

T.C
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ YÖNETİCİSİ
Dr. Öğr. Üyesi Eda ÇELİK GÜZEL

**KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ,
ÜREME SAĞLIĞI HAKKINDAKİ
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Ayça DAĞDELEN

TEKİRDAĞ 2021



TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği ihtisas eğitimim süresince bilgisini ve deneyimlerini özveriyle paylaşan, her an desteğini hissettiğim ve tez danışmanım olan değerli hocam Dr.Öğr.Üyesi Eda ÇELİK GÜZEL'e içtenlikle teşekkür ederim. Sadece rotasyon dönemlerimde değil her ihtiyaç duyduğumda bilgilerini paylaşan değerli hocalarıma, asistanlığım süresince beraber çalışıp desteklerini aldığım, anılar biriktirdiğim asistan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım. Sevgisiyle beni hep destekleyen eşim Uzm.Dr. Fatih DAĞDELEN, değerli annem, babam ve kardeşim hayatımda olduğunuz için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMALAR.....	iv
ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ.....	vi
GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
SAĞLIK.....	3
SAĞLIK HAKKI.....	3
ÜREME SAĞLIĞI.....	4
ÜREME SAĞLIĞININ AMAÇLARI.....	7
TÜRKİYE'DE ÜREME SAĞLIĞI KAPSAMINDA HİZMET VE UYGULAMALAR.....	7
AİLE HEKİMLİĞİNDE ÜREME SAĞLIĞI.....	9
ÜREME HAKKI.....	10
ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDA ALINAN ULUSLARARASI KARARLAR.....	11
TÜRKİYE'DE KADIN OLMAK.....	12
DOĞURGANLIK.....	13
AİLE PLANLAMASI ve DANIŞMANLIK.....	15
GÜVENLİ ANNELİK HİZMETLERİ VE ANNE ÖLÜMLERİ.....	16
DOĞUM ÖNCESİ İZLEMLERİ.....	17
DOĞUM.....	19
DOĞUM SONRASI (LOHUSA) İZLEMLERİ.....	20
GEREÇ ve YÖNTEMLER.....	23
BULGULAR.....	24
TARTIŞMA.....	38
SONUÇLAR.....	44
ÖZET.....	46
SUMMARY.....	47
KAYNAKLAR.....	48
EKLER.....	56

KISALTMALAR

AÇSAP.....Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

AH.....Aile Hekimi

AIDS.....Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)

AK.....Avrupa Komisyonu

AP.....Aile Planlaması

ASM.....Aile Sağlığı Merkezi

BM.....Birleşmiş Milletler

CSÜS.....Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı

CSÜSÖ.....Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ölçeği

CYBE.....Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

DSÖ.....Dünya Sağlık Örgütü

GGK.....Gaitada Gizli Kan

GP.....Genel Pratisyen

HIV.....Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)

HSV.....Herpes Simpleks Virüs

ICPD.....International Conference on Population and Development (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı)

KETEM.....Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KS\AP-UPS....Kadın Sağlığı\Aile Planlaması-Ulusal Stratejik Planı

SAHAM.....Sağlıklı Hayat Merkezi

SDP.....Sağlıkta Dönüşüm Programı

TNSA.....Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması

TSM.....Toplum Sağlığı Merkezi

TÜSP.....Türkiye Üreme Sağlığı Programı

ÜS.....Üreme sağlığı

WONCA.....World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Genel Pratisyen/Aile Hekimliği Ulusal Kolejler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği)



ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 1.....Gebelik tecrübesi

Şekil 2.....Doğum tecrübesi

Tablo 1.....Türkiye’de doğurganlığı etkileyen etmenler

Tablo 2.....Aile planlaması yöntemleri

Tablo 3.....Aile planlaması yöntemlerin etkinliği ve başarısızlık oranları

Tablo 4.....Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri

Tablo 5.....Çalışmaya katılanların eşlerinin özellikleri

Tablo 6.....Çalışmaya katılan kadınların çalışma süresi ve üreme dönemine ait verileri

Tablo 7.....Çalışmaya katılanların obstetrik özellikleri

Tablo 8.....Çalışmaya katılanların AP ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları

Tablo 9.....Çalışmaya katılanların AP yöntemi ile ilgili danışmanlık alma durumu, ücret ödeme durumu ve yöntemi aldığı yerler

Tablo 10.....Çalışmaya katılanların doğum ile ilgili tutum ve davranışları

Tablo 11.....Kadın sağlık çalışanları meslek gruplarının CSÜSÖ verdikleri cevapların değerlendirilmesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimi; bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine ek olarak birinci basamakta teŒhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini hastalık, yaŒ ve cinsiyet ayırmadan, herkese kapsamlı ve sürekli olarak vermekle yükümlü, gerektiğinde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün olarak çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen eğitimleri alan uzman hekim veya hekimlerdir (1).

Dünya Genel Pratisyen/Aile Hekimliği Ulusal Kolejler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği ((World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) WONCA) tanımına göre; Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği (GP/AH) kendine özgü eğitimi, araŒtırması ve kliniği olan bilimsel ve akademik disiplin ve birinci basamağı hedefleyen bir klinik uzmanlıktır. WONCA'nın tanımıyla GP ve AH terminolojide aynı anlama gelecek Œekilde kullanılsa da, bu tanımla bahsedilen tıp eğitimini mezuniyet öncesi tamamlayan pratisyen hekimler değil, en az üç yıl süreyle birinci basamak odaklı uzmanlık eğitimi alan uzman hekimlerden bahsedilmektedir (2).

