlığı davranışlarında olumlu etkisi yoktur.
- H₁:** Akran eğitimi modelinin, 15-49 yaş grubu kırsal alanda yaşayan kadınların üreme sağlığı davranışlarında olumlu etkisi vardır.

1.4. GENEL BİLGİLER

1.4.1. ÜREME SAĞLIĞI

1.4.1.1. Üreme Sağlığının Tanımı

Dünyada son 20 yıla kadar üremeye ilişkin sağlık sorunları, geleneksel olarak Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) kapsamında ele alınırken, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin tümünde yaşanan sorunların boyutu dikkate alındığında, üreme sağlığı konusunda yer alan tüm sağlık sorunlarını karşılamaya yetmemektedir. Bu nedenle 1994'ten itibaren, yeni bir kavram olarak "Üreme Sağlığı" dünya ülkelerinin gündemine girmiş ve kabul görmüştür (1,3,9). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre üreme sağlığı, "üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır". Üreme sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (1,14,15).

Üreme sağlığı, kişisel hakları temel alan bir kavramdır. Üreme hakları tüm çift ve bireylerin, çocuklarının sayı, aralık ve zamanlama konusunda, hiçbir ayrımcılık, şiddet ve baskı olmaksızın özgürce sorumluluklara karar verme; bunun için gerekli bilgi ve olanaklara sahip olma, en yüksek standartta cinsel sağlık ve üreme sağlığına erişme haklarını içerir (1,3).

Üreme sağlığı, hem kadınları hem de erkekleri ilgilendiren ve her iki cinsin tüm yaşam dönemlerini kapsayan bir alandır. Üreme sağlığı hizmetleri, üreme sağlığı sorunlarını önleyerek ve çözerek üreme sağlığının iyi olma durumuna katkıda bulunan yöntem ve teknik hizmetler dizisi olarak da tanımlanmaktadır. Bu tanım, yalnızca üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili danışmanlık ve hizmetleri değil, amacı yaşamı ve kişisel ilişkileri zenginleştirmek olan cinsel sağlığı da içermektedir (1,9,16).

1.4.1.2. Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Amaçları

Üreme sağlığı hizmetlerinin insan hakları kapsamında düşünülmesi ve sunulması gerekmektedir. Kadın ve erkeğin üreme konusunda bilgilendirilmesi, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli, ödenebilir ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını tehlikeye sokmadan doğurganlıklarını düzenlemelerinin yanı sıra, kadınların

güvenli bir gebelik sürdürebilmeleri ve doğum yapabilmeleri, üremenin başarılı bir sonuca ulaşması, yani çocuğun yaşaması ve sağlıklı büyümesi için gerekli olan en iyi sağlık hizmetlerine sahip olabilme haklarıdır (14). Dolayısıyla üreme sağlığı;

- ❖ Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçları karşılamada yardımcı olmak,
- ❖ İstenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, maternal morbidite ve mortaliteyi azaltmak,
- ❖ Emzirmeyi teşvik etmek,
- ❖ Erkeklerin katılımını artırmak,
- ❖ Kızları ve kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak,
- ❖ Cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak,
- ❖ Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak,
- ❖ Genital mutilasyon gibi zararlı geleneksel uygulamaları yok etmek,
- ❖ Gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirmek, hizmet ve danışmanlık sağlamak,
- ❖ Erken yaştaki gebelikleri azaltmaktır (17,18,19,20,21).

Yukarıda sözü edilen amaçları yerine getirebilmek için üreme sağlığı hizmetleri, ergenlikten yaşlılığa kadar bütüncül bir yaklaşımla, kadın-erkek tüm bireylerin gereksinimlerini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir (22).

1.4.1.3. Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Kapsamı

Temel Sağlık Hizmetleri içerisinde ele alınması düşünülen üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamı şu konuları içermektedir;

- ❖ Cinsel sağlığın korunup geliştirilmesi (eğitim, danışmanlık),
- ❖ Cinsel şiddet ve tacizin önlenmesi (eğitim, danışmanlık, toplumsal değişim, yasal önlemler),
- ❖ Adolesan sağlığı ve cinselliği,
- ❖ Cinsel sağlık ve sorunlarının tanı ve tedavisi (eğitim, danışmanlık, sevk zinciri),
- ❖ Sağlıklı yaşam biçimi,

- ❖ İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve sonlandırılması (eğitim, danışmanlık, hizmet, uygulama, sevk zinciri),
- ❖ İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi (eğitim, danışmanlık, sevk zinciri),
- ❖ Güvenli annelik (doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım, emzirme, eğitim ve danışmanlık),
- ❖ Sorumlu ebeveynlik (bilgi, eğitim, danışmanlık),
- ❖ Üreme yol enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisi (koruma, eğitim, danışmanlık, sevk zinciri),
- ❖ Diğer üreme organ hastalıklarının önlenmesi ve tedavisi (koruma, eğitim, danışmanlık, sevk zinciri),
- ❖ Menopoz ve klimakterik dönemde danışmanlık (bakım, eğitim, danışmanlık)
- ❖ Üreme organları ve meme kanserinin erken tanı ve tedavisi (koruma, eğitim, danışmanlık, sevk zinciri) (17,22,23,24,25).

Tanımı ve hizmet kapsamından anlaşıldığı gibi “Üreme Sağlığı” kavramı, kadın-erkek ayrımı yapmaksızın tüm bireylere, yaşamlarının her dönemlerinde sağlıklı bir cinsel yaşam öngörmektedir (24). Özellikle adölesan dönemden başlanarak, postmenopozal ve ileri yaş dönemi de dâhil üreme sağlığı hizmetleri kapsamında ele alınması önerilmiştir (22). Üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamı çok çeşitli olup, sadece fiziksel değil psikososyal iyiliği de içerdiğinden multidisipliner bir yaklaşım gerektirir (23).

1.4.1.4. Üreme Sağlığının Önemi

"Üreme sağlığı" toplumların gelişmişlik ölçütlerinden biridir. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) gibi pek çok uluslararası toplantıda ve bilimsel çalışmada, sağlıklı, geleceği planlı ve refah düzeyi yüksek toplumların oluşmasında üreme sağlığının çok önemli olduğu vurgulanmıştır (3,26).

Üreme sağlığının kapsamı, kadını ve erkeği içermekle birlikte, kadın için hayati bir öneme sahiptir (1,27). Bundan dolayı kadının üreme sağlığında ayrı bir yeri ve önemi vardır. Çünkü:

- ❖ Gebelik, doğum ve düşüğe bağlı sağlık sorunları yalnızca kadınları etkiler.
- ❖ Kadınların birçok CYBE ve HIV’ye yakalanma riski biyolojik nedenlere bağlı olarak daha yüksektir.

- ❖ Genital yol enfeksiyonlarının komplikasyonları, erkeklere göre kadınları daha çok etkilemektedir.
- ❖ Kadınların çeşitli CYBE'lar ve HIV/AIDS'i çocuklarına geçirme olasılığı, bu enfeksiyonların genel sağlık üzerindeki olumsuz etkisini artırmaktadır.
- ❖ Meme kanseri, kadınlarda görülen kanserler arasındadır.
- ❖ Kadınlar menopoz sonrası bir çok sağlık sorunu ile karşılaşmaktadır (14,16,28).

Kadının üreme sağlığının korunması demek, sağlıklı ve mutlu aileler ve dolayısıyla sağlıklı bir toplum ve gelecek demektir. Ayrıca kadının üreme sistemini etkileyen bir riskin kadınla sınırlı kalmayacağı ve etkilerinin gelecek kuşaklara aktarılacağı de unutulmamalıdır. Son yıllarda global düzeyde giderek daha fazla vurgulandığı ve sağlık alanında yapılan pek çok araştırmanın ortaya koyduğu gibi kadının statüsü, genel sağlık konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını ve hizmetlerden yararlanmasını etkileyen en önemli faktördür. Kadının eğitim durumu, para getiren bir işte çalışması, karar verme süreçlerinde yer alması gibi faktörler üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmasında belirleyici olmaktadır (27,29).

1.4.1.5. Üreme Hakları

Üreme hakkı uluslararası insan hakları kapsamındaki haklardandır ve “Çiftlerin ve bireylerin, özgür ve sorumlu bir biçimde çocuklarının sayısı ve aralığına karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, ayrıca en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın karar verebilmeleri ve özellikle adölesan dönemden başlanarak menopoz sonrası ve yaşlılık dönemi de dahil olmak üzere üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkı” biçiminde tanımlanır. International Planned Parenthood Federation (IPPF) üreme hakkını on iki maddede özetlemiştir. Bu maddeler oluşturulurken temel insan haklarından, üreme hakkına uyarlamalar yapmıştır (1,3,30).

1.Yaşam Hakkı: Hiçbir kadının yaşamı gebelik nedeniyle riske/tehlikeye girmemelidir. Çok sayıda doğum, çok geç ya da çok erken doğum, kısa aralıklı doğum gibi risk faktörleri önlenerek bu hak herkese sağlanmalıdır. Hiçbir çocuğun yaşamı tehlikede olmamalıdır, özellikle de cinsiyeti nedeniyle böyle bir sorun yaşamamalıdır. Hiç kimsenin yaşamı sağlık hizmetine, yeterli bilgi ve danışmanlığa ulaşamadığı için son bulmamalıdır.

2. Bireyin Bağımsızlık ve Güvenlik Hakkı: Tüm insanlar, başkalarının haklarına saygılı olmak koşuluyla cinsel ve üreme yaşantılarını özgürce kontrol etme ve mutlu olma hakkına sahiptir. Tüm insanlar cinsel ve üreme sağlıklarına yönelik tüm tıbbi girişimlere, tam aydınlatılmış onamları olmadığı sürece maruz kalmamalıdır.

3. Eşitlik Hakkı, Tüm Ayrımcılıklardan Uzak Olma Hakkı: Hiç kimse ırk, renk, cinsiyet, medeni durum, sosyal konum, yaş, dil, din, siyasi görüş, milliyet, mülkiyet veya diğer bir özelliği nedeniyle cinsel veya üreme yaşamı ile ilgili sağlık hizmetine ulaşma konusunda ayrımcılığa uğramamalıdır.

4. Özel Yaşam Hakkı: Bilgilendirme ve danışmanlığı da kapsayan tüm üreme sağlığı hizmetleri hizmeti alanlara özel olmalıdır ve buradaki kişisel bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır.

5. Özgür Düşünme Hakkı: Tüm insanlar cinsel ve üreme yaşamları konusunda düşünce ve ifade özgürlüğüne sahip olmalıdırlar.

6. Bilgi ve Eğitim Hakkı: Tüm insanlar üreme ve cinsel yaşamları konusunda doğru bilgilendirme ve eğitim hakkına sahiptirler. Tüm kararlarını alırken tam olarak aydınlatılmış olma hakkına sahiptirler.

7. Evlenme, Aile Kurma Konusunda Özgür Seçim Hakkı: Kişinin tam ve özgür iradesi olmadan evlenmeme hakkı vardır. Herkesin, infertil olanlar veya fertilesi CYBH yüzünden tehlikede olanlar dahil, üreme sağlığı hizmetlerine ulaşma hakkı vardır.

8. Çocuk Sahibi Olma veya Zamanlaması Konusunda Karar Verme Hakkı: Tüm kadınların üreme sağlığının korunması, güvenli annelik ve güvenli kürtaj alanlarında ulaşılabilir, ucuz, kolay ve kabul edilebilir hizmetler konusunda bilgilenme ve eğitim hakkı vardır.

9. Sağlık Hizmeti Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı: Tüm insanların, üreme sağlığını da kapsayacak olası en yüksek kalitedeki sağlık hizmetini alma hakkı vardır. Herkesin birincil sağlık hizmeti kapsamında ulaşılabilir, kişinin özel yaşamına, onuruna ve rahatlığına saygı gösteren bir üreme sağlığı hizmeti almaya hakkı vardır.

10. Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı: Tüm insanların en son bilimsel gelişmelerin sunduğu olanaklara erişme hakkı vardır. İnfertilite, kontrasepsiyon ve kürtaj konularında bu olanaklara ulaşamamanın yaşam ve sağlık üzerine olumsuz etkileri olacaktır.

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

12. İşkence ve Kötü Muameleden Uzak Kalma Hakkı: Tüm çocuklar her türlü tacizden özellikle cinsel tacizden korunma hakkına sahiptir. Hiç kimse kontraseptif yöntemler veya teknikler konusunda kendi onayı olmadan bir medikal çalışmaya alınmamalıdır (1,3,30,31).

1.4.1.6. Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü

Hemşireler, bireylerin sağlığını geliştirecek bilgi birikimleri olan, eğitim ve deneyimleri nedeniyle hastalıkların tedavisinde olduğu kadar toplumun sağlığının geliştirilmesinden de sorumlu olan kişilerdir. Sağlık hizmetlerinde temel insan gücünü oluşturan hemşireler, profesyonel meslek üyesi olarak kadının tüm yaşam dönemlerinde sağlık bakım gereksinimlerini karşılamada sorumluluk üstlenebilecek yetkili kişilerdir.

Hemşirelerin eğitimleri süresince kadın sağlığı konusunda edindikleri kapsamlı bilgi ve becerilerin yanı sıra çoğunluğunun kadın olması, toplumumuzdaki kadın grubuna daha kolay ulaşmasını ve üreme sağlığı sorunlarına empatik bir yaklaşımla başarılı çözümler üretmesini sağlayabilir (14,23,32,33,34).

Hemşireler eğitici, danışman, yönetici, araştırmacı ve bakım verici rolleri ile kadın sağlığına ilişkin koruyucu, iyileştirici ve rehabilitatif hizmetlerde görev alırlar. Üreme sağlığı hizmetlerinde görev alan hemşireler, uygun danışmanlık ve eğitim hizmetleriyle bireylerin sağlıkları konusunda bilinçli ve duyarlı olmalarını, doğru ve gönüllü kararlar vermelerini sağlayarak toplumda üreme sağlığı bilincini yükseltebilirler. Hemşireler bu rollerini, sağlık kuruluşları dışında toplumun her kesiminde; evde, okulda, işyerinde, gençlik ve spor kulüplerinde, sivil toplum örgütleri vb. ortamlarda yerine getirebilecek konumdadırlar (23,25,32,35).

Sağlık personelinin temel hedeflerinden biri, bireylerin olabildiğince yüksek bir sağlık düzeyi kazanmalarına ve bunu sürdürmelerine yardım etmektir. Bireylerin sağlık bilinci arttığında, sağlık sorunlarının erken tanı olanağı da artacaktır. Etkili bir sağlık eğitimi verimliliği artırırken ülke ekonomisinin gelişmesine de katkıda bulunacaktır (35,36).

1.4.1.7. Kadınların Yaşadığı Üreme Sağlığı Sorunları

Ülkemizde kadınlar nüfusun yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Kadının aile içinde ve toplumda sahip olduğu yerin önemi tartışılmazdır. Kadın, toplum içerisinde bir birey olmanın yanında; evde anne olmak, eş olmak, ev kadını olmak gibi sorumluluk gerektiren oldukça zor görevlere sahiptir. Diğer yandan toplumda cinsiyetçi rol dağılımı da kadına benzer rol ve sorumluluklar yüklemektedir (37,38,39).

Kadın sağlığı, hem çocuk hem de aile sağlığını etkileyen önemli unsurlardan biridir. Aile sağlığı; aile bireylerinin fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilmesine, sosyal yaşama katılabilmelerine, bireysel rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmelerine bağlıdır. Özellikle sağlığı bozulan kişi kadın olduğunda bu etkilenme daha fazla olmaktadır (40,41). Aile sağlığının, dengeli bir şekilde devam etmesi kadının sağlıklı olmasına bağlıdır. Kadınlar yaşam süreci boyunca, intrauterin yaşamdan başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde, erkeklere göre daha fazla risk faktörlerine maruz kalmaktadır (42).

Yaşam Boyu Dönemlerine Göre “Kadın” Cinsiyetinin Karşılaştığı Sorunlar *Bebeklik ve Çocukluk Dönemi*

Cinsiyet bir hastalık değil biyolojik bir farklılıktır. Cinsiyeti nedeniyle kız çocuğunun yaşadığı ve sağlığını etkileyen olumsuzluklar şu şekilde özetlenebilir:

- ❖ Gebelik süresince cinsiyet seçimi, erkek çocuk tercihi
- ❖ Gebeliğin, bebeğin cinsiyeti kız olduğu için istenmemesi
- ❖ Gebeliğin, bebeğin cinsiyetin kız olduğu için sonlandırılması
- ❖ Daha çok Afrika ülkelerinde uygulanan pek çok sağlık riski taşıyan kadın sünneti
- ❖ Enfeksiyonlar
- ❖ Beslenme bozukluğu
- ❖ Bebeklik döneminde morbidite ve mortalite hızlarının artması (özellikle 2-5 yaş)
- ❖ İhmal, hizmetten yararlanamama (42,43,44, 45).

Ergenlik Dönemi (10-19 Yaş)

Ergenlik dönemi, 10-19 yaş grubunu kapsar ve her iki cinsiyet için de önemlidir. Ancak kız ergenler için toplumsal cinsiyet ayrımcılığı nedeniyle daha fazla risk söz konusudur. Cinsel yaşama başlama yaşı, cinsellik ve üreme sağlığını etkileyen önemli etmenlerden biridir.

Bu dönemde sık rastlanan olumsuzluklar şunlardır:

- ❖ Toplumsal baskı
- ❖ Menarş
- ❖ Bekaret denetimi
- ❖ Cinsiyet temelli şiddet
- ❖ Cinsel taciz / istismar
- ❖ Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
- ❖ İstenmeyen gebelikler
- ❖ İsteyerek düşükler
- ❖ Paralı seks
- ❖ Madde bağımlılığı (alkol, sigara, uyuşturucu)
- ❖ Kansızlık / beslenme bozukluğu (42,43,44, 45).

Erişkin Dönem

Kadın sağlığı açısından en önemli evre, hem kadının hem de bebeğin sağlığını doğrudan etkileyen gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdir. Kadın, yaşamının önemli bir bölümünü (15-49 yaş) “doğurganlık çağı” adı verilen dönemde geçirmektedir. Bu nedenle bu devrede gebelik ve doğumun güvenli hale getirilmesinde, kadının yararlandığı sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, hizmetlerin kalitesi ve hizmetleri kullanımı önem taşır.

Erişkin dönem doğurganlıkla ilgili olayların en yoğun yaşandığı dönemdir. Bu dönemde;

- ❖ Gebelik, doğum, doğum sonu komplikasyonlar
- ❖ İstenmeyen gebelikler
- ❖ İsteyerek düşükler
- ❖ Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
- ❖ Kansızlık / beslenme bozukluğu

- ❖ Paralı seks
- ❖ Cinsel taciz - istismar
- ❖ Cinsiyet temelli şiddet
- ❖ Hizmetlerden mahrum bırakılma
- ❖ Anne ölümü toplumsal cinsiyet ayrımcılığının etkili olduğu durumlardır (42, 44, 45, 46, 47, 48).

Doğurganlık çağında kadının bu döneme özel sağlık gereksinimlerinin olması, üreme organlarına ilişkin bazı sorunlar yaşaması kadınların fiziksel ve psikososyal sağlığını bozabilmektedir. Bu dönemde yaşanan jinekolojik sorunlar, kadınlarda morbitite ve mortalite oranlarını yükseltmektedir. Jinekolojik problemlerin erken dönemlerde tespit edilmesi, tedavi edilmesi ve sorunlara yönelik önlemlerinin alınması kadın sağlığını yükseltirken kadının yaşam kalitesini de yükseltecektir. Bu nedenle kadının doğurganlık çağında yasayabileceği jinekolojik problemler ile baş edebilmesi için uygun sağlık hizmeti alması önemlidir (39,40,42).

Menopoz ve Sonrası Dönem

Kadının sağlık sorunlarının en ihmal edildiği dönemdir. Bu dönemde karşılaşılan sorunlar çoğu kez kadının cinsiyeti ya da üreme fonksiyonları ile ilişkilendirilmez. Menopoz sonrası, bu döneme özgü semptomların yanı sıra, kalp damar hastalıkları, kanserler ve osteoporoz görülme sıklığı giderek artmaktadır. Kalp hastalığı, kas-iskelet sistemi hastalıkları, diyabet, yaralanmalar, yalnızlık ve depresyon gibi psikolojik sorunlar ileri yaş grubu kadınlarda sık görülmektedir (41,43).

Kadın sağlığı/üreme sağlığı konusunda hizmet sunumunda ilkesel olarak kabul edilmiş olsa bile, ülke düzeyinde kadın sağlığı hizmetlerinde, “bütüncül” bir yaklaşım yerine, doğurganlık dönemine odaklanmış “geleneksel” yaklaşım hakimiyetini sürdürmektedir. Bu konuda adölesanlar, menopoz-menopoz sonrası dönemdeki kadınlar ve yaşlı kadınlar en ihmal edilen grupları oluşturmaktadır. Aile planlaması ile ilgili bilgilendirme-eğitim-iletişim ve klinik hizmetlerde erkekler hedef grup olarak ele alınmamaktadır. Kadın sağlığındaki çağdaş yaklaşım, yaşam boyu, bütün yaş gruplarını ve etkileyici bütün faktörleri göz önüne alan kapsamlı bir yaklaşımdır (48).

Kadının statüsü ve üreme sağlığı ilişkisi son yılların tartışma konularını oluşturmaktadır. Kadının kendi doğurganlığını kontrol edebilmesi statüsünü

yükseltmektedir. Bunun tersi de doğrudur. Kadının değerinin doğurduğu çocuk sayısı ile ölçüldüğü toplumlarda, doğurganlığını kontrol etme ve sınırlama gücü olmamaktadır. Araştırmalar kadın eğitimin ve kadının para getiren bir işte çalışmasının üreme sağlığını olumlu etkilediğini göstermektedir. Günümüzde kadınların sağlık gereksinimleri artık sadece ‘anne’ olarak değil, ‘kadın’ olarak yaşamın her alanında ele alınması gerekmektedir (46).

Kadınların sağlık haklarının insan hakları içinde değerlendirilmesiyle birlikte, kadının insan haklarının, sağlık bilgisine erişim, yeterli beslenme ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını da kapsadığı kabul edilmiştir. Kadın sağlığı; aile ve toplumdan kaynaklanan psiko-sosyal faktörler, kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Eğitim, istihdam, toplumsal cinsiyet rolü, çok çocuk, çok erken veya ileri yaşlarda ve sık aralıklarla doğum bunların başlıcalarıdır (49).

Türkiye’de kadın sağlığı sorunları incelendiğinde; daha doğumda erkek çocuğun tercih edilmesinin yaygınlığından başlayan, ergenlik döneminde, özellikle kırsal alanda ve doğuda erken evlilik, ergen gebeliği ve bunun yarattığı sorunlarla karşılaşmaktadır. Özellikle kırsal alanda gençler, güvenilir bilgi edinebilme olanağından ve sağlıklı davranabilme koşullarından ve becerisinden yoksundurlar. Doğurganlık döneminde kadınlar arasında riskli gebeliklerin yaygın olmasından, aşırı doğurganlık ve bunun yarattığı sağlık sorunlarına, menopoz-menopoz sonrası dönemde ve yaşlılık döneminde ise kadınların neredeyse “yok sayıldığı” bir sorunlar yumağı ile karşılaşmaktadır (41,48).

Sağlıksız koşullarda çalışma ve şiddete maruz kalma gibi toplumda kadınların daha yüksek oranda maruz kaldıkları durumların yanı sıra sağlıksız yaşam biçimi de belirli sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir. Kadın ve sağlık alanında belirtilmesi gereken bir diğer önemli faktör toplumsal yapının kendisidir. Ülkemizde giderek azalmakla birlikte kent merkezlerinden kırsal alanlara, batıdan doğuya gidildikçe varlığını koruyan geleneksel yaşam biçimi ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin önünde bir engel teşkil etmeye devam etmektedir (49).

Doğum öncesi bakım ve sağlıklı koşullarda doğum hizmetleri ve aile planlaması konularında, kırsal kesimde ve doğuda yaşayan kadınlar için, kentte ve batıda yaşayan kadınlara göre, eğitimsiz kadınlara göre, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, temel sağlık hizmetlerine bile erişme bilirliliği açısından sorunlar mevcuttur. Koruyucu sağlık

hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden biri sağlık eğitimidir. Toplumla en yakın mesafede ve sürekli olarak verilmesi gereken birinci basamak sağlık hizmeti (aile hekimliği-sağlık evi kompleksi) ünitelerinin sayısal yetersizliği, personel dağılımındaki dengesizlik ve var olan personelin de mesleki bilgi-beceri eksikliği, Doğu'da ve Güneydoğu'daki kadınlar için dil sorunu hizmetlerden yararlanmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Doğurganlık davranışları, sağlık hizmetlerinden yararlanma, özellikle doğum öncesi bakım alma ve doğumların sağlıklı koşullarda yapılması konularında, kadının eğitim durumu ve yerleşim yeri özelliği (kent-kır, batı-doğu) belirleyici faktörler olmaktadır (39,48).

1.4.2. AKRAN EĞİTİMİ

1.4.2.1. Akran Eğitimi Modeli

Akran, Arapça kökenli bir sözcüktür. Kelime anlamı “yaşça denk, yaşıt, boydaş” anlamına gelir. Akran terimi bir kişi ile aynı yaşta, durumda ve yetenekte olan diğer bir kişiyi tanımlamaktadır. Eğitim ise, bir öğrenme süreci sonrasında bilgi, tutum ya da inanç ve davranış yönünden gelişmektir. Akran eğitimi en genel anlamıyla, bir kişinin akranına yardım etmesidir. Akran eğitimi (AE); sosyal etkileşimi olan, birbirleri ile eşit statüde yer alan, benzer dil ve davranışa sahip olan gruplarda bilgi, davranış ve tutum değiştirmek amacıyla yapılan planlı bir eğitim modelidir (13,50,51).

Akran eğitimi diğer bir tanımla; bir yaklaşım, bir iletişim kanalı, bir yöntem, bir felsefe ve bir strateji olarak tanımlanan popüler bir kavramdır (50,52). Daha kapsamlı bir tanımla akran eğitimi, “kişisel, sosyal ve akademik konularda akranlarına yardım etmeleri için seçilen kişilerin, yardım becerileri ile ilgili eğitim gördükleri ve eğitim sonrasında sundukları yardımla ilgili süpervizyon aldıkları bir “süreç” olarak tanımlanmaktadır. Belli ölçütlere göre seçilerek temel yardım becerilerinin öğretildiği, eğitim programına katılan ve eğitim sonrasında akran danışmanlığı hizmetini sunanlara “akran danışman”, bu hizmetten yararlananlara da “akran danışan” denmektedir (53).

Literatürde akran danışmanlığı, odaklandığı konulara ve akran danışmanının üstlendiği rollere göre farklı terimlerle anılmaktadır. Akran danışmanlığı veya akran danışman (peer counseling; peer facilitator; peer helper), akran-desteği (peer support), öğretici akran (peer tutor), akran arabuluculuğu (peer mediation), akran eğitimi (peer education), akran-lideri (peer leader) gibi odaklandığı konu ve roller bunlara örnek olarak

gösterilebilir. Bunlar arasından “akran yardımı (peer helping)”, literatürde farklı biçimlerde sunulan akran çalışmalarının hepsini kapsayan genel bir terim olarak kullanılmaktadır (53).

Öğrenciler aktif ve eşit statüye sahip, birbirlerini yönlendirmekte, uygulamalarda paylaşım yapmakta, tartışma ve geri bildirim sürecine aktif şekilde katılmaktadırlar. Bu eğitim stratejisinin pedagojik kökenleri Piaget ve Perry gibi kuramcılara dayanmaktadır (54).

Akran sağlık eğitim çalışmaları ilk olarak Asya gribi nedeniyle 1957’de Nebraska Üniversitesinde başlamıştır. 1970’li yıllarda psikolojik danışma servislerine olan talebin hızla artması ve bu talebi karşılayacak uzman personel sayısının yeterli olmaması sonucu profesyonel olmayan kişilerin, profesyonellerin gözetiminde kullanılması popülerlik kazanmaya başlamıştır (53). 1970’lerde ise akran eğitimi programı sağlığın korunması ve risklerin azaltılması konularında tek yönlü eğitim stratejilerinden geniş kapsamlı programlar haline gelmiştir (13). Akran eğitiminin amacı, akran eğitmeni olarak eğitilmiş kişilerin genç insanların güvenlerini, kapasitelerini ve liderlik becerilerini geliştirmesidir (50,55). 1980’li yıllarda duyuşsal eğitim ve kişilerarası ilişkilere yönelmiştir (56). Akran danışmanlığı konularında araştırmalar yapılması, eğitimler verilmesi ve bir ağ oluşturulması amacıyla 1987 yılında kurulan Ulusal Akran Danışmanlar Derneği (National Peer Helpers Association-NPHA) özellikle akran danışmanlığının kabul görmesinde önemli rol oynamıştır (53).

Akran eğitimi; profesyonel eğitimli öğretmenler olmadan, benzer deneyim veya davranış sahibi bireyler arasındaki bilgi paylaşımını amaçlayan bir eğitim olarak da tanımlanır. Akran eğitim kavramı çeşitli psikososyal teorilerden taban almıştır. Bu teorilere genel olarak bakıldığında sosyal etkileşim içerdiği görülmektedir (13).

Bir Akran eğitimi programı yürütürken amaç; belirlenen hedef grup için önerilen bir davranış biçimini yerleştirmek ya da riskli bir davranış biçimini ortadan kaldırmaktır. Bu bağlamda, insanların yeni davranış biçimlerini neden ve nasıl benimsediğini açıklayan davranışsal teorilerin bilinmesi, Akran Eğitimi programlarının planlanmasına katkı sağlayacaktır. Sosyal Bilişsel Model, Sağlık İnanç Modeli, Transteoretik Model ve Bilgi-Davranış-Motivasyonel Beceriler Modeli AE ile kullanılacak davranışsal modellerdir (50,57). Akran eğitimi ile kullanılan modeller arasında en fazla öne çıkan model Bilgi-Motivasyon-Davranışsal Beceriler modelidir (50).

Bilgi-Motivasyon-Davranışsal Becerileri (BMD) modeline göre, risk davranışlarını en iyi biçimde açıklayan üç ana yapı söz konusudur: risk davranışına ilişkin bilgi (Ne ?), riskin azaltılmasına ilişkin motivasyon (Neden ?), risk azaltılmasında yer alan belli bazı davranışların yerine getirilmesine yönelik davranışsal beceriler (Nasıl ?). Bu modele daha sonra kaynaklar boyutu da eklenmiştir (50).

Bu kapsamda, HIV riskinin azaltılmasına yönelik programlar için gençlik dostu klinikler, danışmanlık hizmetleri, HIV/CYBE ve gebelik testi/takibi ile ilgili programlar ve malzemeler (kondom vb.) sayılabilir (50,57).

Fisher ve Fisher (1992) BMD modelinin kullanıldığı HIV'den korunma davranışların geliştirilmesi programlarında üç adımlı yaklaşımı öngörmektedir. İlk olarak, hedef grubun HIV'den korunmaya dair bilgi, motivasyon, davranışsal beceriler ve davranışlarındaki güçlü ve zayıf yanları belirlenir. İkinci olarak, bu ön araştırma bulguları temel alınarak girişimler tasarlanır ve hedef grubun HIV'den korunmaya dair bilgi, motivasyon, davranışsal becerilerindeki eksiklikleri gidermek ve söz konusu alanlardaki güçlü yanlarını daha da artırmak için girişimler uygulamaya konulur. Son olarak, girişimin HIV bilgisi, motivasyonu ve davranışsal becerileri üzerindeki anlamlı ve sürdürülebilir etkilerinin olup olmadığının belirlenmesi için girişimden bağımsız bir değerlendirme yapılır. Fisher'ın modeli ön araştırmanın girişimden bir ay önce yapılmasını öngörmektedir (50,58).

1.4.2.2. Akran Eğitimin Güçlü Yanları

Son yıllarda Akran eğitimi programlarının birçok olumlu yararının olduğu savunulmakta ve klasik eğitim yaklaşımlarına alternatif olarak sunulmasıyla gittikçe popülerlik kazanmaktadır (13).

Akran eğitiminin klasik eğitim yöntemlerinden farkı; klasik eğitim yöntemleri hiyerarşik bir ilişkiyi içermekte, eğiticiler ve öğrenciler arasında güç dengesizliği oluşturmaktadır. Klasik eğitimde bilginin akışı, eğiticiden öğrenciye doğru tek yönlü olma eğilimindedir. Akran eğitiminde ise; akranların birbirlerine ödül veya ceza vermeye yönelik pozisyonlarının olmaması, benzer dil kullanıyor olmaları, birbirlerini etkilemeleri uygun bir öğrenme ortamının oluşmasını sağlamaktadır (51,59). Akran eğitimi sürecinde eğitimci ve katılımcı olarak etkin rol alan akran eğitimciler, benzer toplumsal rollere sahip olmaları nedeniyle bilgi geçişinin daha kolay olduğu vurgulanmaktadır (50,52,57). Akran

eğitiminde, akranların birbirlerine cesaret vermesinden, kişilerin akranları yanında kendilerini rahat hissetmelerinden, otoritenin yanında yapamadıkları uğraşları akran grubunda yapıyor olmalarından, kendi tutumlarını, yargılarını akran grubunda daha rahat ifade etmelerinden yararlanılır (50). Rahat, stresten uzak bir öğrenme ortamı, etkili öğrenme ve öğretmede önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır (60).

Akran eğitimi ile öğrencilerin performansları arasında pozitif bir korelasyon olması akran eğitim modelinin kullanımını cazip hale getirmektedir. Akran eğitimi süresince; öğrencilerin akranlarına çekinmeden soru sorabilmeleri, stressiz bir eğitim ortamının varlığı, akranların birbirine destek olmaları başarıyı artırmaktadır (51,61,62,63). Aynı zamanda Akran eğitimi, profesyonel kişiler tarafından yürütülen pek çok eğitim yöntemine göre daha düşük maliyetli bir yöntem olarak belirtilmektedir (50,64).

Sağlığı koruma ve hastalıkları önleme çalışmalarında akran eğitiminin sigarayı bırakma, alkol ve uyuşturucu madde kullanımını azaltma, şiddeti önleme, kanserden korunma ve kanserin erken tanınması, yeterli ve dengeli beslenme ve aile planlaması gibi alanları içeren birçok konuda toplum sağlığı için önemli bir kazançtır (13).

Günümüzde; üreme sağlığı programlarında, hemşire/tıp öğrencilerinin beceri/klinik eğitimlerinde, özel destek gereken (diyabetli hastalar, zihin engelli bireylerde, alkol ve madde bağımlılarında) bazı bireylerin uyumlarını artırmada akran eğitim programlarının kullanılmasının olumlu etkileri gösterilmiştir (51,60,65,66).

Akran eğitimi, akran rehberlerinin kişisel kabul ve öz değerlerini, öz güvenlerini ve öz saygılarını artırır. İyi eğitilmiş akran rehberler toplum sağlığını geliştirme açısından çok iyi bir araçtır. Akran eğitim programları kaliteyi, devamlılığı ve etkili bilgi kaynaklarının kullanımını gerektirmektedir. Başarılı bir akran eğitimi programı değişen çevre koşullarına kültürel ve ekonomik değişikliklere sağlık ve sosyal koşullara uygun olmalıdır (13).

1.4.2.3. Akran Eğitime Yönelik Eleştiriler

Akran eğitiminin yukarıda bahsedilen güçlü yanları ve yararları yanında eleştirilen bazı yanları da bulunmaktadır. Akran eğitimi uygulamalarına bakıldığında programların nitelikli ve etkili bir şekilde yürütülmesi için izlenmesi gereken aşamalar ve standartlara uyulmamasından kaynaklı problemler yaşandığı ve bu durumun programların etkililiği konusunda eleştirilmesine yol açtığı da görülmektedir (53).

Olumlu pek çok özelliğinin yanı sıra; akran eğitimi uygulaması “akran eğiticiler profesyonel eğitimciler kadar başarılı olabilirler mi?” sorusunu akla getirmektedir. Akran eğiticilerin profesyonel eğiticiler gibi olamama durumu her zaman için akılda tutulması gereken bir husustur. Özellikle akran eğiticilerin iyi yetiştirilmemesi/desteklenmemesi veya modellen etkin uygulanamaması durumunda zararlı etkilerinin (yanlış bilgilendirme, profesyonel olmayan öneriler vb) görülebilme olasılığı vardır (67). Dolayısıyla bu tür eğitim modellerinin hazırlık aşamalarının planlı bir şekilde yürütülmesi gerekir. Özellikle akran eğiticiler, akran eğiticilerde bulunması gereken özellikler doğrultusunda istekli, mümkünse deneyimli öğrenciler arasından seçilmelidir (68). İstendik bir akran eğitimi uygulaması için birebir ya da küçük gruplar tercih edilmelidir (51,61).

Profesyonel eğiticilerin tutumları da, akran eğitiminin başarısı ya da başarısızlığında önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Profesyonel eğiticilerin görevi akranların bilgilerini hatırlama, pekiştirme ve eksiklerini fark etmeleri yanı sıra, onlara eğitici özelliklerini tanıma ve geliştirme fırsatını da vermektir (69).

1.4.2.4.Akran Eğitimi Uygulama Aşamaları

Akran eğitiminin başarısı, iyi bir planlama ve organizasyon ile yakından ilişkilidir.

Akran eğitimi uygulama aşamaları;

- ❖ Akran eğitimi yapılacak konunun belirlenmesi
- ❖ Akran eğiticilerin ve öğrenen akranların belirlenmesi
- ❖ Akran eğitimi yapılacak ortamın belirlenmesi (beceri laboratuvarı/klinik)
- ❖ Akran eğiticilerin eğitimi
- ❖ Uygulama
- ❖ Değerlendirme ve geri bildirim (51).

Akran eğitimi konusu ve yapılacağı yer belirlendikten sonra, akran eğiticiler belirlenmelidir. Akran eğiticiler, aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan gönüllüler arasından seçilmelidir. Akran eğiticilerde bulunması gereken özellikler;

- ❖ Dinleme becerisi de dâhil olmak üzere iyi kişiler arası ilişki kurabilmeli,
- ❖ Hedef kitle tarafından kabul edilen ve saygı duyulan biri olmalı,
- ❖ Yargılayıcı olmayan tutum sergilemeli,
- ❖ Liderlik için gerekli olan özgüven ve potansiyele sahip olmalı,
- ❖ Gönüllü çalışabilecek zaman, enerji ve isteğe sahip olmalı,

- ❖ Karar verme ve problem çözüme sürecinde destek olmalı,
- ❖ Akranları için örnek birey olma potansiyeli taşıyor olmalı
- ❖ Arkadaşlık etmeli ve destek olmalıdır (51,53, 67,68).

Akran eğitimciler, öğretim becerilerini geliştirmek için planlı, iyi düzenlenmiş bir eğitim programından geçirilmelidir. Akran eğitimi uygulamasında dikkat edilmesi gerekenler;

- ❖ Hedefler açıkça belirtilmeli,
- ❖ Akran eğitim modelinin uygulama amaçları akran eğitimcilerle açıklanmalı,
- ❖ Akran eğitimcinin kendisine gerekecek araç ve gereçleri oluşturması olarak sağlanmalı ya da bu araç- gereçler kendisine sağlanmalı,
- ❖ Konu ile ilgili öğrenme rehberleri oluşturulmalı,
- ❖ Akran eğitimcinin rol ve sorumluluklarının neler olacağı kendisine açıklanmalı,
- ❖ Akran eğitimi eğitimi öncesinde, seçilen becerilere yönelik olarak akran eğitimcilerin yeterlilikleri gözden geçirilmeli,
- ❖ Akran eğitimi sırasında akran eğitimcilerin yaşayabileceği olası sorunlar önceden belirlenmeli ve bu sorunların nasıl çözüleceği akran eğitimcilerle birlikte tartışılmalı,
- ❖ Akran eğitimciler uygulama süresince, herhangi bir sorunla karşılaştıklarında danışman/gözlemci öğretim görevlilerine danışabilecekleri konusunda önceden bilgilendirilmeli,
- ❖ Akran eğitimi uygulama süresince görevli; danışman ve gerektiğinde müdahale etmek üzere bulunmalı,
- ❖ Akran eğitimi tamamlandıktan sonra, akran öğrenenlerin öğrenme düzeyleri değerlendirilmelidir (öz değerlendirme / profesyonel eğitimciler / akran değerlendirmesi vb.) (59,68).

Akran eğitimi uygulamasının son basamağı değerlendirme ve geri bildirim sürecidir. Değerlendirme sürecinde hem akran eğitimcilerin, hem de öğrenen akranların bilişsel/duyuşsal/pisikomotor kazanımları değerlendirilmelidir. Geri bildirim sürecinde tüm katılımcıların (akran eğitici, öğrenen akran, profesyonel eğitimci) uygulamaya ilişkin görüşleri alınmalıdır (51).

1.4.2.5. Akran Eğitiminin Öğrenme Üzerindeki Etkisi

Akran eğitiminin etkinliğinin incelendiği birçok çalışmada; katılımcıların çoğunun kendilerini daha emin ve bilgili hissettiği, öğrenme kapasitelerinde ve sınav performanslarında artış gözlemlendiği vurgulanmaktadır.

Akran eğitimi sürecinde, akran öğrenenler ile birlikte akran eğitimcilerinde kazanımları olmaktadır. Akran eğitimcilerin, daha önce öğrendiklerin öğretme/gösterme/tartışma fırsatı elde etmeleri derinlemesine bilgi kazanmalarını sağlamaktadır. Loke (2007) akran eğitimcilerin öğrenenlerin sorularını cevaplamada yetersiz kaldıkları anların olabileceğini, bu durumun akranların birbirlerini destekleyerek öğrenmeleri için fırsat sağladığını belirtmektedir. Ayrıca, akran eğitimcilerin uygulama süresince birçok soru ile karşılaşmaları, bilgilerini gözden geçirmek ve kendilerini geliştirmeleri için itici bir güç olmaktadır. Öğretmek için öğrenildiğinde; daha aktif bir yönlendirme içinde olunmakta, Annis'in de ifade ettiği "öğretmek iki kere öğrenmektir" deyimini akran eğitimcilerin kazanımlarını açıklamaktadır. Ayrıca; bu tarz uygulama modelleri, kritik düşünme ve problem çözme becerilerini kullanabilmelerine fırsat vermektedir (51).

Bununla birlikte; akran eğitim sürecinin; öğrenci memnuniyetini, motivasyonunu, öğrenme isteğini arttırdığı çalışmalarda gösterilmiştir (60). Eğitim, "Bireylerin davranışlarında kendi yaşantıları yoluyla ve istedik değişimler meydana getirme süreci olarak" tanımlanmaktadır (70). Yetişkin eğitiminde eğitimcinin rolü öğretmekten daha çok öğrenmeyi kolaylaştırmak olmalıdır (71). Bu ifadelerden yola çıkarak kullanılan eğitim yöntem ve modellerinin bireylerin davranışlarında, kalıcı davranış değişikliği oluşturması hedeflenmektedir (51).

1.4.2.6. Akran Eğitimi Uygulamaları

Akran eğitimi programları alan çalışmalarında oldukça başarılı bulunmuştur. Nigeria ve Ghana'da Batı Afrika Gençlik Kurumlarında 12-24 yaş arası kadın ve erkek akranların üreme sağlığı, cinsel eğitim ve danışmanlık için kullanılmıştır. Değerlendirmede sonuçların katılımcılarda bilgi düzeyleri öz yeterlilikleri algılama ve davranışsal farkındalık açısından önemli pozitif etkiler göstermiştir. Hedef popülasyonda 18 aylık bir program sonucunda post-test sonuçları ile pre-test sonuçları karşılaştırıldığında cinsel ilişkiye girmeyi reddetme partnerine kondom kullanıp kullanmadığını sorma kontraseptif

kullanma gibi konularda deney grubunun kendine güvendiği saptanmıştır. Deney grubunda yine birçok gencin kontrol grubuna göre CYBE ve AIDS'e karşı cinsel perhiz seksüel partner sayısını sınırlama ve kondom kullanma gibi koruyucu önlemler aldıkları rapor edilmiştir (13).

Thai'de bir fabrikada çalışan genç adölesanlar iki gruba ayrılmış ve aynı eğitimi bir gruba akran rehberler değer gruba da erişkin sağlık eğitimcisi vermiştir. Akran rehberlerin eğitim verdikleri grubun diğer gruba göre bilgi düzeylerinde ve bilgiyi kullanma yeteneklerinde büyük bir gelişim saptanmıştır (72).

Jamaika'da Kızıl Haç'ın "Birlikte yapabileceklerimiz" projesinde akran rehberlerin HIV geçişi ve CYBE ile ilgili yardıma nasıl ulaşabileceği konusunda gençlere yönelik eğitim programlarının gençlerde önemli bir bilgi kazancı sağladığı saptanmıştır. Üstelik akran rehberlerinin çoğu seksüel aktivitelerini ertelemiş veya cinsel ilişki sırasında kondom kullandıklarını ifade etmişlerdir (13).

Willows Foundation 2003 yılında "Genç Erişkinler için Üreme Hakları ve Sağlığı Akran Eğitimcisi Projesi" ni başlatmıştır. Projede bugüne kadar 55 akran eğitimcisi ve 2 akran eğitimcisi yetiştirilmiş ve bu kapsamda 3 ilde 15-24 yaş arası 5000 erişkine ulaşılmıştır (50).

Ülkemizde akran eğitim modeli 1998 yılında Boğaziçi Üniversitesinde uygulama konulmuştur. Buna göre üniversiteye yeni gelen öğrencilerin uyumunu ve derslere alışmasını kolaylaştırmak amaçlanmıştır. Terakye ve arkadaşları iş akran eğitimiyle ilgili lise öğrencilerinin stresle baş etmelerine yardımcı olmuşlar ve öğrencilerin madde kullanıma "hayır" diyebilmelerini güçlendirmişlerdir. Tuna 2002 yılında üniversite öğrenim gören kız öğrenciler üzerinde yürüttüğü çalışmasında öğrencilerin kendi kendine meme muayesini öğrenmelerinde ve davranışa dönüştürmelerinde akran eğitim modelinin etkinliğini saptamıştır.

Karabulut'un 2003'de yaptığı çalışmada; üniversitede öğrenim gören gençler arasında, akran rehberlerinden akran gruplarına bilgi transferinin gerçekleştirilebildiği, sağlık eğitim programlarında gençlerin katılımının sağlanabildiği ve dolayısı ile akran eğitimi modelinin etkili olduğu sonucuna varmıştır (13).

1998 yılında Boğaziçi Üniversite'sinde akran rehberliği eğitimi alan öğrenciler; diğer öğrencilere gönüllü olarak akademik, üniversiteye uyum, arkadaşlık ilişkileri gibi konularda yardımcı olmuşlardır (73).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), 1997-2000 yılları arasında AIDS Savaşım Derneği'nin İstanbul'da yürüttüğü “Gençlik Akran Eğitimi” projesine destek olmuştur. Aynı projenin devamı, 2001-2005 yılları arasında “İşbirliği ve Ülke Programı” çerçevesinde Hacettepe Üniversitesi, AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi tarafından sürdürülmüştür (50).

Toplum Gönüllüleri Vakfı (TGV) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) işbirliğiyle uygulanan ve Glaxo Smith Kline'in desteğiyle yürütülen “Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi”, 17-24 yaş arası gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda farkındalıklarını ve bilgilerini artırmak, yeni yaşam becerileri kazandırmak ve onları genç dostu sağlık hizmetlerinin kullanımını için cesaretlendirerek, gençlerde güvenli ve bilinçli davranışa yönelik tutum değişikliği yaratmak amacıyla sürdürülmektedir. Bu proje ile aynı zamanda Y-PEER Genç Akran Eğitimi Ağı'nın Türkiye'de gelişmesine öncülük edilmeye çalışılmaktadır (50,74).

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, kadınların üreme sağlığı profilinin belirlendiği birinci bölüm tanımlayıcı ve kesitsel tipte, akran eğitiminin etkinliğinin değerlendirildiği ikinci bölüm ise yarı-deneysel tipte uygulanan bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 1 Haziran - 15 Aralık 2013 tarihleri arasında T.C. Kütahya Halk Sağlığı Kurumu Tavşanlı Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı Çobanköy Sağlık Evi'nde yürütülmüştür.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma örnekleminin oluşturulmasında şu sıra takip edilmiştir. Çalışmanın evrenini, Kütahya ilinin en büyük ilçesi olan Tavşanlıya bağlı Çobanköy'de yaşayan kadınlar oluşturmuştur. Çobanköy'de yaşayan 563 kişiden 228'ü kadındır (%40.5) (TÜİK, 2012). Bu kadınlar arasından, aşağıdaki kriterlere uyan 117 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- ❖ 15-49 yaş grubunda olan,
- ❖ Okuma-yazma bilen,
- ❖ Evli ve cinsel yönden aktif olan,
- ❖ Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar.

Araştırmadan dışlama kriterleri:

- ❖ 15 yaş altında olan,
- ❖ 49 yaş üstünde olan,
- ❖ Okuma-yazma bilmeyen,
- ❖ Bekar ve cinsel yönden aktif olmayan,
- ❖ Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlar.

2.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ) Puan Ortalaması ve Üreme Sağlığı Bilgi Testi puanı araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız değişkenler: Kadınların yaşı, BKİ, medeni durumu, öğrenim durumu, gebelik ve doğum sayısı, doğum şekli, doğumun yapıldığı yer, doğum öncesi bakım alma durumu, adet öncesi ve sonrası dönemde yaşanan semptomlar, doğum öncesi sağlık personelinde doğuma ilişkin bilgi alma durumu, gebelikten korunma yöntemleri, idrar kaçırma durumları, son bir yıl içinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanına gitme durumu, ilaç kullanmayı gerektirecek önemli rahatsızlık durumları, sigara kullanımı, günde ortalama çay ve su içme durumları araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan soru formları dört bölümden oluşmaktadır. Veriler Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu (Ek 1), Kadın Sağlığı Bilgi Testi (Ön Test) (Ek 2), Kadın Sağlığı Bilgi Testi (Son Test) (Ek 3) ve Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ) (Ek 4) kullanılarak toplanmıştır.

Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan, kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini içeren 39 soruluk bir formdur (1,4,6,14,117). Birinci aşamada, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek yaklaşık 20 dakikada uygulanmıştır.

Kadın Sağlığı Bilgi Testi: Kadınların üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek için 19 açık uçlu ve 15 doğru/yanlış olmak üzere toplam 34 sorudan oluşan 100 puanlık bir testtir. Birinci aşamada ve ikinci aşamanın sonunda kadınlar tarafından doldurulmuştur. Birinci aşamada elde edilen bulgular doğrultusunda “Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Modülü”nün içeriği şekillendirilmiştir.

Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ): Demirci (2004) tarafından geliştirilen ve geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılan bu ölçek, kadınların kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, anlaşılması kolay, 39 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir (14). Formun başında nasıl doldurulacağına ilişkin bilgi bulunmaktadır. Kadınlardan üreme sağlıklarını korumaya

yönelik tutum ve davranışlarıyla ilgili uygulamalarını sıklığına göre ifade etmeleri ve her bir maddeyi okuyarak kendine uygun olan “1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu zaman ve 5=Her zaman/Düzenli” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmektedir. Ölçekteki 5,10,16 ve 28. maddeler ters puanlanmıştır. Diğer bir ifadeyle; yanıt 1 ise 5, 5 ise 1, 2 ise 4, 4 ise 2 olacak şekilde yeniden puanlandırılmış ve 3 aynı kabul edilmiştir. Ölçek puanının hesaplanması için öncelikle ters puanlı maddeler çevrilecek ve ölçekteki bütün maddelerin puanının toplamı sonucu “toplam ölçek puanını” oluşturulacaktır. Her alt boyutu oluşturan maddelerin toplamı ise “toplam alt boyut puanı” olarak kullanılacaktır. Toplam ham puan 39-195 arasında değişmektedir. Alt boyutlar; 1- Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı (madde 13, 14, 15, 16, 24, 25, 33, 39), 2-Üreme organ ve meme kanserinden korunma (madde 20, 21, 22, 23) , 3- Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları (madde 1, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38), 4-Genital yol enfeksiyonlarından korunma (madde 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 19), 5-İstenmeyen gebeliklerden korunma (madde 26, 27, 28) olarak 5 grupta toplanmaktadır. Alt boyutlara ait olan maddeler ve alt boyut minimum ve maksimum puanları aşağıda verilmiştir. Ölçek formu, birinci ve ikinci aşamanın sonunda kadınlar tarafından doldurulmuştur.

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

*Madde numarası koyu yazılanlar ters puanlanan maddelerdir.

2.6. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, etik kurul onayı alındıktan sonra 1 Haziran 2013 – 15 Aralık 2013 tarihleri arasında, araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden kadınlarla yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Formların doldurulma süresi yaklaşık 60 dakikadır.

2.7. Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Modülü

Araştırmanın ikinci aşamasında, elde edilen veriler ve literatür doğrultusunda Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Modülü hazırlanmıştır. Bu modülde; eğitim programının tanımı, amacı, hedefleri, eğitimde kullanılacak araç-gereç ve yöntemler, değerlendirme yöntemleri, eğitim programın süresi, zamanı ve yeri tanımlanmıştır. Ayrıca, hangi konuların üç gün içinde, nasıl ve ne şekilde aktarılacağı belirtilmiştir (Ek 5).

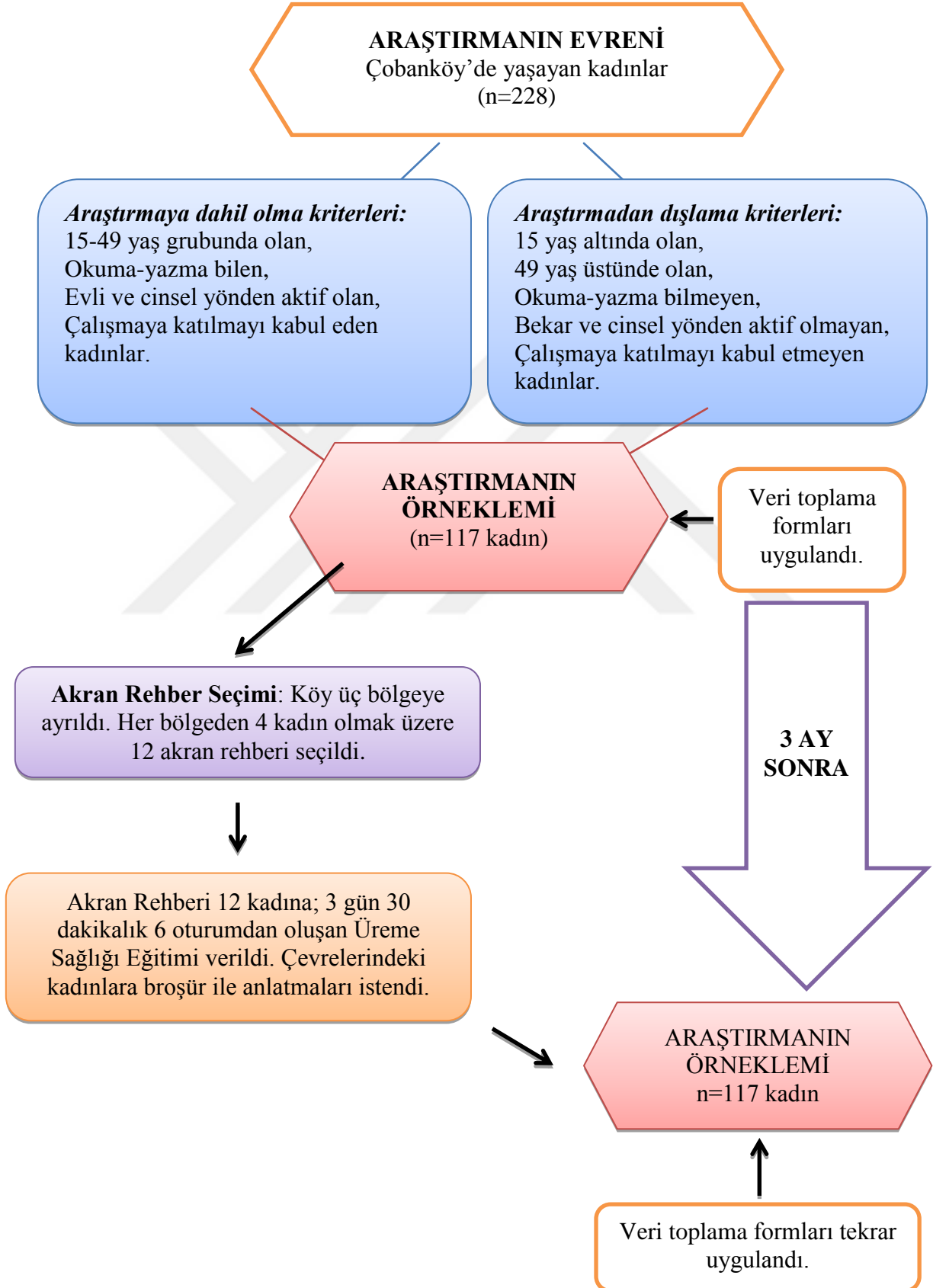
Akran eğitimi sürecinde aşağıdaki prosedür izlenmiştir:

Akran Rehberi Olacak Kadınların Seçimi: Çalışmada, akran eğitimi kriterlerine uygun olarak her 10 kadın için 1 akran rehberi kadın seçilmiştir. Akran rehberleri, bölgede tanınan, sosyal yönü gelişmiş, konuşmayı seven, araştırma kapsamında eğitim almaya istekli ve zaman sıkıntısı olmayan kadınlardan seçilmiştir. Bu amaçla, toplamda eğitim verilecek 12 kadın belirlenmiş ve bu seçim yapılırken köy üç bölgeye ayrılmış ve her bölgeden 4 kadın akran rehberi olmak üzere seçilmiştir.

Akran Rehberi Kadınların Eğitimi: Araştırmacı tarafından oluşturulan gruba, eğitimin adı, içeriği, tarihi, saati ve yerini gösteren Akran Rehberi Eğitimi Kurs Programı (Ek 6) dağıtılmış ve gerekli açıklamalar yapılmıştır. Planlanan tarihler arasında, 3 gün süreyle 30 dakikalık 6 oturumdan oluşan üreme sağlığı eğitimi verilmiştir. Eğitimin sonunda akran rehberi kadınlara konuyla ilgili el broşürleri verilmiştir (Ek 7). Akran rehberlerinden, eğitim sürecinde öğrendikleri bilgileri çevrelerindeki kadınlarla paylaşmaları ve broşürleri dağıtmaları istenmiştir. Akran rehberi kadınlara, her zaman araştırmacıya ulaşım soru sorabilecekleri belirtilmiştir.

Akran Eğitimi Uygulamaları: Akran rehberi kadınlar üç ay içerisinde çevrelerindeki kadınlarla, her ortamda öğrendiklerini paylaşmışlar ve onlara konuyla ilgili el broşürleri dağıtmışlardır. Bu süreçte akran rehberlerinin araştırmacıdan kadın üreme organları, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Kendi Kendine Vulva Muayenesi gibi konularda danışmanlık alma talebi olmuştur.

Şekil 1. Akran Eğitimi Süreci Aşamaları



Akran Eğitiminin Değerlendirilmesi: Araştırmada girişimin etkinliği, eğitim öncesi ve akran rehberi eğitiminden 3 ay sonra uygulanan Üreme Sağlığı Bilgi Testi ve Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeğini kullanılarak değerlendirilmiştir.

Ayrıca araştırmacı, eğitim girişimleri süresi içinde akran rehberleri ile eğitim sırasında karşılaştıkları veya karşılaşılabilecekleri zorluklar ve olası engeller konusunda onların görüşlerini ve önerilerini almak amacıyla informal görüşmeler yapmıştır.

2.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın yapılacağı kurumdan izin alma süreci uzun sürdüğü için araştırmaya planlanan zamanda başlanamamıştır.

2.9. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, bağımlı gruplarda t testi, Wilcoxon işaretli sıralar testi ve bağımlı gruplarda Ki-kare testleri (McNemar testi) kullanılmıştır.

İstatistik analizler sonucunda $p < 0.05$ 'in altında ise anlamlı olarak kabul edilmiştir.

2.10. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Celal Bayar Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 02.01.2012 tarihinde onay alınmıştır (Ek 8). Araştırmanın yapılabilmesi için Kütahya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 25.06.2013 tarihinde izin alınmıştır (Ek 9). Araştırmaya katılmaya istekli olan kadınlara araştırmanın amacı açıklanmış ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek 10).

2.11. Araştırma Takvimi

Şekil 2: Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Tarihler						
Yapılan Çalışmalar	Ekim-Aralık 2012	Ocak-Şubat 2013	Mart- Haziran 2013	Temmuz-Eylül 2013	Ekim – Aralık 2013	Ocak-Mart 2014
Literatür İnceleme						
Tez Konusu Bildirimi						
İzinlerin Alınması						
Veri Toplama Aşaması						
Verilerin Kodlanması						
Verilerin Analizi ve rapor yazımı						

BÖLÜM III

3. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular dört bölümde incelenmiştir. Birinci bölümde kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, ikinci bölümde kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin bulgular, üçüncü bölümde kadınların mevcut üreme sağlığı sorunlarına ilişkin bulgular, dördüncü bölümde kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarının karşılaştırıldığı bulgular yer almaktadır.

3.1. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1: Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	n	%
Yaş Grupları		
15- 28 yaş	40	34.1
29- 38 yaş	32	27.4
39- 49 yaş	45	38.5
Eğitim Durumu		
İlkokul	91	77.8
Ortaokul	20	17.1
Lise	6	5.1
Eşinin Eğitim Durumu		
İlkokul	85	72.6
Ortaokul	13	11.2
Lise	19	16.2
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	43	36.8
Geniş Aile	74	63.2
Toplam	117	100.0

Kadınların yaş gruplarına göre dağılımı, kadınların eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, aile yapısına ilişkin bulgular Tablo 1’de verilmiştir. Kadınların çoğunluğu 39-49 yaş grubunda olup, kadınların yaş ortalaması 34.1 ± 9.1 (min=19, max=49) olarak bulunmuştur. Kadınların %77.8’i, eşlerinin %72.6’sı ilkokul mezunu olduğu, %63.2’sinin geniş aile ortamında yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 2: Kadınların Beden Kitle İndeksine Göre Bulguların Dağılımı

Beden Kitle İndeksi (BKİ)	n	%
Zayıf (< 18.5)	12	10.3
Normal (18.5- 24.9)	58	49.6
Hafif şişman, fazla kilolu (25- 29.9)	30	25.6
Şişman (30- 39.9)	17	14.5
Toplam	117	100.0

Kadınların Beden Kitle İndeksi’ni (BKİ) gösteren bulgular Tablo 2’de verilmiştir. Kadınların %49.6’nın normal kiloda ve %14.5’inin obez olduğu saptanmıştır. Kadınların BKİ ortalaması 24.6 ± 4.9 dur.

3.2. KADINLARIN OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 3: Kadınların Menarş, Evlenme, İlk Gebelik Yaşı, Çocuk Sayısıyla İlgili Bulguların Dağılımı

Özellikler	$\bar{X} \pm SD$
Menarj Yaşı (n=117)	13.6 ± 1.2
Evlenme Yaşı (n=117)	17.8 ± 1.5
İlk Gebelik Yaşı (n=114)	19.1 ± 2.1
Gebelik Sayısı (n=114)	2.8 ± 1.4
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=107)	2.1 ± 0.7

Kadınların menarj, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısına ilişkin bulgular Tablo 3’de sunulmuştur.

Kadınların menarj yaşı ortalaması 13.6±1.2 (min=11, max=16) evlenme yaşı ortalaması 17.8±1.5 (min=14, max=22), ilk gebelik yaşı ortalaması 19.1±2.1 (min=15, max=32) olarak bulunmuştur. Kadınların gebelik sayısı ortalaması 2.8±1.4 (min=1, max=6) ve yaşayan çocuk sayısı ortalama 2.1±0.7 (min=1, max=4) olarak saptanmıştır.

Tablo 4: Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Özellikler	n	%
İstemli Düşük Sayısı		
Hiç yaptırmamış	74	64.9
1 ve üzeri	40	35.1
Toplam	114	100.0
Düşük Sayısı		
Hiç düşük yapmamış	87	76.3
1 ve üzeri	27	23.7
Toplam	114	100.0
Ölü Doğum Sayısı		
Hiç ölü doğumu olmamış	101	88.6
1 ölü doğumu olmuş	13	11.4
Toplam	114	100.0
Yaşayan Çocuk Sayısı		
1 çocuk	20	18.6
2 çocuk	66	61.7
3 çocuk	19	17.8
4 çocuk	2	1.9
Toplam	107	100.0
Doğum Yaptığı Yer		
Hastanede	103	96.3
Evde	4	3.7
Toplam	107	100.0
Doğum Şekli		
Normal	73	68.2
Sezaryen	34	31.8
Toplam	107	100.0
Son Gebeliğinde Kontrole Gitme		
Hiç gitmemiş	20	18.7
1-3 kez	22	20.5
4-5 kez	19	17.8
6-8 kez	46	43.0
Toplam	107	100.0

Kadınların doğum yaptığı yer, istemli düşük sayısı, istemsiz düşük sayısı, ölü doğum sayısı, doğum şekli ve son gebeliğinde kontrole gitme durumu Tablo 4’de verilmiştir. Kadınların %35.1’inin en az bir kez istemli düşük yaptığı saptanmıştır. İstemsiz düşük oranı %23.7 ve ölü doğum oranı %11.4 olarak bulunmuştur. Kadınların %81.3’ünün son gebeliğinde en az bir kez kontrole gittiği, %96.3’ünün doğumunu hastanede gerçekleştirdiği ve doğumların %31.8’inin sezaryen olduğunu saptanmıştır.

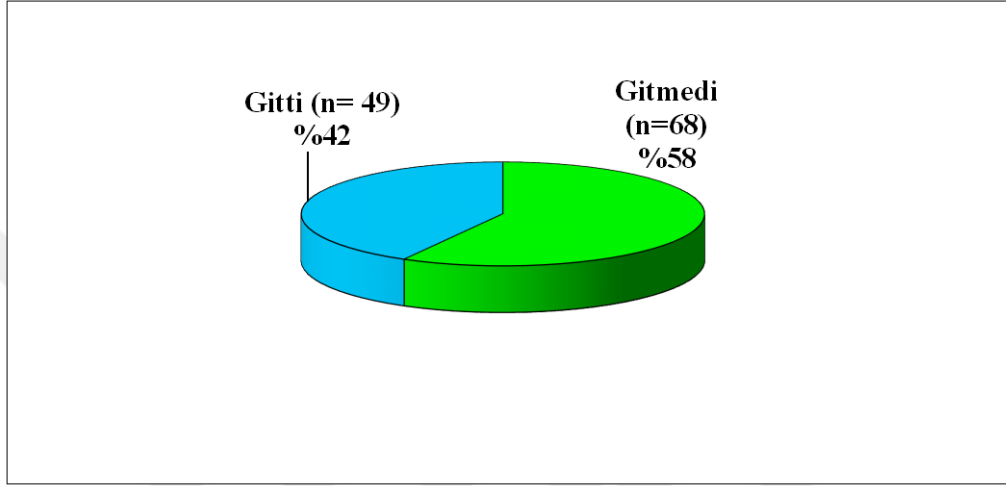
Tablo 5: Kadınların Gebelikten Korunmaya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Gebelikten Korunmayla İlgili Özellikler	n	%
Gebelikten Korunma Durumu		
Evet	96	82.1
Hayır	21	17.9
Kullanılan Korunma Yöntemi		
Geri çekme	37	31.6
Prezervatif	33	28.2
Rahim İçi Araç	10	8.6
Tüp Ligasyonu	10	8.6
Oral Kontraseptif	6	5.1
Kullanmıyor (Gebe, menopoz vb.)	21	17.9
Toplam	117	100.0

Kadınların istenmeyen gebelikten korunma durumu ve kullandıkları korunma yöntemleri ile ilgili veriler Tablo 5’de verilmiştir. Kadınların %82.1’sinin gebelikten korunduğu (n=96) ve kadınların %31.6’sının geri çekme yöntemini kullandığı belirlenmiştir. Prezervatif kullanım oranı %28.2 olmakla birlikte diğer modern yöntemlerin kullanım oranının düşük olduğu saptanmıştır.

3.3. KADINLARIN MEVCUT ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Grafik 1: Kadınların Son Bir Yıl İçinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanına Gitme Durumunun Dağılımı (n= 117)



Kadınlarda son bir yıl içinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanına gitme durumları Grafik 1’de gösterilmiştir. Buna göre, kadınların %42.0’nın son bir yıl içinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanına gittiği belirlenmiştir.

Tablo 6: Kadınların Doktora Gitme Nedenlerinin Dağılımı

Doktora Gitme Nedenleri	n	%
Menstruel problemler	17	34.7
Diğer (akıntı, ağrı vb)	17	34.7
Kontrol için	15	30.6
Toplam	49	100.0

Kadınların son 1 yıl içinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanına gitme nedenleri Tablo 6’da verilmiştir. Kadınların %30.6’sının kontrol için doktora gittiği, doktora giden kadınlar arasında en yaygın görülen şikayetin ise %34.7 ile menstrüel problemler olduğu saptanmıştır.

Tablo 7: Kadınlarda Adet Öncesi Dönemde En Sık Yaşanan Şikayetlerin Dağılımı

Şikayetler	n**	%
Sinirlilik	48	41.0
Kas-eklem ağrısı	43	36.8
Karında şişme	37	31.6
Göğüslerde gerginlik ve hassasiyet	32	27.4
Baş ağrısı	28	23.9
Sivilceler	28	23.9
Yorgunluk	18	15.4
Sırt ağrısı	18	15.4
Alınanlık	14	12.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. ** n=96'dır.

Araştırmaya katılan kadınlardan %78.1'inin (n=75) adet öncesi dönemde bazı şikayetler yaşadıkları görülmüştür. Bu dönemde en sık yaşanan şikayetler Tablo 7'de verilmiştir. Kadınların %41.0'inde sinirlilik, %36.8'inde kas-eklem ağrısı, %31.6'sında karında şişme, %27.4'ünde göğüslerde gerginlik ve hassasiyet, %23.9'unda baş ağrısı gibi şikayetlerin yaşandığı saptanmıştır.

Tablo 8: Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Şikayetlerin Sıklığı ve Adet Bittikten Sonra Şikayetlerin Devam Etme Durumuna Göre Dağılımı

	n	%
Şikayet Sıklığı		
Her ay	64	66.7
2-3 ayda bir	7	7.3
Bazen	25	26.0
Adet Bittikten Sonra Şikayet Devam Etme Durumu		
Evet	10	10.5
Hayır	86	89.5
Toplam	96	100.0

Adet öncesi dönemde yaşanan şikayetlerin sıklığı incelendiğinde, kadınların %66.7'si bu şikayetleri her ay yaşadığını belirtmiştir. Bu şikayetlerin kadının adeti bittikten sonra devam etme durumu ise %10.5 olarak bulunmuştur (Tablo 8).

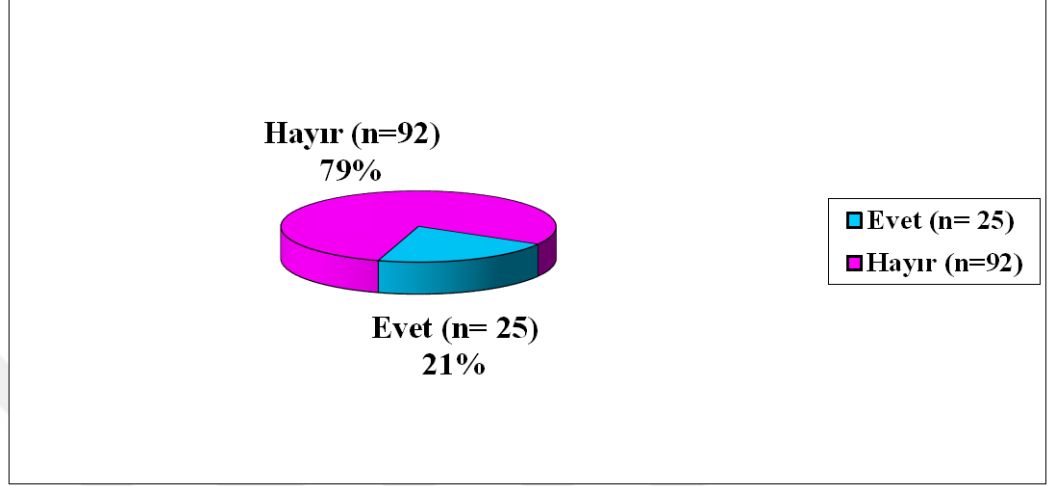
Tablo 9: Kadınlarda Adet Döneminde En Sık Yaşanan Şikayetlerin Dağılımı

Şikayetler	n**	%
Dismenore	66	56.4
Baş ağrısı	21	17.9
Yorgunluk	18	15.4

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **n=96'dır.

Araştırmaya katılan kadınlardan %75.2'sinde (n=75) adet döneminde şikayetleri olduğunu ve bu şikayetlerin başında %56.4'ünde dismenore, %17.9'unda baş ağrısı ve %15.4'ünde yorgunluk şikayetlerinin geldiği görülmüştür (Tablo 9).

Grafik 2: Kadınların Ped Kullanacak Kadar Akıntısı Olma Durumunun Dağılımı (n=117)



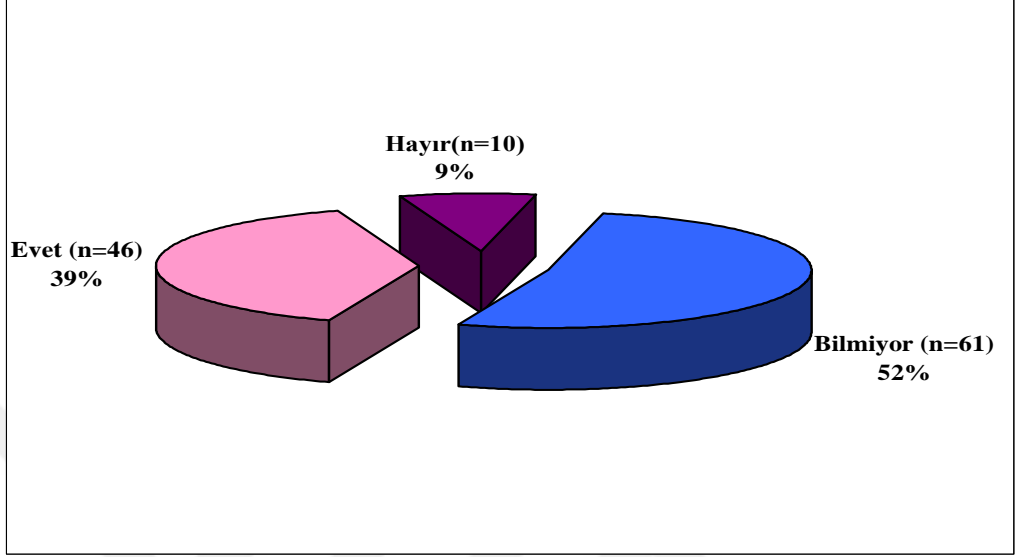
Kadınların ped kullanmasını gerektirecek kadar akıntı olması durumu Grafik 2’de verilmiştir. Bu verilere göre; kadınların %21.0’ı ped kullanacak kadar akıntısı olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 10: Kadınların Aşırı Akıntı Durumundaki Davranışlarının Dağılımı

	n	%
Hiç bir şey yapmadı	15	60.0
Ped kullandı	6	24.0
Doktora gitti	4	16.0
Toplam	25	100.0

Kadınlarda ped kullanmasını gerektirecek kadar akıntı olması durumunda yaptıkları uygulamalar Tablo 10’da gösterilmiştir. Kadınların %60.0’ın hiçbirşey yapmadığını belirtmiş, %16.0’ı ise doktora gittiğini ifade etmiştir.

Grafik 3: Kadınların Normal Vajinal Akıntının Varlığını Bilme Durumuna Göre Dağılımı (n=117)



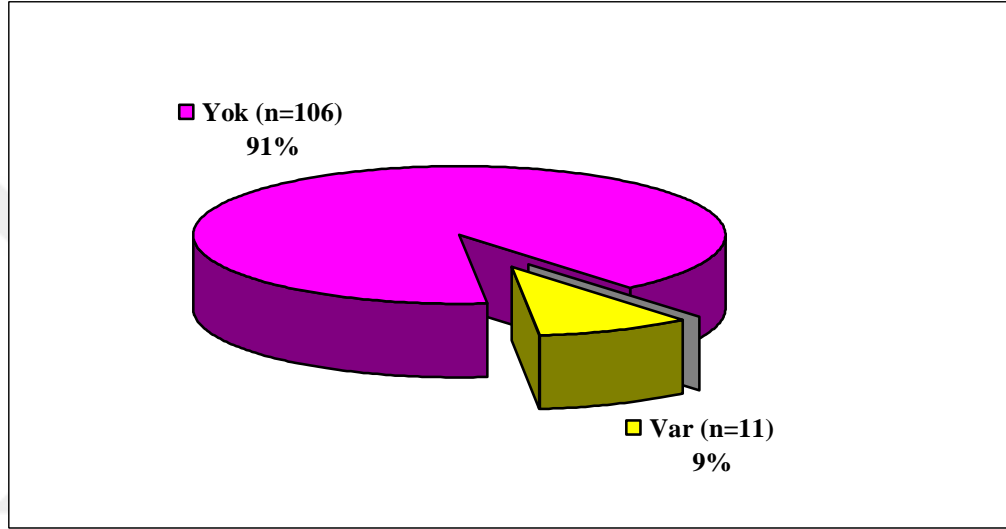
Grafik 3’de kadınlarda normal bir vajinal akıntı olup olmadığını bilme durumu sunulmuştur. Kadınların %52.0’si normal vajinal akıntıyı bilmediklerini ifade etmiştir.

Tablo 11: Kadınlarda İdrar Kaçırma Şikayeti ve İdrar Kaçırılan Durumlar

Özellikler	n	%
İdrar Kaçırma Şikayeti		
Var	43	36.8
Yok	74	63.2
Toplam	117	100.0
İdrar Kaçırılan Durumlar		
Gülerken ve/veya öksürürken	21	48.8
İdrar ihtiyacı hissettiğinde yetişememek	11	25.6
Her iki durumdada	10	23.3
Diğer	1	2.3
Toplam	43	100.0

Araştırmaya katılan kadınların %36.8'inde idrar kaçırma Şikayeti olduğu saptanmıştır. İdrar kaçırma Şikayeti olan kadınların %48.8'i gülerken ve/veya öksürürken idrar kaçırdığını ifade etmiştir (Tablo 11).

Grafik 4: Kadınların Kronik Kabızlık Şikayeti Yaşama Durumuna Göre Dağılımı (n=117)



Araştırmaya katılan kadınların kronik kabızlık Şikayeti yaşama durumu Grafik 4'de verilmiştir. Kronik kabızlık Şikayeti olanların oranı %9.0 olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %45.2'sinin altı bardaktan daha az su içtiği, %23.9'unun ilaç kullanmasını gerektiren sağlık sorunları olduğu, %99.1'inin sigara içmediği bulunmuştur.

Tablo 12: Kadınların Jinekolojik Rahatsızlıklarının Dağılımı

Özellikler	n	%
Cinsel İlişki Sırasında Ağrı		
Evet	11	9.4
Hayır	106	90.6
Cinsel İlişki Sonrasında Kanama		
Evet	2	1.7
Hayır	115	98.3
Adet Dışı Ara Kanama		
Evet	9	7.7
Hayır	108	92.3
İç Üreme Organlarında Sarkma		
Evet	7	6.0
Hayır	110	94.0
Toplam	117	100.0

Kadınların cinsel ilişki sırasında ağrı, cinsel ilişki sonrasında kanama, adet dışı ara kanama ve iç üreme organlarında sarkma durumlarının dağılımı Tablo 12’de verilmiştir. Kadınların %9.4’ünde cinsel ilişki sırasında ağrı, %6.0’sında iç üreme organlarında sarkma, %1.7’sinde cinsel ilişki sonrasında kanama ve %7.7’sinde adet dışı ara kanama olduğu saptanmıştır.

3.4. KADINLARIN AKRAN EĞİTİMİ ÖNCESİ VE SONRASI ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU TUTUM VE DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILDIĞI BULGULAR

Tablo 13: Kadınların Akran Eğitimi Öncesi ve Sonrası Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

Akran Eğitimi Öncesi Yöntem Kullanma Durumu	Akran Eğitimi Sonrası Yöntem Kullanma Durumu			p
	Modern Yöntem	Geleneksel Yöntem	Toplam	
Modern Yöntem	58	1	59	0.000*
Geleneksel Yöntem	17	20	37	
Toplam	75	21	96	

*McNemar Testi

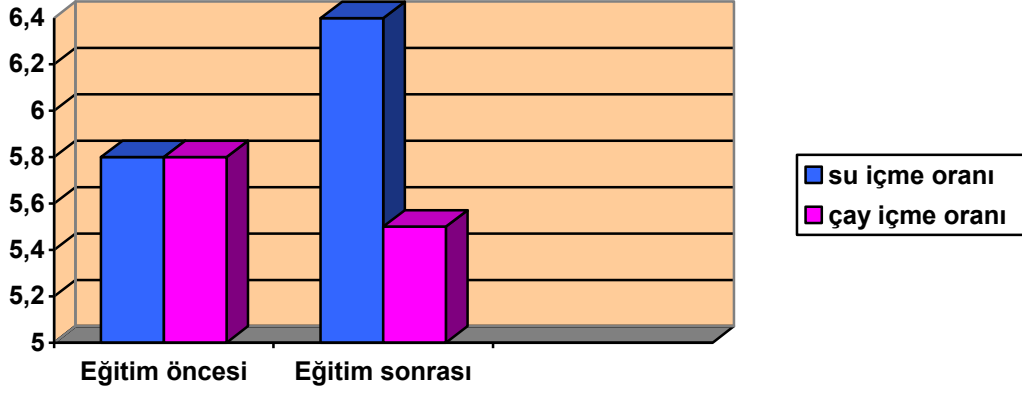
Tablo 13’de kadınların akran eğitimi girişimi öncesi ve sonrasında istenmeyen gebelikten korunmak için kullandıkları gebeliği önleyici yöntemler (modern/geleneksel) ile ilgili bulgular karşılaştırılmıştır. Akran eğitimi girişimi sonrasında modern yöntem kullanan kadın sayısı önemli ölçüde artmıştır ($p=0.000$).

Tablo 14: Kadınların Akran Eğitim Öncesi ve Sonrası Gebeliği Önlemek İçin Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımı

Gebelikten Korunmak İçin Kullanılan Yöntem	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	n	%	n	%
Geleneksel Yöntem				
Geri çekme	37	31.6	25	21.4
Modern Yöntem				
Prezervatif	33	28.2	50	42.7
RİA (Sprial)	10	8.6	11	9.4
Tüpligasyon	10	8.6	11	9.4
Hap	6	5.1	7	6.0
Kullanmıyor (gebe, menopoz vb.)	21	17.9	13	11.1
Toplam	117	100.0	117	100.0

Kadınların akran eğitimi girişimi öncesi ve sonrası gebelikten korunmak için kullandıkları yöntemler Tablo 14’de verilmiştir. Eğitim öncesi kadınların %31.6’sı geleneksel yöntem ile korunurken %50.5’i modern yöntem ile korunmaktadır. Eğitim sonrası modern yöntem kullanma oranı %67.5’e yükselmiştir. Akran eğitimi sonrası gebelikten korunmak için en çok tercih edilen yöntem %42.7 ile Prezervatiftir. Geri çekme yöntem kullanımı oranı ise %31.6’dan %21.4’e düşmüştür.

Grafik 5: Kadınların Günde Ortalama Su ve Çay İçme Durumları



Grafik 5’de kadınların akran eğitimi öncesi ve sonrası günlük ortalama su ve çay içme durumları verilmiştir. Eğitim öncesi kadınlar günlük ortalama 5.8 bardak su ve çay içerken, eğitim sonrası su içme 6.4 bardağa yükselmiş, çay içme 5.5 bardağa düşmüştür. Akran eğitimi öncesi ve sonrası arasında içilen çay miktarının düşmesi istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.033$), içilen su miktarının artması ise istatistiksel olarak ileri derece anlamlıdır ($p=0.000$).

Tablo 15: Kadınlara Akran Eğitimi Öncesi ve Sonrası Uygulanan ÜSBÖ ve Üreme Sağlığı Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n= 117)

Toplam Ölçek ve Alt Boyutları	Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası			p	
	Min. Puan	Mak. Puan	$\bar{X} \pm SD$	Min. Puan	Mak. Puan	$\bar{X} \pm SD$		
Toplam ÜSBÖ*	78	170	129.0±16.8	90	170	140.9± 15.4	z= -9.181***	0.00
Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı*	11	40	29.1 ± 6.8	19	40	32.5 ± 5.0	z= -7.981***	0.00
Üreme Organ ve Meme Kanserinden Korunma*	4	14	6.8 ± 2.2	5	14	8.2± 2.2	z= -7.299***	0.00
Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışlar*	12	40	28.8 ± 5.9	13	44	32.1± 5.7	t= -10.697*****	0.00
Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma*	36	65	54.1 ± 6.6	36	66	55.6 ± 5.9	z= -5.985***	0.00
İstenmeyen Gebeliklerden Korunma*	3	15	10.9 ± 3.1	5	15	10.9 ± 3.1	a.d.*****	a.d.
Kadın Sağlığı Bilgi Testi **	20	55	35.4 ± 6.9	24	85	49.3 ±12.6	z= -9.391***	0.00

* Satır sırası ile maksimum beklenen puanlar: 195, 40, 20, 50, 70, 15

** Maksimum puan: 100

*****anlamli değil

*** Wilcoxon işaretli sıralar testi

**** Bağımlı gruplarda t testi

Kadınlara akran eğitimi öncesi ve sonrası uygulanan ÜSBÖ ve Kadın Sağlığı Bilgi Testi puan ortalamaları Tablo 15’de verilmiştir. ÜSBÖ toplam puan ortalaması akran eğitimi öncesi 129.0 ± 16.8 (min=78, max=170), akran eğitim sonrası 140.9 ± 15.4 (min=90, max=170) olarak bulunmuştur. Kadınların Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı puan ortalaması akran eğitimi öncesi 29.1 ± 6.8 (min=11, max=40), akran eğitimi sonrası 32.5 ± 5.0 (min=19, max=40); Üreme Organ ve Meme Kanserinden Korunma puan ortalaması akran eğitimi öncesi 6.8 ± 2.2 (min=4, max=14), akran eğitimi sonrası 8.2 ± 2.2 (min=5, max=14); Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları puan ortalaması akran eğitimi öncesi 28.8 ± 5.9 (min=12, max=40), akran eğitimi sonrası 32.1 ± 5.7 (min=13, max=44); Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma puan ortalaması akran eğitimi öncesi 54.1 ± 6.6 (min=36, max=65), akran eğitimi sonrası 55.6 ± 5.9 (min=36, max=66); İstenmeyen Gebeliklerden Korunma ortalaması akran eğitimi öncesi 10.9 ± 3.14 (min=3, max=15), akran eğitimi sonrası 10.9 ± 3.1 (min=4, max=14); Kadın Sağlığı Bilgi Testi puan ortalaması akran eğitimi öncesi 35.4 ± 6.9 (min=20, max=55), akran eğitimi sonrası 49.3 ± 12.6 (min=24, max=85) olarak bulunmuştur. Akran eğitimi öncesi ve sonrası Kadın Sağlığı Bilgi Testinden alınan puanlar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($Z=-9.391$ $p=0.000$).

Kadınların, ÜSBÖ ve ölçek alt boyutlarından akran eğitim öncesi ve sonrası aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, eğitim sonrasında;

- ❖ **Toplam ölçek puanları** arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z=-9.181$, $p=0.000$),
- ❖ ölçek alt boyutlarından **Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı** arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z=-7.981$, $p=0.000$),
- ❖ ölçek alt boyutlarından **Üreme Organ ve Meme Kanserinden Korunma** arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z=-7.299$, $p=0.000$),
- ❖ ölçek alt boyutlarından **Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları** arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=-10.697$, $p=0.000$),

- ❖ ölçek alt boyutlarından **Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma** arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($Z=-5.985$, $p=0.000$),
- ❖ ölçek alt boyutlarından **İstenmeyen Gebeliklerden Korunma** arasındaki farkın olmadığı görülmüştür (Tablo 15).

Kadınların akran eğitimi öncesi ve sonrası toplam ölçek ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; Toplam Ölçek puanı, Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı, Üreme Organ ve Meme Kanseri Korunma, Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları ve Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma boyutlarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$). İstenmeyen Gebeliklerden Korunma alt boyutunda ise herhangi bir fark saptanmamıştır.

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

4.1. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Kadın sağlığının her döneminde kendine özgü sorunları olmasının yanında, gebelik ve doğum nedeniyle sağlık kuruluşlarına en sık gereksinim duyulan dönem 15-49 yaş grubundaki evli kadınlardır. Üreme çağı olarak nitelendirilen 15-49 yaş grubu kadınlar Türkiye nüfusunun %25'ini oluşturmaktadır (3,7).

Kadınların yaş gruplarına göre dağılımı, kadınların eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, aile yapısına ilişkin bulgular Tablo 1'de verilmiştir. Kadınların çoğunluğu 39-49 yaş grubunda olup, kadınların yaş ortalaması 34.1 ± 9.1 (min=19, max=49) olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan kadınların ve eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde, kadınların %77.8'inin, eşlerinin %72.6'sının ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Kadınlardaki liseyi bitirme oranı %5.1 iken erkeklerde ise bu oran %16.2'dir (Tablo 1). Kayacı ve arkadaşlarının (2007) kırsal alanda yaptığı bir çalışmada kadınların %80.8'inin ilkokul mezunu olduğu görülmüştür (75). TNSA 2008 sonuçlarına göre, 15-49 yaş grubunda kırsal alanda yaşayan kadınların eğitim durumu incelendiğinde; kadınların %57.7'i ilkokul mezunu, %7.1'i ilköğretim ikinci kademe, %7.1'i lise ve üzeri ve %28.1'inin eğitiminin olmadığı görülmüştür (7). Çalışmada elde edilen bulgular ülkemizde kırsal alanda yaşayan 15-49 yaş kadınların eğitim durumlarına benzerdir.

Toplumsal ve kültürel yapıdaki değişmeler, aile yapısında değişmeler meydana getirmiştir. Bunun sonucunda, bazı bölgelerde geleneksel geniş aile tipinin yerini çekirdek aile almıştır. Kırsal bölgelerde ise geniş aile tipi daha yaygındır (76). Araştırma da kadınların aile yapısı incelendiğinde, literatüre paralel olarak %63.2'sinin geniş aile ortamında yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1). Benzer şekilde, Özbek'in (2009) kırsal ve kentsel alanda yaşayan aileleri karşılaştırdığı çalışmasında, kırsal yerleşim yerinde yaşayan ailelerde geniş aile oranı %55.7 iken bu oran kentsel yerleşim yerinde sadece %7.1'dir (77). Bununla birlikte çalışma bulgularına zıt olarak, Kayacı ve

arkadaşlarının (2007) kırsal alanda yaptıkları çalışmalarında ise geniş aile oranı %33.8 olarak bulunmuştur (75).

DSÖ dünya genelinde 1980 yılından günümüzedek obezite sıklığının ikiye katlandığını belirtmiştir. Dünya geneliyle paralel olarak obezite ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Dünyada 1980 yılında erkeklerin %5'i, kadınların %8'i obez iken 2008 yılında bu sıklık erkeklerde %10, kadınlarda %14'tür. Türkiye İstatistik Kurumu'nun yapmış olduğu Türkiye Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre, 15 yaş ve üzeri yetişkin nüfusun %33'ü fazla kilolu ve %16.9'u obezdir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre ise ülkemizde 19 yaş ve üzeri bireylerin %34.6'sı fazla kilolu ve %30.3'u obezdir (78,79,80). Araştırma kapsamındaki kadınların BKİ verilerine göre %49.6'sı normal kiloya sahipken, literatüre benzer şekilde %25.6'sı fazla kilolu ve %14.5'inin obez olduğu saptanmıştır (BKİ ortalaması 24.6 ± 4.9) (Tablo 2).

4.2. KADINLARIN OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmadaki kadınların menarj yaşı ortalaması 13.6 ± 1.2 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Kadınların menarj yaşı ortalamasını Oskay-Şahin (2003) 13.1, Demirci (2004) 13.6, Turan (2007) 12.3, Kayacı ve arkadaşları (2007) 13.3, Erbil ve arkadaşları (2007) 13.4, Kırkan ve arkadaşları (2009) 13.3 olarak bildirmişlerdir. Uluslararası literatür incelendiğinde menarj yaşı ortalaması 12.2-13.5 arasındadır (14,75,81,82,83,84). Bu çalışmadaki menarj yaşı ortalaması literatür ile uyumludur.

Türkiye'de evlilik çocuk doğurmak için toplumsal olarak kabul gören dönemin başlangıcıdır. İlk evlilik yaşının doğumlar üzerinde önemli bir etkisi vardır. Daha erken yaşlarda evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altına girmekte, bu da genellikle yaşam boyunca daha fazla sayıda doğuma yol açabilmektedir. TNSA 2008'den elde edilen ilk evlenme yaşı bilgileri 25-49 yaşlarındaki kadınların %43'ünün 20 yaşından önce, %25'inin 18 yaşına kadar, %5'inin de 15. yaş gününden önce evlendiklerini ortaya koymuştur. Ortanca ilk evlenme yaşının 20.8 olduğunu belirtmekle birlikte kadınların yarısının bu yaştan önce evlendiği saptanmıştır. Ortanca ilk evlenme yaşı, yerleşim yeri, bölge ve eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

Kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların kırsal yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre yaklaşık 1.5 yıl daha geç evlendikleri görülmektedir. Türkiye’de son 20 yılda ilk evlilik yaşında düzenli bir artış olmuştur. Ortanca yaş kırklı yaşların sonlarındaki kadınlar için 19.5 iken yirmili yaşlardaki kadınlar için 22.1’e çıkmaktadır (7). Bu çalışmadaki kadınların evlenme yaş ortalamasının 17.8 ± 1.5 ve ortanca evlenme yaşının 18 olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Ortanca evlenme yaşının TNSA 2008 verilerine göre düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, araştırmanın kırsal alanda yapılmış olması ve araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamalarının (34.1 ± 9.1) yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmaya katılan kadınların ilk gebelik yaşı ortalaması 19.1 ± 2.1 ve ortanca ilk gebelik yaşı 19 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Bu bulgulara göre, ülkemizde kırsal alanlarda gebeliklerin evlilik içerisinde gerçekleştiği ve evliliğin temel beklentilerinden birinin çocuk olduğu gerçeğini doğrular niteliktedir.

Ülkemizde toplam doğurganlık hızı yıllara göre düşme eğilimi göstermekle birlikte, doğurganlık hızlarında hala belirgin bölgesel farklılıklar bulunduğu vurgulanmaktadır. TNSA 2008 verilerine göre; doğurganlık hızı, Doğu bölgesinde en yüksek (kadın başına 3.3 çocuk) ve Batı bölgesinde en düşüktür (kadın başına 1.7 çocuk). Kırsal alanlarda yaşayan kadınlar, kentsel alanlarda yaşayan kadınlardan daha fazla çocuğa sahip olmakta; kırsal alanlarda kadınlar 2.7, kentsel alanlarda kadınlar 2.0 çocuk sahibidir (7). Bu çalışmada kadınların ortalama gebelik sayısı 2.8 ± 1.4 ve yaşayan çocuk sayısı 2.1 ± 0.7 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Bu sonuç, kırsal bölgede yaşayan kadınlara ilişkin verilere uyumludur.

Kadının yaşı ve sahip olduğu çocuk sayısı ile isteyerek düşük yapma sıklığı arasında kuvvetli bir ilişki vardır. İstemli düşükler gelişmekte olan ülkelerdeki karşılanamayan aile planlaması hizmetlerine olan gereksinimin bir göstergesidir. İstenmeyen gebelikler çoğunlukla isteyerek düşükle sonlandırılmaktadır (85,86,87,88). TNSA 2008 verilerine göre kadınların tüm yaşamları boyunca, %4’ünün ölü doğum yaptığı, evlenmiş kadınların yaklaşık beşte birinin kendiliğinden ve %22’sinin de isteyerek düşük yaptığı belirtilmiştir (7). Bu çalışmada ise kadınların %35.1’inin en az bir kez isteyerek düşük yaptığı ve TNSA 2008 verilerine göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, araştırmaya katılan kadınların %31.6’sının geri çekme

yöntemini kullanması ile ilişkili olabilir (Tablo 5). Bununla birlikte çalışmada istemsiz düşük oranı %23.7 olup TNSA 2008 sonuçlarına paraleldir.

TNSA 2003'te %78 olan sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı, TNSA 2008 sonuçlarına göre ülke genelinde %90 olarak bulunmuştur (7). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 verilerine göre, hastanede yapılan doğum oranı 2002'de %75 iken, 2013'te %97'ye yükselmiştir (89). Araştırma sonuçlarına benzer olarak çalışmada doğumların %96.3'ünün hastanede gerçekleştirdiği saptanmıştır (Tablo 4).

Sezaryen tıbbi endikasyonlarla gerçekleştirildiğinde, anne ve bebeği için hayat kurtarıcı bir cerrahi yöntemdir. Fakat tıbbi endikasyon olmaksızın uygulandığında hem anne-bebek sağlığına hem de artan sağlık harcamaları ile ülke ekonomisine zarar vermektedir (90). Türkiye'de TNSA 2003 verilerine göre %21.2 olan sezaryen oranı, TNSA 2008'de %36.7 olup bu oranın gittikçe yükseldiği görülmektedir (7,91). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 verilerine göre ise bu %48'e ulaşmıştır (89). Dünya Sağlık Örgütü'nün maternal ve perinatal mortalite oranlarını dikkate alarak hedeflediği sezaryen oranı ise %15'dir (91,92). Kırsal alanda yapılan bu çalışmada sezaryen oranı %31.8 olarak bulunmuş olup, Türkiye ortalamasının altında DSÖ'nün önerdiği oranın çok üstündedir.

Doğum öncesi bakımda (DÖB) anne ve fetal sağlığın izlemi son derece önemlidir. Fetal sağlık gebeliğin başlangıcından itibaren oluşan çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Annenin eğitimi, sağlık ve beslenme durumu, sosyoekonomik yaşam standardı ve aldığı sağlık hizmetlerinin kalitesi iyileştikçe başarılı bir gebelik şansı da artmaktadır (93). Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre (2009) normal gebeliklerde en az 4 kez nitelikli izlem DÖB önerilmektedir (94). TNSA verilerine göre Türkiye genelinde kadınların; 1988'de %41.0'i, 1993'te %62.3'ü, 1998'de %68.1'i, 2003'te %83.1'i ve TNSA 2008'de %92'si DÖB almıştır. TNSA 2008 verilerine göre, kentlerde yaşayanlar köylerde yaşayanlara göre daha fazla DÖB almaktadır (kentlerde %94.7, kırsal alanda %84.7) (7,95). Bu çalışmada en az bir kez DÖB alan kadın oranı %81.3'dür. Bu oran, TNSA 2008 kırsal kesimde yaşayan kadınların aldıkları DÖB'a benzerdir. Kadınların %60.8'inin 4 ve üzeri doğum öncesi bakım aldığı, %18.7'sini ise hiç doğum öncesi bakım almadığı saptanmıştır (Tablo 4). Kadınların yarıdan fazlasının önerilen sayıda DÖB almış olması sevindirici bir bulgu

olmakla birlikte, yaklaşık beş kadından birinin hiç DÖB almamış olması kırsal alanda henüz DÖB hizmetlerinin istenen düzeyde olmadığını göstermektedir.

TNSA 2008 verilerine göre evli kadınların %73'ü gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Türkiye'de evli kadınlar arasında en yaygın kullanılan %26 ile geleneksel yöntemlerden geri çekme yöntemidir. Gebeliği önleyici yöntem kullanan kadınlar arasında kadınların %46'sı modern yöntemleri tercih etmekte ve %27'si yöntem kullanmamaktadır. En yaygın kullanılan modern yöntemler ise sırasıyla %17 ile RİA, %14 ile prezervatif ve %5 ile oral kontraseptiftir (7). Ülkemizde, kadınların gebelikten korunma yöntemlerine belirlemek amacıyla yapılan farklı çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu verilere göre, ilk sırada geleneksel yöntemlerin, ikinci sırada ise modern yöntemlerden RİA'nın geldiği görülmektedir (14,96,97,98). Yine bazı çalışmalarda RİA'nın (1,75) bazı çalışmalarda ise prezervatifin (99,100) ilk sırada tercih edilen yöntem olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem kullanıma oranı %82.1 olarak bulunmuştur. Sırasıyla tercih edilen yöntemler %31.6 ile geri çekme, %28.2 ile prezervatif, %8.6 ile RİA, %8.6 ile tüp ligasyon ve %5.1 ile oral kontraseptiftir (Tablo 14). Kadınların %31.6 gibi büyük bir bölümünün geri çekme yöntemini kullanması literatür ile benzer bulunmuştur. Çalışmada yaklaşık üç kadından birinin geleneksel yöntem (geri çekme) kullanıyor olması, karşılanmayan aile planlaması gereksinimleri göstermesi açısından önemlidir.

4.3. KADINLARIN MEVCUT ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmadaki kadınların %42'si son bir yıl içinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanına başvurduğunu ifade etmiştir (Grafik 1). Son 1 yıl içinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanına gitme nedenleri incelendiğinde, kadınların %30.6'sı kontrol için gittiğini ifade etmiştir. Kadınlar arasında en yaygın görülen şikayet ise %34.7 ile menstrüel problemler olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Çalışmadaki kadınlarda görülen menstrüel problem oranı Demirci'nin (2004) çalışmasındaki orana (%35.7) benzerdir, ancak bu çalışmada en yaygın görülen şikayetin %44 ile anormal vajinal akıntı ve kasık ağrısı olduğu saptanmıştır (14).

Premenstruel şikayetler kadının yaşamını, günlük aktivitelerini, çalışma yaşamında üretkenliğini önemli ölçüde etkileyen bir sorundur. Çeşitli ülkelerde farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda premenstruel şikayet görülme sıklığını %10-95 arasında değiştiği bildirilmiştir. Kadınların %20-40'ında bu şikayetlerin bedensel ve ruhsal kapasitesini etkileyecek şiddette, %5-10'unda ise çok şiddetli olduğu vurgulanmıştır (14,101,102,103,104,105,106).

Çalışmada premenstruel şikayet sıklığı %82.1 bulunmuş olup, bu oran Demirci'nin çalışmasına benzerdir. Bu oranın literatürden yüksek olması araştırma kapsamındaki kadınların yaş ortalamasının 34.1±9.1 olması ile açıklanabilir. Literatürde semptomların 30 yaş civarında en sık görüldüğü kabul edilmektedir (14).

Adet öncesi dönemde yaşanan en yaygın şikayetler; %41.0'inde sinirlilik, %36.8'inde kas-eklem ağrısı, %31.6'sında karında şişme, %27.4'ünde göğüslerde gerginlik ve hassasiyet, %23.9'unda baş ağrısıdır (Tablo 7). Adet öncesi dönemde yaşanan şikayetlerin sıklığına baktığımızda, kadınların %66.7'si bu şikayetleri her ay yaşadığını belirtmiştir. Bu şikayetlerin kadının adeti bittikten sonra devam etme durumu ise %10.5 olarak bulunmuştur (Tablo 8). Üreme çağı boyunca, kadınların büyük bölümünde adet kanamasından önceki günlerde farklı şiddette psikolojik ve/veya bedensel belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Kadının duygu durum ve davranışlardaki dalgalanmalara üreme hormonlarının etkilediği bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda sinirlilik, karında şişme, kas-eklem ağrısı, göğüslerde gerginlik ve baş ağrısı gibi semptomlar premenstrual dönemde en sık yaşanan sorunlar arasındadır (14,101,105,107). Bu araştırmanın bulguları önceden yapılan çalışma sonuçları ile benzerdir.

Menstruasyon süresince deneyimlenen ağrı (dismenore) en sık rastlanılan jinekolojik rahatsızlıklardan biridir. Literatürde kadınların yaklaşık %50'sinde dismenore görüldüğü, evli olmayan kadınlarda dismenore şikayetinin daha yaygın olduğu belirtilmektedir (105). Çalışmada literatüre benzer şekilde, kadınların %56.4'ünde dismenore şikayetinin görüldüğü saptanmıştır (Tablo 9).

Üreme organ enfeksiyonları kadın sağlığını etkileyerek birçok yakınmaya yol açan, üreme ve cinsel fonksiyonları etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Aynı zamanda kadının yaşam kalitesini de düşürmektedir. Literatürde, jinekolojik

enfeksiyonların doğurgan yaştaki kadınların üreme sağlığına ilişkin sorunları arasında öncelikli olarak yer aldığı ve hayatlarının herhangi bir döneminde en az bir kez genital enfeksiyona yakalandığı bildirilmektedir (14,108,109). Öner ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların %65.6'sında jinekolojik enfeksiyon olduğu belirtilmiştir. Varol ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %46'sı vajinal akıntı şikayetlerinin olduğu bildirilmiştir. Yapılan araştırma sonuçlarından düşük olarak çalışmada ped kullanmayı gerektirecek kadar akıntısı olduğunu ifade eden kadınların oranı %21.0 olarak bulunmuştur (Grafik 2). Anormal akıntısı olduğunu ifade eden kadınlar (n=25) arasında doktora gitme oranının ise sadece %16.0 olduğu görülmüştür (Tablo 10). Sık tekrarlayan ve tedavi edilmeyen vajinal enfeksiyonlar kronik rahatsızlıklara, infertiliteye hatta kansere neden olabilmekte ve kadının yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (110).

Üreme sistemine ilişkin bir semptom olan vajinal akıntıyı ilk değerlendirmesi gereken kişi kadının kendisidir. Bu nedenle, kadının hastalıklara ilişkin değerlendirme yapabilmesi için akıntının normal özelliklerini bilmesi gerekir (14). Bu çalışmada kadınların %39.0'unun normal vajinal akıntıyı bildikleri bulunmakla birlikte (Grafik 3), oranın istenen düzeyde olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle kadınlara akıntının artması, kokunun bulunması durumunda sağlık kurumuna başvurması yönünde eğitim ve danışmanlık verilmelidir.

Üriner inkontinans (Üİ) yaygın olarak görülen, sosyal, emosyonel ve seksüel sorunlara yol açan bir sağlık sorunudur. Ülkemizde ve uluslararası yapılan araştırmalarda Üİ prevalansına ilişkin farklı değerler saptanmıştır. Hampel ve arkadaşları epidemiyolojik araştırmaları inceledikleri çalışmalarında kadınlarda Üİ prevalansının %12-53, Thom'un 21 literatürü incelediği çalışma da ise %2-55 oranları arasında değiştiği bildirilmiştir. Ülkemizde ise Üİ prevalansının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Turan ve arkadaşları 18-44 yaş arasındaki kadınlarda Üİ prevalansını %24.5, Güneş ve arkadaşları 20 yaş ve üstü kadınlarda Üİ prevalansını %49.7, Demirci ve arkadaşları %26.9, Özerdoğan %25.8 olarak bulmuşlardır (14). Bu çalışmada kadınlarda Üİ oranı %36.8 olarak bulunmuştur. Üİ şikayeti olan kadınların %48.8 gülerken ve/veya öksürürken idrar kaçırdıklarını ifade etmiştir (Tablo 11).

Türkiye’de toplumsal, kültürel, sosyal etmenlerin ve dini inançların etkisi nedeniyle cinsellik rahatça konuşulamayan bir konu olmaya devam etmekte ve halen tabu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle Türkiye’de cinsel işlev bozuklukları arasında sayılan disparoninin sıklığını belirlemek oldukça güçtür. Doğan’ın çalışmasında (2009) kadınların %47.2’sinde, Esin ve Bulduk’un çalışmasında (2004) kadınların %27’sinde, Demirci’nin (2004) çalışmasında %23.6, Şimşek, Özdemir, İncesu, Karakoç ve Özkardeş’in çalışmasında (2003) kadınların %7.8’inde disparoni sorunu olduğu saptanmıştır (14,111,112,113,114,115). Bu çalışmada cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığı %9.4 olarak bulunmuştur (Tablo 12).

Serviks kanserinde erken dönemde en sık rastlanan belirtilerden biri kanamadır. Özellikle, adet aralarında ve cinsel ilişki sonrası yaşanan vajinal kanama serviks kanserinin erken belirtisi olarak değerlendirilir (14). Erken tanıda kanser öncü belirtilerinin kadınlar tarafından bilinmesi, sağlık kuruluşuna başvurması açısından önemlidir. Bu çalışmada kadınların %1.7’sinde cinsel ilişki sonrası kanama ve %7.7’sinde adet dışı ara kanama olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Kayacı ve arkadaşlarının çalışmasında cinsel ilişki sonrasında kanama şikayeti %9.4 ve ara kanaması şikayeti %6.4 olarak bildirilmiştir (75). Demirci’nin çalışmasında kadınların %4.1’inde cinsel ilişki sonrası kanama ve %3.2’sinde adet dışı ara kanama şikayeti olduğu belirlenmiştir (14).

Pelvik taban pubis ve koksiks arasında uzanarak pelvik organları destekleyen çok tabakalı kas yapısıdır. Pelvik relaksasyon, bu destek yapının kas desteğinin zayıflaması ve uzaması anlamına gelir. Zamanla pelvik organlar, normal diziliş ve pozisyonlarını kaybederler ve organ prolapsusları meydana gelir (103). Çalışmadaki kadınların %6.0’sı iç üreme organlarında sarkma olduğunu ifade etmiştir (Tablo 12). Coşkun ve arkadaşlarının (103) çalışmasında kendinde pelvik relaksasyon olduğunu ifade eden kadınların oranı %7.2, Kayacı ve arkadaşlarının (75) çalışmasında %9.8, Demirci’nin (14) çalışmasında %5.5 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmanın bulguları Coşkun ve arkadaşları ile Kayacı ve arkadaşlarının çalışma bulgularından düşük, Demirci’nin çalışma sonuçlarına benzer bulunmuştur.

4.4. KADINLARIN AKRAN EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU TUTUM VE DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILDIĞI BULGULARIN TARTIŞILMASI

Sağlıklı bir toplum için önemli bir yatırım olan kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi, kadınların kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk almaları ile mümkün olabilir. Kadınlara bu sorumlulukların kazandırılması ve doğru hijyenik davranışların öğretilmesi için eğitim verme sürecinde en önemli görev sağlık ekibine, özellikle de ekibin bir üyesi olan ebe/hemşirelere düşmektedir (14,116). Sağlık eğitiminin planlanması ve uygulanmasında akran eğitimi modeli bir alternatif olarak kullanılabilir. Akran eğitimi modeli; sosyal etkileşimi olan, birbirleri ile eşit statüde yer alan, benzer dil, tutum ve davranışa sahip olan gruplarda bilgi, davranış ve tutum değiştirmek amacıyla yapılan planlı bir eğitim modelidir (13). Bu süreçte; kadınların akranlarına çekinmeden soru sorabilmeleri, otoritenin olmadığı stresiz bir öğrenme ortamı, akranların birbirine destek olmaları, kendi tutumlarını, yargılarını akran grubunda daha rahat ifade etmeleri başarıyı artırmaktadır (50,51,61,62,63). Üreme sağlığı gibi mahrem bir konunun akran eğitimi modeliyle 15-49 yaş dönemi kadınlara anlatılması kadının, ailenin ve dolayısıyla toplumun sağlık seviyesi yükseltmeye yardımcı olabilir.

Kadınların akran eğitimi girişimi öncesi ve sonrasında gebelikten korunmak için kullandıkları gebeliği önleyici modern ve geleneksel yöntemler karşılaştırıldığında, akran eğitimi girişimi sonrasında modern yöntem kullanan kadın sayısının önemli ölçüde arttığı saptanmıştır ($p=0.000$). Eğitim öncesi modern yöntem kullananların oranı %50.5 iken eğitim sonrası bu oran %67.5'e yükselmiştir. Geleneksel yöntem kullanım oranı ise %31.6'dan %21.4'e düşmüştür. Akran eğitimi girişimi sonrası kadınların gebelikten korunmak için kullandıkları yöntemlerden biri olan prezervatifi kullanan kadın sayısı artarken (%28.2'den %42.7'e), geri çekme yöntemini kullanan kadın sayısı azalmıştır (%31.6'dan %21.4'e) (Tablo 14). Bu bulgular, akran eğitimi girişiminin aile planlaması davranışı üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

İnsanlara ait her türlü davranış sağlıkla yakından ilgilidir. İnsanların olumlu sağlık davranışları sağlıklı olmaya, olumsuz davranışları ise zamanla sağlıksızlığa yol açacaktır (14). Sağlıklı bir yaşam için günde en az 2-3 litre sıvı tüketilmelidir. Su başta

olmak üzere, içecekler ve besinlerin içeriğinde bulunan görünür/görünmez su “sıvı” olarak tanımlanmaktadır. Su tüketimi ise günlük 8-10 su bardağı olmalıdır. Ayrıca, vücuttaki metabolizma atıklarının atılabilmesi ve konstipasyonun önlenmesinde bol su içilmesi oldukça etkilidir (117). Bilimsel araştırma sonuçlarına göre, günde yeşil veya siyah taze demlenmiş 5-7 fincan çayın günlük alınan sıvı miktarının bir bölümünü oluşturması gerektiği belirtilmekte ve önerilmektedir (118).

Araştırmadaki kadınlar akran eğitim girişimi öncesi günde ortalama 5.8 bardak su ve çay içerken, akran eğitim sonrası su içme 6.4 bardağa yükselmiş, çay içme 5.5 bardağa düşmüştür (Grafik 5). Elde edilen bulgulara göre, akran eğitimi sonrası kadınların tükettikleri su miktarı artmakla birlikte önerilen düzeyde değildir. Tüketilen çay miktarı ortalaması önerilen düzeyde olmakla birlikte, eğitim sonrası az da olsa düşmesi, 7 bardağın üzerinde çay içen kadınlarda, içilen çay miktarının azalmasıyla ilişkili olabilir.

Araştırmada ÜSBÖ toplam puan ortalaması akran eğitimi öncesi 129.0 ± 16.8 (min=78, max=170), akran eğitim sonrası 140.9 ± 15.4 (min=90, max=170) olarak bulunmuştur. Kadınların Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı puan ortalaması akran eğitimi öncesi 29.1 ± 6.8 (min=11, max=40), akran eğitimi sonrası 32.5 ± 5.0 (min=19, max=40); Üreme Organ ve Meme Kanseri Korunma puan ortalaması akran eğitimi öncesi 6.8 ± 2.2 (min=4, max=14), akran eğitimi sonrası 8.2 ± 2.2 (min=5, max=14); Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları puan ortalaması akran eğitimi öncesi 28.8 ± 5.9 (min=12, max=40), akran eğitimi sonrası 32.1 ± 5.7 (min=13, max=44); Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma puan ortalaması akran eğitimi öncesi 54.1 ± 6.6 (min=36, max=65), akran eğitimi sonrası 55.6 ± 5.9 (min=36, max=66); İstenmeyen Gebeliklerden Korunma puan ortalaması akran eğitimi öncesi 10.9 ± 3.14 (min=3, max=15), akran eğitimi sonrası 10.9 ± 3.1 (min=4, max=14); Kadın Sağlığı Bilgi Testi puan ortalaması akran eğitimi öncesi 35.4 ± 6.9 (min=20, max=55), akran eğitimi sonrası 49.3 ± 12.6 (min=24, max=85) olarak bulunmuştur (Tablo 15).

Çalışmada akran eğitimi girişimi sonrasında kadınların İstenmeyen Gebeliklerden Korunma ölçek alt boyutu ortalamasında herhangi bir farklılık

olmamakla birlikte, davranış boyutunda bakıldığında, modern yöntem kullanan kadın sayısının arttığı saptanmıştır (Tablo 13).

Demirci'nin (2004) çalışan evli kadınlarda yaptığı benzer bir çalışmada, Kadın Sağlığı Bilgi Testi ortalamaları eğitim öncesi 16.4 ± 7.2 (min=2, max=28), eğitim sonrası 28.1 ± 8.5 (min=9, max=48); ÜSBÖ toplam puan ortalamaları eğitim öncesi 138.0 ± 13.5 (min=78, max=170), eğitim sonrası 151.0 ± 15.1 (min=101, max=158) olarak bulunmuştur. Kadınların Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı puan ortalaması eğitim öncesi 29.3 ± 6.1 (min=13, max=37), eğitim sonrası 31.8 ± 5.1 (min=22, max=40); Üreme Organ ve Meme Kanserinden Korunma puan ortalaması eğitim öncesi 6.6 ± 2.4 (min=4, max=12), eğitim sonrası 8.1 ± 3.0 (min=4, max=18); Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları puan ortalaması eğitim öncesi 30.2 ± 4.7 (min=19, max=36), eğitim sonrası 35.3 ± 5.8 (min=22, max=44); Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma puan ortalaması eğitim öncesi 60.8 ± 5.8 (min=46, max=68), eğitim sonrası 64.1 ± 3.3 (min=56, max=70); İstenmeyen Gebeliklerden Korunma ortalaması eğitim öncesi 11.2 ± 2.9 (min=6, max=15), eğitim sonrası 11.7 ± 2.6 (min=7, max=15) olarak saptanmıştır (14). Her iki çalışmada da bilgi testi, toplam ÜSBÖ ve ölçek alt boyutlarında elde edilen bulgular benzerdir. Araştırma bulgularından görüldüğü gibi, planlı eğitimin kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarına olumlu yönde katkı sağladığı görülmektedir.

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, kırsal alanda yaşayan evli kadınların üreme sağlığını korumaya ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak, belirlenen sorunlar doğrultusunda, akran eğitimi ilkeleri göz önünde bulundurularak, akran eğitim modeli geliştirmek ve bu modelin etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları şu şekilde özetlenmiştir:

- ❖ Araştırmaya katılan kadınların %38.5'inin 39-49 yaşları arasında, %77.8'inin ilkokul mezunu, %72.6'nın eşi ilkokul mezunu, %63.2'sinin geniş aileye sahip, %49.6'sının BKİ'nin normal kiloda ve %14.5'inin obez olduğu bulunmuştur.
- ❖ Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde; ortalama menarj yaşının 13.6 yaş, ortanca evlenme yaşının 18, ortanca ilk gebelik yaşının 19 olduğu, kadınların ortalama gebelik sayısı 2.8 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.1 olduğu, %35.1'inin en az bir kez kürtaj yaptırdığı, %81.3'ünün son gebeliğinde en az bir kez kontrole gittiği, %96.3'ünün doğumunu hastanede gerçekleştirdiği ve doğumların %31.8'inin sezaryen olduğu saptanmıştır.
- ❖ Akran eğitimi öncesi, kadınların %82.1'inin gebelikten korunduğu, %31.6'sının geri çekme yöntemini kullandığı, prezervatif kullanım oranının %28.2 olmakla birlikte diğer modern yöntemlerin kullanım oranının düşük olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Akran eğitimi öncesi kadınların %31.6'sı geleneksel yöntem, %50.5'i modern yöntem ile korunurken, eğitim sonrası modern yöntem kullanma oranının %67.5'e yükseldiği, akran eğitimi sonrası gebelikten korunmak için en çok tercih edilen yöntemin %42.7 ile prezervatif olduğu, geri çekme yöntemini kullananların oranının ise %31.6'dan %21.4'e düştüğü görülmüştür.
- ❖ Kadınların %42.0'nın son bir yıl içinde kadın hastalıkları ilgili doktora gittiği, doktora giden kadınların %30.6'nın kontrol için gittiği, kadınlar arasında en yaygın görülen şikayetin ise %34.7 ile menstrüel problemler olduğu, kadınların %82.1'inin adet öncesi dönemde bazı şikayetler yaşadığı ve yaşanan en yaygın

şikayetin %41.0 ile sınırlılık olduğu, eğitim öncesi kadınların %61.0'ının normal vajinal akıntıyı bilmediği, kadınların %9.4'ünde cinsel ilişki sırasında ağrı, %6.0'sında iç üreme organlarında sarkma, %1.7'sinde cinsel ilişki sonrasında kanama ve %7.7'sinde adet dışı ara kanama olduğu saptanmıştır.

- ❖ Akran eğitimi girişimi sonrası içilen su miktarının arttığı, çay tüketiminin azaldığı belirlenmiştir.
- ❖ Kadınlara uygulanan Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Modülünün etkinliği değerlendirildiğinde, programının genel olarak başarılı olduğu; akran eğitimi girişimi öncesi ve üç ay sonra tekrar uygulanan Üreme Sağlığı Bilgi Testi, ÜSBÖ Toplam Ölçek Puanı ve Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma, Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme, Üreme Organ ve Meme Kanseri Korunma, Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları ölçek alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı, İstenmeyen Gebeliklerden Korunma ölçek alt boyutunda ise fark olmadığı bulunmuştur.
- ❖ Kırsal alanda yaşayan kadınların üreme sağlığını korumaya yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının yetersiz olduğu ve uygulanan “Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Modeli'nin” 15-49 yaş grubu kırsal alanda yaşayan kadınların koruyucu üreme sağlığı davranışlarını geliştirmede etkili bir yöntem olduğu görülmüştür.

ÖNERİLER

Bu araştırmanın sonuçlarına göre; kadınların üreme sağlığını korumaya yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının yetersiz olduğu görülmüştür. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şunlardır;

- ❖ Akran Eğitimi Modeli 15-49 yaş grubu kırsal alanda yaşayan kadınların koruyucu üreme sağlığı davranışlarını geliştirmek için kullanılabilir.
- ❖ Kırsal alanda uygulanacak sağlık eğitimi programlarının sürekliliğinin sağlanmasında ebe/hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Bu amaçla, sağlık evi çalışanlarının hizmet içi eğitim programlarıyla bilinçlenmesi sağlanmalıdır.
- ❖ Kadınların üreme sağlığı sorunlarına yönelik geniş çaplı araştırmalar yapılmalı, elde edilen sonuçlar uygulamaya yansıtılmalı ve ülke çapında yaygınlaştırılmalıdır. Ayrıca bu amaçla, sağlık birimlerinde düzenli kayıtlar tutulmalı ve istatistiki bilgiler oluşturulmalıdır.
- ❖ 15-49 yaş grubu kırsal alanda yaşayan kadınların koruyucu üreme sağlığı davranışlarını geliştirmede akran eğitiminin uzun dönemdeki sonuçlarını inceleyen araştırmalar planlanmalıdır.
- ❖ 15-49 yaş grubu kırsal alanda yaşayan kadınların koruyucu üreme sağlığı davranışlarını geliştirmede akran eğitiminin etkisini açıklayan kalitatif çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Öztürk Y. Ankara'da Bir Hastanede Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine Başvuran Doğurganlık Yaş Grubundaki Kadının Üreme Sağlığı ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
2. Akın A. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın Kitabı, Hacettepe Üniversitesi Yayınevi, Ankara, 2003, s:26-113.
3. Cangöl S, Galip E. Lalapaşa Merkez İlçe'de Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2010.
4. Rıfat K. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Ulusal Stratejik Eylem Planı Sağlık Bakanlığı, 2005-2015. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap9.pdf> (Son erişim tarihi: 10.06.2013).
5. Şahiner G. Toplumsal Cinsiyet ve Kadına Karşı Şiddetin Kadınların Üreme Sağlığına İlişkin Hizmetlerden Faydalanmasına Etkisi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
6. Esin M, Bulduk S. Kadın Sağlığı Geliştirme Programı, Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulaması. Sted, 2004, 13(7): 245-247.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2009.
8. Hosenfeld J, Weisman C. Receipt Of Preventive Counseling Among Reproductive-Aged Women in Rural And Urban Communities, Rural and Remote Health, The Internation Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practive and Policy, S McCall-Hosenfeld, CS Weisman, 2011.
9. Küçükşahin N. Kırsal Bölgedeki 15-24 Yaş Grubu Kızlarda Üreme Sağlığı, Sorunları ve Gereksinimler, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.

10. Koştu N, Taşcı D. 15-49 Yaş Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarının Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Erzurum, 2009, 12(1): 92-97.
11. Ersay A, Tortumluoğlu G. Türkiye’de Ergen ve Gençlerde Üreme Sağlığı, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2006, 3(2): 2-10.
12. Ege E, Eryılmaz G. Genital Hijyen Davranışları Envanterinin Geliştirilmesi ve Verilen Eğitimin Genital Hijyen Davranışlarına Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2005.
13. Karabulut Ö. Aile Planlaması Konusunda Üniversite Öğrencilerinin Akran Eğitimi Etkinliklerinin Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2003.
14. Demirci H. Çalışan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışların Geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2004.
15. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
16. Dişsiz M. Bağımlı Kadınların Üreme Sağlığı Sorunlarının Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
17. Geçici F. Gaziantep Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsellik ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2007.
18. Reis N. Cinsel Olgunluk Dönemindeki Kadının Üreme Sağlığı, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001, 4(1): 48-52.
19. Özvarış ŞB, Ertan AE. Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım, Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın kitabı. Hacettepe Üniversitesi Yayınevi, Ankara, 2003, s:113-26.
20. Özvarış ŞB, Akın A. Üreme Sağlığı Sağlık ve Toplum, Ankara, 1998, 8(3-4): 23-26.
21. Özvarış ŞB. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, Damla Matbaacılık, İstanbul, 1997, s:1-3.

22. Teker MG. İstanbul'da Üreme Sağlığı Hizmeti Veren İki Kurumda Hizmetlerin Başvuran Merkezli Olarak Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2000.
23. Coşkun A, Şahin NH, Kızılkaya N, Yıldız A. Kuştepe Mahallesi Kadınlarının Demografik Özellikleri İle Üreme Sağlığı Sorunlarını Belirleyen Epidemiyolojik Bir Çalışma, İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Araştırma Fonu Proje No:774/131295, İstanbul, 1997, s:3-26.
24. Coşkun A. Üreme Sağlığının Kadın Yaşamındaki Yeri, Hemşirelik Bülteni 1995, 38 (9): 13-20.
25. Yavan T. Şırnak İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Demografik Özellikleri ve Üreme Sağlığı Sorunlarının Saptanması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2000.
26. Açık Y, Deveci S, Gülbayrak C. Elazığ İl Merkezinde Bulunan Eğitim Araştırma Sağlık Ocakları ile Diğer Bir Sağlık Ocağının Kadınlara Sunmuş Olduğu Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Kıyaslanması, http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2003/sayi_3-4/baslik2.pdf, (Son erişim tarihi:02.02.2014).
27. Er S, Şen S, Taşpınar A, Şirin A. Lisansüstü Eğitime Devam Eden Evli Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008, 7(3): 231-236.
28. Koluvaçık S, Güneş G, Pehlivan E. İnönü Üniversitesi Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Konularında Bilgi Düzeyleri Ve Hizmetten Beklentileri, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010, 17(1): 7-14.
29. Şahin N, Güngör İ. Türkiye'de Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongrelerinde Sunulan Çalışmaların Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Genel Tıp Dergisi, 2008, 18(4): 153-157.
30. Ersin F. Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Üreme Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2008.

31. Üreme Sağlığına Giriş Hizmet İçi Eğitim Modülü Eğitici Rehberi, Sağlık Bakanlığı 2008, 23-31. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t7.pdf> , (Son erişim tarihi: 10.09.2013).
32. Çay G. Kadına Özgü Kanserlerden Korunma ve Erken Tanıda Hemşirenin Etkinliği, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, Ankara, 1999.
33. Yurdakul M. Geleneksel Yöntem Kullanma Nedenleri ve Hemşirenin Aile Planlaması Hizmetlerinde Etkinliği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Doktora Programı, Doktora Tezi, Ankara, 1998.
34. Akcan F, Özsoy A, Ergül Ş. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Danışmanlık Becerilerinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, 9(4): 11-19.
35. Ökdem Ş, Esatoğlu AE. Maden İş Kolunda Sağlık Bilinç Düzeyinin Yükseltilmesi ve Sağlık Eğitimi, Maden İş Kolunda İşçi Sağlığı Sempozyumu Bildiri Kitabı, Zonguldak, 8-10 Ekim 1998, 108-113.
36. Saygılı P. Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Hemşirenin Danışman Rolü. Kadın–Erkek Eşitsizliği ve Erkeklerin Üreme Sağlığına Katılımı. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı. Ankara, 20-23 Nisan 2003, 136-138.
37. Timur S, Ege E, Bakış E. Engelli Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, 10(1): 51-58.
38. Fidan F, Saç S. Evde ve evlilikte engelli kadın olmak, Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyum Kitabı, Grafik Matbaacılık, Kocaeli, 2005, s:65-71.
39. Arıkan G. Kırsal Alanda Kadın Olmak, Hacettepe Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Dergisi, 1988, 5(2): 16.
40. Aktaş D, Şahin E, Gönenç İ. Kadın Sağlığını Etkileyen Sık Görülen Bazı Jinekolojik Problemler ve Hemşirelik Yaklaşımları, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, Ankara, 2012, 1(2): 38-53.
41. Özdener N. Solaklı Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Erkeklerin Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyleri, Roller ve Gereksinimlerinin Araştırılması, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana, 2006.

42. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3(1): 67-99.
43. Reisoğlu Çakmak D, Aksakal N, Yücel A. Türkiye’de Kadın Sağlığına İlişkin Mevzuat, <http://ankamedicaljournal.com/theme/pdfmakale/21/makale4.pdf> (Son erişim tarihi: 10.10.2013).
44. Biliker M. Türkiye’de Kadının Sağlık Durumu, *Aktüel Tıp Dergisi*, Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 2001, 6(1):18.
45. Çağatay G, Levent A. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006, s:209-213.
46. Özvarış Ş, Ertan A. Üreme Sağlığında Yaşamboyu Yaklaşımı, Hacettepe Üniversitesi Halk sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2003.
47. Giray H, Kılıç B. Bekar Kadınlar ve Üreme Sağlığı, *Sted*, 2004, 13(8): 286-289.
48. Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık, Türk Tabipler Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu Raporu, <http://www.ttb.org.tr/en/index.php/tuem-haberler-blog/44-yeni-raporlar/945-qtuerkiyede-toplumsal-cinsiyet-kadn-ve-salkq-rapor>, (Son erişim tarihi:16.12.2013).
49. Özbaş S, Özkan S. Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9(5): 541-546.
50. Bulduk S. Gençlerde Okula Dayalı Akran Eğitimi Girişimlerinin HIV/AIDS Risk Davranışlarını Azaltma Üzerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2009.
51. Ünver V, Akbayrak N. Hemşirelik Eğitiminde Akran Eğitim Modeli, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2013, 6(4): 214-217.
52. Kelly, J.A. Popular Opinion Leaders and HIV Prevention Peer Education: Resolving Discrepant Findings, and Implications for the Development of Effective Community Programmes, *AIDS Care*, 2004, 16(1): 139-150. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540120410001640986#.UwMuDTFWHMw> (Son erişim tarihi:14.11.2013).
53. Aladağ M, Tezer E. Akran Danışmanlığı Nedir? Ne Değildir? , *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 2007, 3(27): 138-155.

54. http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.13652702.2007.01954.x?r3_refere r=wol (Son erişim tarihi:18.12.2013).
55. Campbell C. Peer Education, Gender and the Development of Critical Consciousness: Participatory HIV Prevention by South African, *Social Science&Medicine*, 2005, 5(1): 331-345.
56. Downe A, Altman A, Nysetvold I. Peer Counseling: More on an Emerging Strategy, *The School Counselor*, 1986, s:355-364.
57. Stakic S, Zielony R, Bodiroza A, ve Kimzeke G. Peer Education within a Frame of Theories and Models of Behaviour Change, *The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, Reproductive Health and Research Programme WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej, Copenhagen, Denmark, 2003.
58. Fisher JD, Fisher W, Brayn A, Misovich S. Information Motivation Behavioral Skills Model Based HIV Risk Behavior Change Intervantion for Iner-City High School Young, *Health Psychology*, 2002, 177-186. <http://psycnet.apa.org/journals/hea/21/2/177/> (Son erişim tarihi:14.12.2013).
59. Gillespie P, Lerner N. *The Allyn and Bacon Guide to Peer Tutoring*, Longman, 2000.
60. Field M, Burke J, McAllister D, Lloyd D. Peer-Assisted Learning: A Novel Approach To Clinical Skills Learning for Medical Students, *Medical Education*, 2007.
61. Glynn G.L, Macfarlane A, Kelly M, Cantillon P, Murphy W. Helping Each Other to Learn-A Process Evaluation of Peer Assisted Learning, *BMC Medical Education*, 2006, 6(8): 2-11.
62. Santee J, Garavaia L. Peer Tutoring Programs in Health Proessions Schools, *American Journal of Pharmaceutical Education*, 2006, s:70.
63. Kenna L, French J. Teaching Undergraduate Students To Be Peer Teachers, *Nurse Education İn Practice*, 2011, 11(2): 141-145.
64. Ebreo A, Feist-Price S, Siewe ve Zimmerman R. Effects of Peer Education on the Peer Educators in a School-Based HIV Prevention Program: Where Should Peer Education Research Go from Here?, *Health Education&Behaviour*, 2002, 29(1): 411-423.

65. Özakbaş E. Üreme Sağlığında Akran Eğitimi, [http:// med.ege.edu.tr/~ halksag/seminerler/2005_06/akranegitimi_EED.pdf](http://med.ege.edu.tr/~halksag/seminerler/2005_06/akranegitimi_EED.pdf) (Son erişim tarihi: 31.12.2013).
66. Malchodi C, Oncken C, Dornelas E A, Caramanica L, Gregonis S. The Effect of Peer Counseling on Smoking Cessation and Reduction, *The American College of Obstetricians*, 2003, 101(3): 504–510.
67. Karadağ Ö. Akran Eğitimi- Eğitici Eğitimi Rehberi, UNFPA, 2004.
68. Topping J. The Effectiveness of Peer Tutoring in Further and Higher Education: A Typology and Review of the Literature, *Higher Education*, 1996, 32(3): 321–345.
69. Yeniçeri N, Özçakar N, Mevsim V, Güldal D. Kliniğe Giriş Uygulamalarında Yeni Bir Yöntem: Akran Eğitimi, *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2003, 12: 6–11.
70. Demirel Ö. Eğitim Sözlüğü. Pegem yayıncılık, 2001, s:42.
71. Özdemir T. Tıp Eğitimi ve Yetişkin Öğrenmesi, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 29(2): 25-28.
72. Using Peer Promoters in Reproductive Health Programs For Youth, *Focus In* 1997.
73. Bilgiç N, Günay T. Ergenlerin Sigara Bırakma Konusunda Desteklenmesinde Bir Yöntem: Akran Eğitimi, *A Method for Supporting Smoking Cessation in Adolescents: Peer Education*, 2013.
74. Youth Peer Education Electronic Resource, *Peer Education Training and Trainers Manual*, Y Peer, 2003, s:62-71.
75. Kayacı M, Demirci H, Özbaşaran F. Kırsal Alanda Yaşayan Evli Kadınları Üreme Sağlığı Sorunları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Ankara, 19-22 Nisan 2007, s:265.
76. Eyüpoğlu A, Özar Ş, Tanrıöver HT. Kentlerde Kadınların İş Yaşamına Katılım Sorunlarının Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Boyutları, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
77. Özbek V, Koç F. Kırsal Alanda ve Kentlerde Yasayan Ailelerin Dayanıklı Tüketim Malları Satın Alma Kararlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Araştırma, *Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2009, 12(21): 139-156.

78. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması, Ankara, 2012, http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bedenagir_tr.pdf, (Son erişim tarihi: 10.01.2014).
79. World Health Statistics 2012, World Health Organization 2012, http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Full.pdf (Son erişim tarihi: 10.01.2014).
80. Türkiye Sağlık Araştırması, 2010, TÜİK. sf 50. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Full.pdf>(Son erişim tarihi: 10.01.2014).
81. Turan T, Ceylan S. 11-14 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Menstruasyona Yönelik Bilgileri ve Uygulamaları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007, 2(6): 15.
82. Erbil N, Karaca A, Kırırş T. Investigation of Premenstrual Syndrome and Contributing Factors Among University Students, TÜBİTAK, Turkish Journal of Medical Sciences, 2010, 40(4): 565-573.
83. Kırıcan N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012, 13(1): 19-25.
84. Oskay Ü, şahin N. Genç Kızların Perimenstrual Sorunları, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı Poster Bildiri, Ankara, 20-23 Nisan 2003, s:207.
85. Tezcan S, Bozbeyoğlu A. Düşükler ve Ölü Doğumlar, 2007, s:81-90.
86. Öztürk H, Okçay H. İstenmeyen Gebelikler ve İstemli Düşükler, Aile ve Toplum Dergisi, 2003, 6(2): 9-63.
87. Sevindik F, Açıık Y, Gülbayrak C, Akgün D. Elazığ İl Merkezinde Yaşayan Evli Kadınların İstemli Düşük Yapmak Amacıyla Uyguladıkları ve Bildikleri Geleneksel Yöntemler, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2007, 6 (5): 321-324.
88. Dereli Yılmaz S, Ege E, Akın B, Çelik Ç. 15-49 Yaş Kadınların Kürtaj Nedenleri ve Kontraseptif Tercihleri, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Dergisi, 2010, 18(3): 156-163.
89. Başaran BB, Güler C, Yentür GK ve Arkadaşları. T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No:917, Ankara, 2013.

90. Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Optimal Sezaryen Hızı Ne Olmalıdır Türkiye’de ve Dünyada Güncel Nedir?, TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, 2004, 7:113-117.
91. Şahin N. Seksio-Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009, 2(3): 94-97.
92. Yüksel A. Türkiye’de Artan Sezaryen Oranları; Ne Yapmalı?, 7. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Konuşma Özetleri, Ankara, 22-25 Nisan 2011.
93. Çetin E. Aydın Kent Merkezindeki Doğum Hizmetlerinde Anne Memnuniyetinin İncelenmesi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2013.
94. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
95. Kaya F, Serin Ö. Doğum Öncesi Bakımın Niteliği, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2008, 5(1): 28-35.
96. Kaya H, Tatlı H, Açık Y. Bingöl İli Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008, 22(4): 185-191.
97. Sak E, Evsen S, Sak S, Çaça F. Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Etkinliği ve Kadınların Eğitim Düzeyi: Güneydoğu Anadolu’da Bir İlçe Örneği, Dicle Tıp Dergisi, 2008, 35(4): 265-270.
98. Kavak B S. Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi Sarahatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’ne Başvuran Hastalara Uygulanan Kontraseptif Yöntemler ve Hastaların Demografik Özellikleri, Fırat Tıp Dergisi, 2009, 14(4): 250-253.
99. Kocaöz S, Peksoy S, Atabekoğlu C. Kadınların Gebelikten Önce Kullandığı ve Doğum Sonrası Dönemde Kullanmayı Tercih Ettiği Kontraseptif Yöntemler, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013, 2(1): 1-8.
100. Kara H. Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Üreme Hakları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.

101. Akyol U. Türk Toplumunda Premenstrüel Sendrom Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2000.
102. Atay O. Premenstrüel Sendrom: Yaygınlığı Ve Değerlendirilmesi, Sağlık Bakanlığı Taksim Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1996.
103. Coşkun A, Şahin NH, Kızılkaya N, Yıldız A. Kuştepe Mahallesi Kadınlarının Demografik Özellikleri ile Üreme Sağlığı Sorunlarını Belirleyen Epidemiyolojik Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2000, 10(3): 22-29.
104. Cronje WH, Studd JWW. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder, Prim Care Clin Office Pract 2002, 29(1): 1-13.
105. Erci B, Okanlı A, Kılıç D. Premenstrüel Sendromun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi. VII, Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Erzurum, 22-24 Haziran 1999, s:87-91.
106. Kızılkaya N. Perimenstrüel Distres ve Hemşirelik Yaklaşımı, Hemşirelik Bülteni 1994, 8(31): 84-90.
107. Kızılkaya N, Tuncel N. Perimenstrüel Şikayetlerin Hafifletilmesinde Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği. Hemşirelik Bülteni 1994, 8(32): 66-78.
108. Yağmur Y. Malatya İli Fırat Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Genital Hijyen Davranışları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Malatya, 2007, 6(5): 325-327.
109. Dalbudak S, Bilgili N. GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Genital Hijyen Davranışları ve Bu Davranışların Vajinal Enfeksiyona Etkisi, Gülhane Tıp Dergisi, 2013, 55: 281-287.
110. Şimşek E, Şimşek T. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Saray Tıp Kitapevi, İzmir, 1992, s:81-85.
111. Esin N, Bulduk S. Kadın Sağlığını Geliştirme Programı: Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulaması. 2. Uluslararası-9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 7-11 Eylül 2003, s:96.
112. Nazik E, Gülşen E. Kadında Disparoni ve Hemşirelik Yaklaşımı, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2011, 4(1): 212-217.

113. Doğan S. Vaginismus And Accompanying Sexual Dysfunctions In A Turkish Clinical Sample, *J Sex Med*, 2009, 6(1): 184-92
114. Esin N, Bulduk S. Kadın Sağlığını Geliştirme Programı: Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulaması, *Sted*, 2004, 13(7): 246- 248.
115. şimşek F, Özdemir YÖ, İncesu C, Karakoç B, Özkardeş S. Çoğul Disiplinli Bir Cinsel İşlev Bozuklukları Merkezine Başvuran 1002 Olgunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri, *Üroloji Bülteni*, 2003, 14(3): 137-144.
116. Dalbudak S, Bilgili N. GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Genital Hijyen Davranışları ve Bu Davranışların Vajinal Enfeksiyona Etkisi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2013, 55: 281-287.
117. Irmak H, Torunoğlu MA, Yardım N, Keklik K. Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 773, Ankara, 2013, s:18.
118. Çelik F. Çay (*Camellia Sinensis*); İçeriği, Sağlık Üzerindeki Koruyucu Etkisi ve Önerilen Tüketimi, *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2006, 26: 642-648.

EK I

KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

1. Yaşınız:
2. Boyunuz: Kilonuz:
3. Eğitim durumunuz
1) Okur-yazar değil 3) İlkokul mezunu 5) Lise/dengi okul mezunu
2) Okur-yazar 4) Orta okul mezunu 6) Üniversite mezunu
4. Eşinizin eğitim durumu
1) Okur-yazar değil 3) İlkokul mezunu 5) Lise/dengi okul mezunu
2) Okur-yazar 4) Orta okul mezunu 6) Üniversite mezunu
5. Şu an evde kimlerle yaşıyorsunuz? 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile
6. İlk adet yaşı:
7. Kaç yaşında evlendiniz:
8. İlk gebelik yaşı:
9. Toplam gebelik sayısı:
10. Düşük sayısı:
11. Kürtaj sayısı:
12. Yaşayan çocuk sayısı:
13. Ölü doğum sayısı:
14. Hiç gebe kalmadıysanız nedeni nedir?
1) Yeni evli 2) Çocukları olmuyor 3) Çocuk istemiyor 4) Diğer.....
15. Doğum yaptıysanız doğumunuzu nerede yaptınız? 1) Evde 2) Hastanede
16. Doğum yaptıysanız son doğum şekliniz nedir? 1) Normal 2) Sezaryen
17. Son gebeliğinizde kaç kez kontrole gittiniz?
1) Hiç gitmedim 2) 1-3 kez 3) 4-5 kez 4) 6-8 kez
18. Çocuğu olup sonradan gebe kalamama durumu: 1) Var 2) Yok

19. Adet öncesi dönemde ne gibi şikayetleriniz olur ?

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|
| 1) Şikayetim olmaz | 7) Dalgınlık | 12) İştahsızlık | 17) Karında şişme |
| 2) Huzursuzluk | 8) Alınganlık | 13) Bulantı-kusma | 18) Sivilceler |
| 3) Üzüntü | 9) Baş ağrısı | 14) Terleme | 19) Yorgunluk |
| 4) Sinirlilik | 10) Sırt ağrısı | 15) Kas ve eklem ağrısı | 20) Yalnız kalma isteği |
| 5) Kararsızlık | 11) Uykusuzluk | 16) İshal/Kabızlık | 21) El ve ayakta şişme |
| 6) Göğüslerde gerginlik ve hassasiyet | | | |

20. Bu şikayetleri ne sıklıkla yaşarsınız ? 1) Her ay 2) 2-3 ayda bir 3) Ara sıra

21. Adetiniz bittikten sonra da bu şikayetleriniz devam eder mi? 1) Evet 2) Hayır

22. Adetleriniz düzenli midir? 1) Evet 2) Hayır

23. Adetliyken ne gibi şikayetleriniz olur ?

- | | | |
|--------------------|----------------|---------------------------|
| 1) Şikayetim olmaz | 5) İştahsızlık | 9) Bulantı-kusma |
| 2) Ağrı | 6) İshal | 10) Bayılma |
| 3) Terleme | 7) Baş dönmesi | 11) Dikkatini toplayamama |
| 4) Yorgunluk | 8) Baş ağrısı | 12) Diğer:..... |

24. Hayatınızın herhangi bir döneminde ped/bez kullanmanızı gerektirecek kadar akıntınız oldu mu? 1) Hayır

2) Evet (Bu durumda ne yaptınız ? Açıklayınız.....)

25. Cinsel ilişki sırasında ağrınız olur mu? 1) Evet 2) Hayır

26. Cinsel ilişkiden sonra kanamanız olur mu ? 1) Evet 2) Hayır

27. Adet dışı ara kanamalarınız olur mu? 1) Evet 2) Hayır

28. İç üreme organlarınızda aşağıya doğru bir sarkma hissediyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

29. Şu an gebelikten korunmak için bir yöntem kullanıyor musun? 1) Evet 2) Hayır

30. Cevabınız evet ise hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 1) Sıpiral | 4) 3 aylık iğne | 7) Tüplerimi bağlattım |
| 2) Doğum kontrol hapı | 5) 1 aylık iğne | 8) Haznemin içini yıkarım |
| 3) Prezervatif (Kılıf,kondom) | 6) Eşim korunuyor (geri çekme) | 9) Diğer: |

31. İstmeden idrar kaçırdığınız olur mu? 1) Evet 2) Hayır

- 32. Cevabınız evet ise hangi durumlarda idrar kaçırsınız?**
- 1) Fiziksel hareket, gülme, öksürme, hapşırma sırasında
 - 2) Ani idrar yapma hissiyle birlikte tuvalete yetişemeden
 - 3) Her iki durum da idrar kaçırmama neden oluyor
 - 4) Bunların dışında farklı durumlarda (Açıklayınız:
- 33. Kadınlarda zaman zaman değişiklikler gösteren bir akıntı olması normal midir?**
- 1) Evet
 - 2) Hayır
 - 3) Bilmiyorum
- 34. Son bir yıl içinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanına gittiyseniz sebebiniz neydi?**
- 1) Gitmedim
 - 2) Kontrol için
 - 3) Çok akıntım olduğu için
 - 4) Ağrım olduğu için
 - 5) Kanamam fazla olduğu için
 - 6) Adet düzensizliğim olduğu için
 - 7) Menopoza girdiğim için
 - 8) Diğer.....
- 35. Devamlı ilaç kullanmanızı gerektiren herhangi bir sağlık sorunuz var mı?**
- 1) Hiçbir sağlık sorunuz yok
 - 2) Hipertansiyon
 - 3) Diyabet
 - 4) Yüksek kolesterol
 - 5) Mide rahatsızlıkları/ülser
 - 6) Diğer.....
- 36. Sigara içiyor musunuz?** 1) Hayır 2) Evet (.....adet/gün)
- 37. Günde ortalama kaç bardak su içersiniz?** (..... bardak/ gün)
- 38. Günde ortalama kaç bardak çay içersiniz?** (..... bardak/ gün)
- 39. Kronik (devamlı) kabızlık şikayetiniz var mı?** 1) Var 2) Yok
(Haftada kaç kez büyük abdeste çıkarsınız:

EK II

KADIN SAĞLIĞI BİLGİ TESTİ (ÖN TEST)

1. Kadın dış üreme organları nelerdir? (5 puan)
.....
2. Kadın iç üreme organları nelerdir? (4 puan)
.....
3. Normal adet süresi kaç gündür? (2 puan)
4. Tek eşlilik neden önemlidir? (4 puan).
.....
5. Erkek iç ve dış üreme organlarından hangilerini biliyorsunuz? (5 puan)
.....
6. Kadınlar için normal olan akıntıyı hastalık akıntısından nasıl ayırt edersiniz? (4 puan)
.....
7. Üreme organlarımızı enfeksiyonlardan korumak için neler yapmalıyız? (5 puan)
.....
8. Kadınların kullandığı gebelikten korunma yöntemleri hangileridir? (4 puan)
.....
9. Erkeklerin kullandığı gebeliği önleme yöntemleri hangileridir? (3 puan)
.....
10. Üreme organ kanserlerinin erken dönemde teşhis edilebilmesi için neler yapılmalıdır?
(4 puan)
11. Meme kanserini erken dönemde belirleyebilmek için neler yapılmalıdır? (3 puan)
.....
12. Kabızlığı önlemek için neler yapılmalıdır? (4 puan)
.....
13. Karnın alt kısmındaki kaslarını korumak ve kuvvetlendirmek için neler yapılmalıdır?
(5 puan)
.....

14. Aşağıda üreme sağlığı ilgili bazı bilgiler verilmiştir. Bu bilgileri dikkatle okuduktan sonra doğru bulduklarınızın önüne (X) işareti koyunuz. (30 puan)

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Aile planlaması, çiftlerin istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasıdır.		
2. 18 yaşından küçük 35 yaşından büyük kadınlarda gebelik tehlikelidir.		
3. Gebeliği önleyici hap kullanımının, kansızlığa, ağrılı adete, yumurtalık ve rahim kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.		
4. Gebelikten korucu iğnelerin 1 aylık ve 3 aylık koruma sağlayan iki ayrı çeşidi vardır.		
5. Spiral, kansızlığı önler ve adeti düzenli hale getirir.		
6. Spiral kullanan kadınlarda kilo artışı görülür.		
7. Geri çekme güvenilir bir yöntemdir.		
8. Geri çekme yöntemiyle korunan eşlerde yanlışlıkla hazneye boşalma olmuşsa, gebe olmamak için bir aile planlaması merkezinden yardım alınabilir.		
9. Kadın tüplerinin bağlanmasından sonra istediği zaman çocuk sahibi olabilir.		
10. Erkekler, tohum kanalları bağlandığı andan sonra gebeliğe neden olmazlar.		
11. Günümüzde kadınların kullanması için özel korunma kılıfları hazırlanmıştır.		
12. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için her ilişki sırasında kondom kullanılmalıdır.		
13. Erkeklerin kullandığı kılıflar takılmadan önce mutlaka kontrol edilmelidir.		
14. Emziren tüm kadınlar emzirdiği sürece gebelikten korunur.		
15. Kadında yumurta hücresi atıldıktan sonra 3 gün gebe kalabilir.		

15. Aşağıdaki seçeneklerden size uygun olana (X) işareti koyunuz. (18 puan)

	Daha önce duydu mu?	Kullandı mı?/ Yaptırdı mı?	Kullanmayı/yaptırmayı düşünüyor mu?
Acil Kontrasepsiyon	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kendi kendine meme muayenesi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Mamografi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kendi kendine vulva muayenesi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Pap smear testi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kegel egzersizi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

EK III

KADIN SAĞLIĞI BİLGİ TESTİ (SON TEST)

1. Kadın dış üreme organları nelerdir? (5 puan)
.....
2. Kadın iç üreme organları nelerdir? (4 puan)
.....
3. Normal adet süresi kaç gündür? (2 puan)
4. Tek eşlilik neden önemlidir? (4 puan)
5. Erkek iç ve dış üreme organlarından hangilerini biliyorsunuz? (5 puan)
.....
6. Kadınlar için normal olan akıntıyı hastalık akıntısından nasıl ayırt edersiniz? (4 puan)
.....
7. Üreme organlarımızı enfeksiyonlardan korumak için neler yapmalıyız? (5 puan)
.....
.....
8. Kadınların kullandığı gebelikten korunma yöntemleri hangileridir? (4 puan)
.....
.....
9. Erkeklerin kullandığı gebeliği önleme yöntemleri hangileridir? (3 puan)
.....
10. Üreme organ kanserlerinin erken dönemde teşhis edilebilmesi için neler yapılmalıdır?
(4 puan)
11. Meme kanserini erken dönemde belirleyebilmek için neler yapılmalıdır? (3 puan)
.....
12. Kabızlığı önlemek için neler yapılmalıdır? (4 puan)
.....
13. Karnın alt kısmındaki kaslarını korumak ve kuvvetlendirmek için neler yapılmalıdır?
(5 puan)

14. Aşağıda üreme sağlığı ilgili bazı bilgiler verilmiştir. Bu bilgileri dikkatle okuduktan sonra doğru bulduklarınızın önüne (X) işareti koyunuz. (30 puan)

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Aile planlaması, çiftlerin istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasındır.		
2. 18 yaşından küçük 35 yaşından büyük kadınlarda gebelik tehlikelidir.		
3. Gebeliği önleyici hap kullanımının, kansızlığa, ağrılı adete, yumurtalık ve rahim kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.		
4. Gebelikten korucu iğnelerin 1 aylık ve 3 aylık koruma sağlayan iki ayrı çeşidi vardır.		
5. Spiral, kansızlığı önler ve adeti düzenli hale getirir.		
6. Spiral kullanan kadınlarda kilo artışı görülür.		
7. Geri çekme güvenilir bir yöntemdir.		
8. Geri çekme yöntemiyle korunan eşlerde yanlışlıkla hazneye boşalma olmuşsa, gebe olmamak için bir aile planlaması merkezinden yardım alınabilir.		
9. Kadın tüplerinin bağlanmasından sonra istediği zaman çocuk sahibi olabilir.		
10. Erkekler, tohum kanalları bağlandığı andan sonra gebeliğe neden olmazlar.		
11. Günümüzde kadınların kullanması için özel korunma kılıfları hazırlanmıştır.		
12. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için her ilişki sırasında kondom kullanılmalıdır.		
13. Erkeklerin kullandığı kılıflar takılmadan önce mutlaka kontrol edilmelidir.		
14. Emziren tüm kadınlar emzirdiği sürece gebelikten korunur.		
15. Kadında yumurta hücresi atıldıktan sonra 3 gün gebe kalabilir.		

15. Aşağıdaki seçeneklerden size uygun olana (X) işareti koyunuz. (18 puan)

	Daha önce duydu mu?	Kullandı mı?/ Yaptırdı mı?	Kullanmayı/yaptırmayı düşünüyor mu?
Acil Kontrasepsiyon	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kendi kendine meme muayenesi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Mamografi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kendi kendine vulva muayenesi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Pap sear testi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kegel egzersizi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

Şu an gebelikten korunmak için bir yöntem kullanıyor musun?

1) Evet

2) Hayır

Cevabınız evet ise hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

1) Sipiral

4) 3 aylık iğne

7) Tüplerimi bağılattım

2) Doğum kontrol hapi

5) 1 aylık iğne

8) Haznemin içini yıkarım

3) Prezervatif (Kılıf,kondom)

6) Eşim korunuyor (geri çekme)

9) Diğer:

Son 3 ay içinde kontrol için kadın hastalıkları ve doğum uzmanına gittiniz mi?

1) evet

2) hayır

Günde ortalama kaç bardak su içersiniz? (..... bardak/ gün)

Günde ortalama kaç bardak çay içersiniz? (..... bardak/ gün)

Kronik (devamlı) kabızlık şikayetiniz var mı?

1) Var

2) Yok

EK IV

EVLİ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU TUTUMLARINI BELİRLEME ÖLÇEĞİ (ÜSBÖ)

Aşağıda üreme sağlığınıza korumaya yönelik tutumlarınızla ilgili ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeye sizin için en uygun olan cevabı vermeye ve boş bırakmamaya özen gösteriniz. Her bir ifadenin karşısında ve size uygun olan seçeneğin altında bulunan kutucuğun içini X şeklinde işaretleyiniz.

Size verilen ölçek üzerine adınızı yazmayınız. Cevaplarınız gizli tutulacak, hiç kimse neyi işaretlediğinizi bilmeyecektir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

	Hiç bir zaman	Nadiren (Çok seyrek)	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman / Düzenli
1. Kadın sağlığı ilgili çeşitli kitap, dergi ve gazete haberi okurum.					
2. Tuvalete girmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkarım.					
3. Tuvaletten çıktıktan sonra ellerimi su ve sabunla yıkarım.					
4. Adetliyken banyo yaparım.					
5. Halka açık yerlerde klozet tipi tuvaletlere otururum.					
6. Külotumu değiştirmek için kirlenmesini beklemem, her gün değiştirmeye özen gösteririm.					
7. Dış üreme organlarımı kuru tutmak için taharetlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurularım.					
8. Külotumun pamuklu kumaştan yapılmış olmasına dikkat ederim.					
9. Külotlarımı ütülerim.					
10. Yüzmeye gittiğimde, zorunlu kalırsam, arkadaşımın mayosunu giyebilirim.					
11. Evdeki tuvalet, banyo ve lavaboların temizliğinde çamaşır suyu gibi mikrop öldürücü maddeler kullanırım.					
12. Taharetlenmeyi idrar yaptığım bölgeden büyük abdestimi yaptığım bölgeye doğru yaparım.					
13. Alışılmış miktardan fazla akıntım olursa hemen doktora giderim					
14. Kötü kokulu akıntım olursa hemen doktora giderim.					

	Hiç bir zaman	Nadiren (Çok seyrek)	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman / Düzenli
15. Üreme organlarımda kaşıntı olursa hemen doktora giderim.					
16. Akıntıyla ilgili bir şikayetim olsa da utandığım için doktora gitmem.					
17. Akıntım için doktora gidersem doktorun verdiği tedaviyi sonuna kadar eksiksiz uygularım.					
18. Adetliken kullandığım ped veya bezi 3-4 saatte bir değiştiririm.					
19. Hazneme herhangi bir ilaç uygulamam gerekirse önce ellerimi yıkarım.					
20. Şikayetim olmasa da her yıl düzenli olarak kadın hastalıkları doktoruna muayene olurum.					
21. Yılda bir kez kontrol amacıyla akıntı örneği aldırırım.					
22. Şikayetim olmasa da meme muayenesi yaptırmak için doktora giderim.					
23. Her ay kendi kendime meme muayenesi yaparım.					
24. Adet kanaması dışında ara kanamam olursa hemen doktora giderim.					
25. Kürtaj olmam gerekirse hastaneye/doktora giderim					
26. İstemediğim bir gebelikten korunmak için sağlık personelinde (doktor, ebe, hemşire) bilgi alırım.					
27. Gebe kalmamak için etkili bir yöntem (doğum kontrol hapsi, spiral, prezervatif, tüplerin bağlanması) kullanırım.					
28. İstemediğimiz bir gebelikten korunmak için eşimin korunması (geri çekme) yeterlidir.					
29. Hazne akıntımı izleyerek hangi günlerde gebe kalacağımı anlayabilirim.					
30. Adetimin ilk gününü unutmamak için her ay takvim üzerinde işaretlerim.					
31. Adetliken ayaklarımı sıcak tutmaya özen gösteririm.					
32. Hazne, idrar yolu ve makat çevresindeki kaslarımı güçlendirmek için bu kasları kasıp gevşetme şeklinde egzersiz yaparım.					
33. İdrarımı yaparken ağrı, sızı, yanma gibi şikayetlerim olursa doktora giderim.					
34. Günde en az 6-8 bardak su içerim.					
35. İdrarım geldiğinde hemen tualete giderim.					
36. Kabız olmamaya özen gösteririm.					
37. Cinsel ilişkide sırasında, bulaşıcı hastalıklardan korunmak için prezervatif (kılıf) kullanmanın gerekli olduğuna inanırım.					
38. Cinsel ilişki sırasında kuruluk ve ağrı olursa, kayganlaştırıcı kremler kullanırım.					
39. Cinsel ilişki sırasında ağrı ve kanamam olursa hemen doktora giderim.					

EK V

ÜREME SAĞLIĞI AKRAN EĞİTİM MODÜLÜ

Eğitim Programının Tanımı:

Bu eğitim programı, kırsal alanda yaşayan 15-49 yaş kadınların üreme sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik bilgi, beceri ve tutum kazanmalarını sağlamak amacıyla düzenlenmiştir.

Eğitim Programının Hedefleri:

- Kadınların üreme sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik tutumlarını olumlu yönde etkilemek,
- Kadının kendi vücudunu, özellikle üreme organlarını tanımasını sağlamak,
- Kadının istenmeyen gebeliklerden korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olması ve etkili bir yöntem kullanmaya başlamasını sağlamak,
- Kadını üreme organ kanserlerinden korunmada alınması gereken önlemler konusunda bilgi ve beceri kazandırmak,
- Üreme organ kanserlerinde erken tanının önemini vurgulamak ve yıllık jinekolojik muayenelere düzenli gitme davranışı kazandırmak,
- Meme kanserlerinde erken tanıyı önemini vurgulamak ve kendi kendine meme muayenesi yapabilme bilgi ve becerisi kazandırmak,
- Kadının üreme sağlığını, doğrudan ya da dolaylı etkileyen genel sağlık davranışlarını öğrenmesi ve bu konuda olumlu davranış geliştirmesini sağlamak.

Öğrenim Hedefleri:

Katılımcılar bu eğitim programını tamamladıklarında:

- Kadın ve erkek üreme organlarını sayabilecek ve işlevlerini anlatabilecektir.
- Kendi vücudunu tanıyabilecek ve üreme organlarının yerini gösterebilecektir.
- Genital yol enfeksiyonlarından korunmak için yapması gerekenleri anlatabilecektir.
- İstenmeyen gebelikten korunma yöntemlerini öğrenecek ve kendisine uygun bir yöntem seçimine karar verebilecektir.
- Üreme organ kanserlerinden korunmak için risk faktörlerini tanımlayabilecek ve yapması gerekenleri sayabilecektir.
- Üreme organ kanserlerinde erken tanı için yıllık jinekolojik muayene yaptırma bilinci kazanacak ve önemini tanımlayabilecektir.
- Meme kanserlerinde erken tanının önemini kavrayacak ve bu amaçla her ay kendi kendine meme muayenesi yapabilecektir.

- Üreme sağlığını etkileyen genel sağlık davranışlarını sıralayacak ve önemini açıklayabilecektir.
- Pelvik taban kaslarını korumak ve güçlendirmek için egzersiz yapmayı öğrenecek ve bunu davranışa dönüştürebilecektir.

Eğitim/Öğrenim Yöntemleri:

- Sunum
- Slayt gösterimi (Power Point Sunu)
- Soru-cevap
- Beyin fırtınası

Eğitim Gereçleri:

- Bilgisayar
- Kontraseptif Yöntem Örnekleri (RİA, kondom, oral kontraseptif vb.)
- Sağlık Bakanlığı Resimli Aile Planlaması Rehberi
- Çeşitli kitap ve broşürler.

Katılımcı Seçim Kriterleri:

Araştırmaya alınma kriterleri;

- 15-49 yaş grubunda olan,
- Okuma-yazma bilen,
- Evli ve cinsel yönden aktif olan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar

Eğitimin verilecek kadınlar, akran eğitimi kriterlerine uygun olarak her 10 kadın için 1 akran eğitimcisi kadın seçilmiştir. Akran eğitimcileri; bölgede tanınan, sosyal yönü gelişmiş, konuşmayı seven, araştırma kapsamında eğitim almaya istekli ve zaman sıkıntısı olmayan kadınlardan seçilmiştir.

Katılımcı Değerlendirme Yöntemleri:

- Ön Değerlendirme Anketi
- Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği
- Bilgi Testi

Akran Eğitim Programının Süresi

- 3 gün içinde 6 oturum (30 dakika)

Akran Eğitim Programının Zamanı

- 10 Temmuz – 13 Temmuz 2013 Saat: 12: 00 -13: 00

Akran Eğitim Programının Yeri

- Kütahya Çobanköy Sağlık Evi


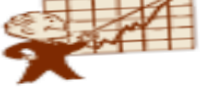


ÜREME SAĞLIĞI AKRAN EĞİTİMİ İÇERİK PLANI

AKIŞ	YÖNTEM	İÇERİK	SÜRE
I.GÜN (1. OTURUM) KONU: ÜREME ORGANLARI VE CİNSEL SAĞLIK			
<p>Açılış</p> <p>Katılımcılara “Neden Kadın Sağlığı?” sorusu sorulur ve cevapları doğrultusunda kadın sağlığının önemi anlatılır. Programın amacı ve programı tamamladıktan sonra eğitim programının içeriği özetlenir.</p> <p>Katılımcılara kendi üreme organlarını ne kadar tanıdıkları sorularak konuya giriş yapılır. Kadın üreme organları, adet ve premenstürel sendrom (PMS) anlatılır.</p>	<p>Sunum</p> <p>Soru - cevap</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neden kadın sağlığı ▪ Eğitim programının amacı ▪ Kadın üreme organları ve işleyişi ▪ Adet döngüsü ve adet kanaması ▪ PMS ve davranışsal tedavi yöntemleri 	30 dakika
I. GÜN (2. OTURUM) KONU : GEBELİĞİN OLUŞUMU VE ÜREME ORGANLARININ ENFEKSİYONU			
<p>Gebeliğin nasıl oluştuğu ve erkek üreme organlarının yapı ve işleyişi anlatılır.</p> <p>Katılımcılardan daha önce akıntı şikayetleri olup olmadığı sorularak konuya giriş yapılır. Akıntıları olduysa bu akıntının özellikleri nasıldı ve neler yaptıkları sorulur. Daha sonra normal akıntının özellikleri ve adet döngüsü içinde gösterdiği değişiklikler anlatılır.</p> <p>Üreme organ enfeksiyonlarından korunmak için neler yapılmalı? şeklinde bir soru sorularak tartışma ortamı yaratılır. Anormal akıntı durumunda tedavi, katılımcıların deneyimleri de alınarak anlatılır. Enfeksiyonların kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri anlatılır. Günün değerlendirilmesi yapılır.</p>	<p>Sunum</p> <p>Soru - cevap</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gebelik nasıl oluşur? ▪ Erkek üreme organları ve işleyişi ▪ Normal vajinal akıntının özellikleri ve normalden sapmalar ▪ Üreme organ enfeksiyonlarının nedenleri ▪ Bu enfeksiyonlarının kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri ▪ Üreme organ enfeksiyonlarından korunma 	30 dakika

AKIŞ	YÖNTEM	İÇERİK	SÜRE
II. GÜN (1. OTURUM) KONU: AİLE PLANLAMASI			
ISINMA Katılımcılara, istenmeyen gebeliklerden korunmanın önemi anlatılarak konuya giriş yapılır. Katılımcılara bildikleri korunma yöntemleri sorulur. Daha sonra, kadınların kullandığı gebelikten korunma yöntemleri sırayla sayılır ve sadece günümüzde yaygın kullanılan yöntemler hakkında açıklayıcı bilgiler verilir. Erkeklerin kullandığı gebeliği önleyici yöntemlerin neler olduğu sorulur. Erkeklerin kullandıkları yöntemler anlatılır. Acil kontrasepsiyon ve aile planlaması hizmetlerine ulaşabilecekleri yerler anlatılır. Oturum sonunda Aile planlaması broşürü dağıtılır.	Soru – cevap Sunum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riskli gebelik durumları ve anne üzerine etkisi ▪ Kadınların kullandığı gebelikten korunma yöntemleri ▪ Erkeklerin kullandığı gebelikten korunma yöntemleri ▪ Acil kontrasepsiyon ▪ Aile planlaması hizmetleri nerelerde sunulmaktadır? 	30 dakika
II. GÜN (2. OTURUM) KONU: ÜREME ORGANLARINDA GÖRÜLEN KANSERLER			
Katılımcılara konuya girişte hatırlatmak amacıyla kadın üreme organlarının neler olduğu sorulur ve sıralamaları istenir. Üreme organ kanserlerine yakalanmayı kolaylaştıran durumlar nelerdir? sorusu sorulur. Bu kanserlerden korunmak için neler yapmalıyız? şeklinde bir soruyla konuya girilir. KKVM ve önemi anlatılır. Daha önce jinekolojik muayene olan var mı? Varsa neler hissetmiş? Kadınların düşünceleri alındıktan sonra jinekolojik muayenenin nasıl yapıldığı konusunda bilgi verilir. Pap Smear Testi yaptıran olmuş mu? sorulur ve testin nasıl yapıldığı anlatılır. Günün değerlendirilmesi yapılır.	Soru – cevap Sunum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Üreme organ kanserlerinde risk faktörleri ▪ Üreme organ kanserlerinden korunma ▪ Kendi Kendine vulva muayenesi (KKVM) ▪ Jinekolojik muayene nedir ve nasıl yapılır? ▪ Pap Smear Testi 	30 dakika

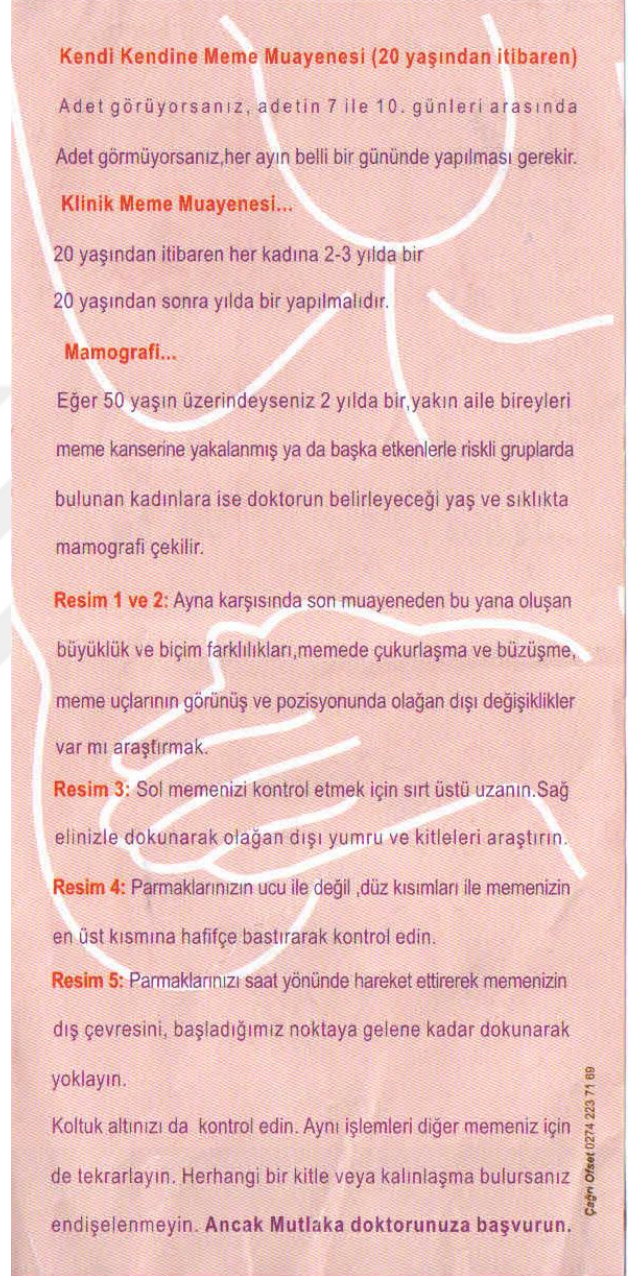
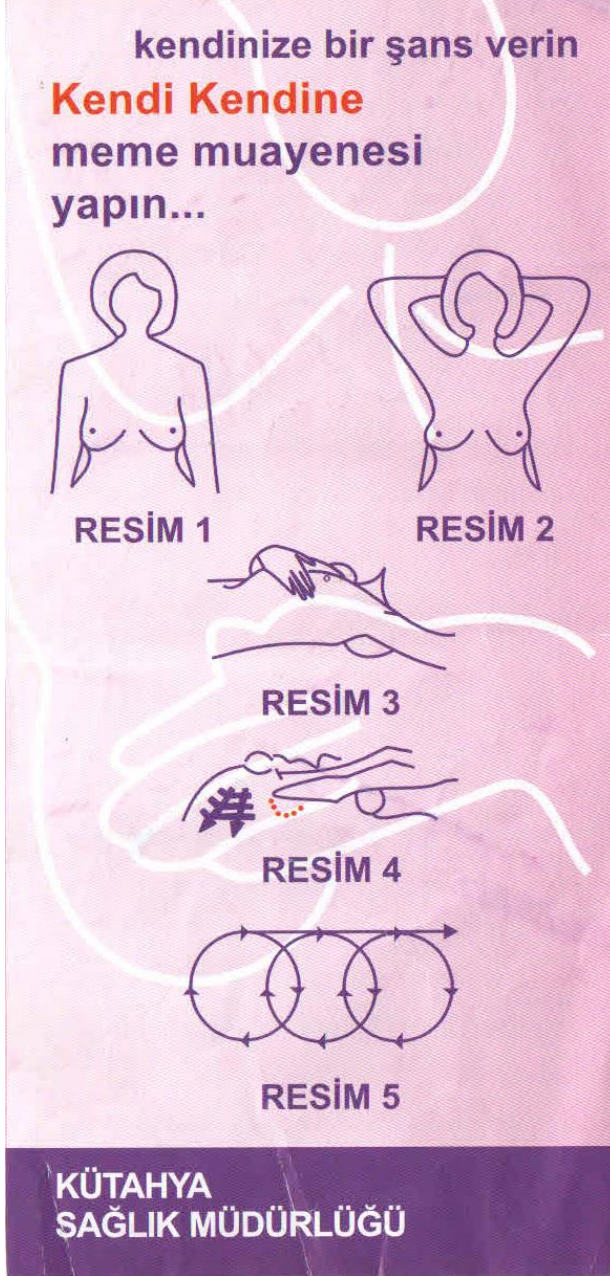
AKIŞ	YÖNTEM	İÇERİK	SÜRE
III. GÜN (1. OTURUM)			
KONU: MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (KKMM)			
‘Hiç meme kanseri olan bir tanıdığınız oldu mu? Neler yaşadınız?’ şeklinde bir soruyla konuya giriş yapılır. Meme kanserinde yakalanmayı kolaylaştıran durumların neler olduğu sorulur ve cevaplar doğrultusunda meme kanserinden korunmada değiştirilebilir risk faktörleri kontrolünün nasıl yapılacağı anlatılır. Katılımcılara, meme kanserinin erken tanısında neler yapmaları gerektiği konusundaki görüşleri sorulur. Meme kanserinde erken tanının önemi vurgulanır ve kendi kendine meme muayenesi yapan var mı? Neden meme muayenesi yapılmalıdır? sorularak kadınlara düşen görevler anlatılır. Oturum sonunda, KKMM’sinin nasıl yapıldığını anlatan yazılı bir materyal dağıtılır.	Sunum Soru - cevap	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meme kanserinde risk faktörleri, ▪ Meme kanserinden korunma, ▪ Meme kanserinde erken tanı, ▪ Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), ▪ Klinik Meme Muayenesi (KMM), ▪ Mamografi 	30 dakika
III. GÜN (1. OTURUM)			
KONU: KADIN SAĞLIĞINI KORUMAYA YÖNELİK GENEL SAĞLIK DAVRANIŞLARI			
Katılımcılara, genel sağlık davranışlarının üreme sağlığı üzerine ne gibi etkileri olabileceği sorulur. Alınan cevaplardan yola çıkılarak konuya giriş yapılır. Üriner inkontinans ve barsak davranışları hakkında bilgi verilir. Alt karın kasları egzersizi anlatıldıktan sonra katılımcılara uygulama yaptırılır. Oturum sonunda alt karın kasları egzersizlerinin yararları ve nasıl yapıldığını anlatan yazılı bir materyal dağıtılır. Eğitim programının değerlendirilmesi yapılır. Anlatılan tüm konular başlıklar halinde tekrarlanır ve sormak istedikleri sorular varsa cevaplanır. Kapanış.	Soru – cevap Sunum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadın sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları ▪ Üriner inkontinans sorununa yönelik öneriler ▪ Barsakların düzenli çalışmasını sağlamaya yönelik öneriler ▪ Kadınlar için alt karın kasları egzersizleri nasıl uygulanır ? ▪ Alt karın kasları neden güçsüzleşir? ▪ Alt karın kasları egzersizin yararları. 	30 dakika

EK VI**AKRAN REHBERİ EĞİTİMİ KURS PROGRAMI (3 Gün Süreyle 30 dakikalık 6 oturum)**

1.GÜN		2.GÜN	3.GÜN
1. OTURUM		1. OTURUM	1. OTURUM
<ul style="list-style-type: none">❖ Kadın üreme sağlığı eğitim programının amacı❖ Kadın üreme organları ve işleyişi❖ Dış üreme organları❖ İç üreme organları❖ Adet döngüsü ve adet kanaması❖ PMS ve davranışsal tedavi yöntemleri		<ul style="list-style-type: none">❖ Aile planlaması nedir?❖ Riskli gebelik durumları ve anne üzerine etkisi❖ Kadınların kullandığı gebelikten korunma yöntemleri❖ Erkeklerin kullandığı gebelikten korunma yöntemleri❖ Acil kontrasepsiyon <p>Aile planlaması hizmetleri nerelerde sunulmaktadır?</p>	<ul style="list-style-type: none">❖ Meme kanserinde risk faktörleri❖ Meme kanserinde uyarıcı belirtiler❖ Meme kanserinden korunma❖ Meme kanserinde erken tanı❖ Kendi kendine meme muayenesi❖ Mamografi 
2. OTURUM		2. OTURUM	2. OTURUM
<ul style="list-style-type: none">❖ Gebelik nasıl oluşur?❖ Erkek üreme organları ve işleyişi❖ Normal vajinal akıntının özellikleri ve normalden sapmalar❖ Üreme organ enfeksiyonlarının nedenleri❖ Bu enfeksiyonların kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri❖ Üreme organ enfeksiyonlarından korunma		<ul style="list-style-type: none">❖ Üreme organ kanserlerinde risk faktörleri❖ Üreme organ kanserlerinden korunma❖ Kendi kendine vulva muayenesi (KKVM)❖ Jinekolojik muayene nedir ve nasıl yapılır?❖ Pap Smear testi	<ul style="list-style-type: none">❖ Kadın sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları❖ İdrar kaçırma sorununa yönelik öneriler❖ Barsakların düzenli çalışmasını sağlamaya yönelik öneriler❖ Alt karın kasları egzersizleri<ul style="list-style-type: none">- Alt karın kasları neden güçsüzleşir?- Bu egzersizin yararları- Egzersiz nasıl uygulanır?

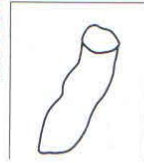
EĞİTİM YERİ: ÇOBANKÖY SAĞLIK EVİ**SAAT: 12:00 - 13:00****EĞİTİMCİ: Ebe HİKMET BAYKARA**

EK VII. Eğitimde Kullanılan Broşürler



GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLER Erkeğe Ait Yöntemler

Kondom:



Erkekler tarafından kullanılan, bir çeşit kauçuktan yapılan esnek kılıftır.

Cinsel ilişki sırasında erkekten çıkan meni ve içindeki tohum ürelerinin hazneye dökülmesini engeller.

Yüksek gebelikten hem de Cinsel İhtilal Bulaşan Enfeksiyonlardan ve HIV/AIDS'ten korur.

Erkeğin rahim ağzı kanserine yakalanma riskini azaltır.

Cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır.

Erkek Tohum Kanallarının Bağlanması:



Çiftlerin ortak kararı ile erkekte tohum kanallarının gönüllü olarak bağlatılmasıdır.

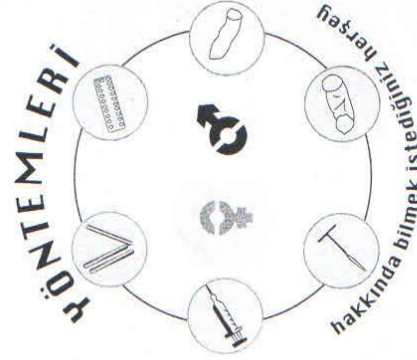
Böylece erkek tohum hücreleri meniye geçemez, kadın yumurtasını döleyemez ve gebelik oluşmaz.

Geri dönüşü yoktur.

Erkeğin cinsel isteğini, serleşmesini, boşalmasını yani cinsel hayatını hiç bir şekilde etkilemez.

Aile Planlaması

	HANGİSİ?	



Tüm bu yöntemlere

- ↑ hastane ve doğum evlerindeki aile planlaması klinikleri
- ↑ ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri
- ↑ ve sağlık ocaklarından ulaşabilirsiniz.

"Ayrıca, aile planlaması konusunda "danışmanlık hizmetleri" atabilirsiniz.



Kondom kullandıktan

sonra delik olduğu anlaşılırsa veya korumasız cinsel ilişki yaşanırsa, "Acil Kontrasepsiyon için", 72 saat içinde en yakın sağlık

GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLER

Kadına Ait Yöntemler

AİLE PLANLAMASI NEDİR?

Ailelerin istedikleri zaman kabilecekleri sayıda çocuk sahibi olması, çocuğu olamaynlara da çocuk gibi olması konusunda yardımcı inmasıdır.

planlamasının amacı, ailenin ılığını korumak ve onların mutlu amalarını sağlamaktır.

nenin yaşı 18'in altında veya 35'in ünde ise, gebelikler arasında ılda daha az bir süre geçmişse gebelik sayısı 4 ve 4'ün üzerinde bu gebelikler anne ve çocuk sağlığı sından risklidir.

bu riskli gebeliklerin önlenmesi

"Modern Kontraseptif ebeliği Önleyici) Yöntemlerin lanılması gerekir.

Gebeliği önleyici hap, iğne, implant, hormon içeren spiral takılmadan önce kadına mutlaka meme muayenesi yapılmalıdır.

endi kendine meme muayenesi öğretilmeli ve her adet kanamasından sonra bir muayeneyi kadın kendisi yapmalıdır.

Gebeliği Önleyici Haplar



Yumurtlamayı engelleyerek gebelikten korur. Doğru kullandığında koruyuculuğu yüksektir. Her gün 1 tane alınır, 21 hap bittikten sonra 7 gün ara verilip yeni kutuya başlanır. 2 gün üst üste unutulunca mutlaka bir sağlık kuruluşuna gidin. Birakıldığında tekrar gebe kalınır. Rahim ve yumurtalık kanserine karşı koruyucudur.

Gebeliği Önleyici İğneler



Yumurtlamayı engelleyerek gebelikten korur. Aylık ve 3 aylık olarak kullanılır. Koruyuculuğu yüksektir. Rahim ve yumurtalık kanserine karşı koruyucudur. Yöntem bırakıldığında gebe kalmak için bir süre geçmesi gerekir. Özellikle 3 aylık iğnelerde adet düzensizlikleri, genellikle de adetten kesilme görülür.

Tüplerin Bağlanması



Çiftlerin ortak kararı ile kadında yumurtayı taşıyan tüplerin (kordonların) göntülü olarak bağlatılmasıdır. Böylece kadın yumurtta hücreleri ile erkek tohum hücreleri birleşemez ve gebelik oluşmaz. Geri dönüşü yoktur. Kadının cinsel hayatını ve adet düzenini etkilemez.

Rahim İçi Araç (Spiral)



Rahmin içine yerleştirilen bir araçtır. Koruyuculuğu yüksek bir yöntemdir, 10 yıl süreyle korur. Kadın yumurtta hücrelerinin erkek tohum hücreleri tarafından döllenmesini ve rahme yerleşmesini

Kadın Kondomu



Kadının kullandığı ince poliüretandan yapılmış esnek bir kliftir. Cinsel ilişkiiden önce hazneye yerleştirilir. İlişki sırasında meni ve içindeki erkek tohum hücrelerinin hazneye dökülmesini engeller.

Kola Takılan Çubuk (Implant)



Kolda cilt altına yerleştirilir, hormon içeren tek veya iki çubuktan oluşur. 3 yıl koruyuculuğu vardır. Yumurtlamayı engelleyerek gebelikten korur.

Genital Hijyeni Korumanın 10 Altın Kuralı

1. Vajinanın içi yıkanmamalıdır.
2. Tuvalet sonrası temizlikte temizliğin önden arkaya (vajinadan anüse doğru yapılması) çok önemlidir.
3. Genital bölgenin kuru kalması önemlidir.
4. İlişki sonrasında ve diğer tüm zamanlarda idrar yapma ihtiyacı ortaya çıktığında ertelenmemelidir.
5. Tam hazır olunmadan (yeterli kayganlık oluşmadan) ilişkiye başlanmamalıdır.
6. Adet kanaması döneminde sık ped değiştirilmelidir.
7. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) açısından risk altında olan biriyle cinsel ilişkiye girdiğinizde eşinizin prezervatif kullanmasını istemek sizin en doğal hakkınızdır.
8. Genital temizlikte dikkat edilmelidir.
9. Tuvalet hijyenine dikkat edilmelidir.
10. Her kadın düzenli olarak Jinekolojik Muayeneden geçmeli ve PAP SMEAR testi yaptırmalıdır. Belirti ve bulgulara duyarlı olmalıdır.

KABIZLIĞIN ÖNLENMESİ

- ❖ Güne 1 bardak ılık limonlu su ile başlayın. Günde 2-2.5 lt. su için.
- ❖ Öğünlerinizi atlamayın.
- ❖ Posadan zengin yiyecekler tüketin:
Tam tahıllı ekmekler, kurubaklagiller, sebzeler, meyveler ve tahıllarda bulunur. Posalı besin alımı için kepekli ekmeğe, kabuklarıyla meyve yemek ve öğünlere sebze eklemek gerekir.
- ❖ Haftada 2 kez bakliyat tüketin:
Kuru fasulye, barbunya, nohut, yeşil mercimeği yemek veya salata olarak az yağlı tüketmeye özen gösterin.
- ❖ Günde 5 porsiyon sebze, 3 porsiyon meyve tüketin.
- ❖ Fiziksel aktivitenizi artırın.
- ❖ Rezene, yeşil çay, papatya ve anason çayı için.
- ❖ Düzenli tuvalet alışkanlığı edinin.



KADIN SAĞLIĞINI KORUMAYA YÖNEİK GENEL SAĞLIK DAVRANIŞLARI



HİKMET BAYKARA
ÇOBANKÖY SAĞLIK EVİ

İDRAR YOLLARININ SAĞLIĞINI KORUMAYA YÖNELİK ÖNERİLER

İdrar yolu enfeksiyonu riskini azaltmak için şu önlemleri alın:

- **Bol miktarda sıvı, özellikle su için.** Su içmek, idrarın sulanmasına yardımcı olur ve daha sık idrara çıkmanızı sağlar. Bu, bir enfeksiyon başlamadan, idrar yolunuzun bakteriden temizlenmesini sağlar.
- **Tuvaletinizi yaptıktan sonra önden arkaya doğru silin.** İdrardan ve dışkılamadan sonra böyle yapmak anal bölgedeki bakterilerin vajina ve üretraya yayılmasını engeller.
- **Cinsel ilişikten sonra idrarınızı yapın.**
- Ayrıca bakterilerin atılmasını sağlamak için bardak su için.
- **Potansiyel olarak tahriş edici ürünlerden kaçının.** Genital bölgede deodorant ya da antiseptik su ve toz gibi ürünler kullanmak üretrayı tahriş edebilir.
- **Sık sık iç çamaşırınızı değiştirin.** İdrar yapma isteği geldiğinde bunu ertelemeyin.
- **İç çamaşırlarınızı ütüleyin.**
- **Perineyi kuru tutun.**



KEGEL EGZERSİZİ

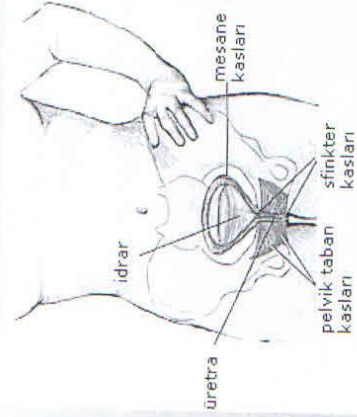
Pelvis tabanı adı verilen bölgede, yani kemik çatının alt kısmında bulunan, idrar yapma ihtiyacı hissedildiğinde kadın tarafından çalıştırılan kas grubuna **pelvis tabanı kasları** adı verilir. Egzersiz yaparken, doğru kas grubunu çalıştırmak önemlidir. Doğru kasları kasmayı öğrenmek için:

Uyluk, kalça ve karın kaslarınız gevşemiş bir şekilde rahatça oturun. Yumruğunuzu top gibi sıkın ve 5'e kadar sayın, sonra gevşetin. Bu hareket, alt karın kaslarınızı nasıl sıkıp gevşeteceğinizi anlamana yardımcı olacaktır. İshal veya gaz çıkarmayı denetliyormuş gibi makat etrafındaki kasları sıkın, serbest bırakın. Bu hareketi birkaç kez, doğru kasa egzersiz yaptırdığınızdan emin olana kadar yapın. Kalçalarınızı sıkılamaya çalışın. İdrar yaparken, akcişi yarıda 1-2 saniye durdurun ve tekrar başlatın. Bunu sadece hangi kasların kullanımının doğru olduğunu öğrenmek ve ilerlemenizi kontrol etmek için yapın. Bu egzersizi sürekli tekrar etmeyin. Ellerinizi yıkadıktan sonra iki parmağınızı vajinaya sokarak bu bölgedeki kaslarınızı kasın ve bunu parmaklarınızla hissedin. Kasların basıncı vajina girişinde olduğu kadar vajina içinde de hissedilecektir.

Kegel Egzersizleri Size Neler Kazandıracak?

Alt karın kaslarının korunması her yaşta kadın için önemlidir. Bu egzersizin yararları şu şekilde sıralanabilir:

- İdrar kaçırmayı önler,
- İş üreme organlarının aşağıya doğru yer değiştirmesini ve sarkmasını önler,
- Cinsel yaşamdan daha fazla hoşlanmayı sağlar,
- Bağırsak kontrolünü düzenler.



pelvik kaslar idrarın tutulmasını ve bırakılmasını kontrol eder

EK VIII



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı: 20478486-006
Konu: Araştırma Başvuru Sonucu

02.01.2012

Sn. Yrd. Doç. Dr. Hülya DEMİRCİ

“Kırsal Kesimde Akran Eğitimi Girişimlerinin Üreme Sağlığı Üzerine Etkisi” isimli araştırmanız incelenmiş; Resmi izinlerin alınması koşuluyla etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

1. Söz konusu bilimsel çalışmanız onaylandığı başlangıç tarihten itibaren 6 ay içinde başlamaması durumunda Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığına yazılı rapor vermeniz;
2. Araştırmanın isim ve yazarlarının değiştirilmesi talebi durumunda gerekçesi ile birlikte Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığına bildirilmesi ve onay alınması;
3. Araştırmanız yurtiçi ve yurtdışı bir dergide basıldı ise bir örneğinin gönderilmesi gerekmektedir.

Gereğini rica ederim

Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ
Başkan

EK IX



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 67350377
Konu : Araştırma İzin Talebi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - THSK
AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİM VE GELİŞTİRME
DAİRE BAŞKANLIĞI
11.06.2013 17:42 - 67350377/799/61028
01511748

KÜTAHYA VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İlgi:01.03.2013 tarihli ve 66581584/2507 sayılı yazınız.

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Hikmet BAYKARA'nın Yrd. Doç. Dr. Hülya DEMİRCİ sorumluluğunda; İliniz Tavşanlı İlçesi Çobanköyde "Kırsal Kesimde Akran Eğitimi Girişimlerinin Üreme Sağlığı Üzerine Etkisi" konulu ekte bulunan araştırma izin talebi hususunda Kurumumuz görüşünüzün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda da ayrıca bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılması, yapılacak çalışmalar da aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Söz konusu araştırmanın komisyonumuz tarafından yapılan değerlendirilmesinde; yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Halil EKİNCİ
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Aile Hekimliği
Subay G.İ. Çeliker
28.06.2013

KÜTAHYA VALİLİĞİ Halk Sağlığı Müdürlüğü	
KAYIT	H 25 Haziran 2013 5779 Top. Sg. Har. m.
YANALE	
F.İ.	

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı
Aile Hekimliği Eğitim Ve Geliştirme Daire Başkanlığı
Prof.Dr.Nusret Fişek Caddesi NO:41 Giriş Kat No:14 Yenisehir/Ankara/Türkiye

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: A. ÇAĞDAŞ
Tel : (312) 565 59 76
Faks: (312) 565 59 75

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden Belge Num.:67350377/799/61028 ve Barkod Num.:1511748 bilgileriyle erişebilirsiniz.

EK X



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ

ARAŞTIRMANIN ADI :

Kırsal Kesimde Akran Eğitimi Girişimlerinin Üreme Sağlığı Üzerine Etkisi

ÇALIŞMANIN AÇIK ADI:

Kırsal Kesimde Akran Eğitimi Girişimlerinin Üreme Sağlığı Üzerine Etkisi

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. **Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.**

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?:

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar vererseniz imzalanmanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?:

Kırsal kesimde yaşayan kadınların üreme sağlığını korumaya ilişkin bilgi düzeyleri, davranışları ve durumlarını saptamak; belirlenen sorunlar doğrultusunda, akran eğitimi ilkelerini göz önünde bulundurarak, iyi bir eğitim modeli geliştirmek ve bu modelin etkinliğini değerlendirmektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışma için, “Soru Formu”, “Evli kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ)” ve “Bilgi Testi” olmak üzere 3 ayrı formu 3 ay arayla 2 kez doldurmanız istenecektir. Formları doldurma süresi yaklaşık 60 dk.’dır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIM NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?:

Bu çalışmaya katılmanızda herhangi bir risk bulunmamaktadır. Yalnızca verilen formları doldurmanız için zaman ayırmanız gerekmektedir.



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?:

Bu çalışma ile kırsal kesimde yaşayan kadınların üreme sağlığını korumaya ilişkin bilgi düzeyleri araştırılacaktır. Hazırlanan eğitim modülünün uygulanması ile kadınların üreme sağlıklarını koruma ve geliştirmelerine katkı sağlanacak, bilgi ve beceri düzeyleri artacak, olumlu sağlık davranışları kazanacaklardır. Ayrıca, kırsal kesimde verilen sağlık hizmetlerinde kalitenin artmasına da katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?:

Çalışmaya katılmanızın herhangi bir maliyeti yoktur.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?:

Çalışmanın raporlandırma kısmında kişisel bilgileriniz kullanılmayacak, gizli tutulacaktır. Adınız ve soyadınız hiçbir yerde yer almayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

Hülya DEMİRCİ Tel: 0530 328 20 95
Celal Bayar Üniversitesi
Manisa Sağlık Yüksekokulu
İstasyon Mevki MANİSA/Merkez

Hikmet BAYKARA
Çobanköy Sağlık Evi Ebesi
Tel: 0534 222 02 89

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü / Hastanın adresi:

Gönüllü / Hastanın telefonu:

Gönüllü / Hastanın Adı Soyadı:

İmzası

Tarih

*Açıklamaları yapan araştırmacının
Adı Soyadı*

İmzası

Tarih

ÖZGEÇMİŞ

1989 Kütahya doğumlu olan Hikmet Baykara, ilköğretim ve liseyi aynı ilde tamamlamıştır.

2011 yılında Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümünden mezun olup, aynı yıl Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

2011 yılından itibaren Kütahya Halk Sağlığı Müdürlüğü, Tavşanlı Toplum Sağlığı Merkezi, Çobanköy Sağlık Evinde görevini sürdürmektedir. “Üreme Sağlığı” sertifikası vardır.