Aile hekimleri görevlerini, hastalıkların tedavisi, önlenmesi, sağlıklı olma halinin sürdürülmesi ve sağlığın geliştirilmesini sağlayarak yerine getirirler (3).

Aile hekimleri ayrıca, birinci basamakta takip edilen üreme sağlığı (ÜS) hizmetleri, aile planlaması (AP) ve danıŒmanlıđı, doğum öncesi ve doğum sonrası izlemleri gibi sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahiptir (4).

Amacımız, hastanemizde bulunan kadın sağlık çalışanlarının, ÜS hakkındaki bilgi, tutum ve davranıŒlarını değerlendirmek ve toplumumuzda ÜS konusunda farkındalığı arttırmaktır.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK

Sağlık sadece hastalık ve engelliliğin yokluğunu değil, aynı zamanda bedenin, ruhun ve toplumun tam iyiliğini de ifade eden Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımıdır (5). Sağlık tanımı yapılırken, kişinin bütünlüğünü, dengesini ve refah duygusunu, başa çıkma, sürdürme kapasitesine bağlı dinamik bir şekilde uyum sağlama ve kendi kendini yönetme yeteneği de tercih edilen bir görüştür (6). Sağlık tanımlandığı zaman, hastalık tanımı da anlam kazanır. Sağlıklı bireyin yaşadığı patolojik süreçler ise hastalık olarak ifade edilir (7).

SAĞLIK HAKKI

Yasa yapıcı veya uygulayıcılar, sağlık hakkını değerlendirirken birçok anlaşma ve kanunla ilgili genel yorum yapıp uygulamaya nasıl geçileceğini düşünürler (8). Var olan sağlık hizmeti kaynaklarının dağılımı ve sağlık hakkından herkesin faydalanabilmesi iki zıt kutbu oluşturmaktadır (9). Sağlık hakkı, insan hakları rehberliğinde ayrıntılı, spesifik ve pratik bir şekilde uygulamaya geçirilmelidir (8). Öncelikle toplumun yüksek faydası ve nüfusun geneline eşit şekilde sağlıktan yararlanma hakkı sağlanmalıdır. Bireylerin, ihtiyaç halinde sağlık hizmetlerine ulaşması ve faydalanması maliyet düşünülmeden sağlanmalıdır (9).

Uluslararası insan hakları belgesi ve ulusal anayasa ve yasalar tarafından sağlık hakkı onaylanmaktadır. Anayasa'nın 56. maddesi ile herkesin sağlıklı çevrede yaşamaya hakkı olduğu ifade etmektedir. Devlet herkesin bedensel ve ruhsal sağlığını sağlar ve bu hizmetleri

tek elden düzenler. Bu sorumluluğu, kamu ve özeldeki sağlık kurumlarını kullanarak ve denetleyerek yerine getirir (10).

Uluslararası insan hakları hukukuna göre sağlık hakkı, en iyi uygulamalarla ve en yüksek sağlık standartlarına ulaşma hakkının sağlanmasıyla gerçekleştirilebilir. 2009 yılında, birçok ülke tarafından imzalanan 'Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nde sağlık hakkı tanımı yapılmıştır (11). Sözleşmeye katılan ülkeler, herkesin en iyi fiziki ve zihinsel sağlık standardından yararlanma hakkı olduğunu kabul eder. Bu hakkın gerçekleşmesi için alacakları önlemlerin temelinde;

- a) Doğum oranını ve bebek ölüm oranını düşürerek çocukların sağlıklı büyümesini teşvik etmek;
- b) Çevresel temizlik ve endüstriyel temizliğin çok yönlü teşviki;
- c) Bulaşıcı hastalıkların, meslek hastalıklarının, yerel ve diğer hastalıkların önüne geçilmesi, tedavisi ve kontrolü;
- d) Kişiler hasta olduğunda sağlık hizmetleri ve uygun bakım koşulları sağlamak bulunmaktadır.

ÜREME SAĞLIĞI

DSÖ üreme sağlığını, üreme sistemini ilgilendiren herhangi bir hastalık ve sakatlığın olmaması ile bireyin biyopsikososyal yönden tamamıyla bir iyilik hali içerisinde olması, bireyin güvenilir ve tatmin edici cinsel hayat içerisinde kendi belirlediği sıklık ve zamanda üremesi olarak tanımlar (12).

Doğum anından ölüm anına kadar kadın ve erkeğin hayatı bir bütündür ve ÜS kavramı her iki cinsiyetin de gereksinimlerini içermektedir (13).

Bireylerin, güvenli ve doyurucu cinsel hayatının olması, üreme yeteneği olması ve bu yeteneği kullanma isteği ya da ne zaman, ne sıklıkla kullanacağıyla ilgili tercih yapma özgürlüğünün sağlanması gerekmektedir (14).

Üreme sağlığı kapsamına her yaştan ve cinsiyetten birey dahil edilir (13). Kadınlar için ise ÜS'nin önemi hayattır. Doğurganlık kadına özgüdür ve kadının gebelik ve doğum sürecinde yaşadığı problemler genel sağlığını olumsuz etkileyebilir. Kadınların üreme sistemi etkilendiğinde, ortaya çıkan sorunların genetik geçişle gelecek kuşaklara aktarılabilmesi akılda

tutulmalı, mutlu ve sağlıklı aileler ile desteklenmiş toplum ve gelecek için kadının ÜS korunmalıdır (15).

Kadınlar sfiliz, gonore, klamidy enfeksiyonları, herpes simplex virüs (HSV), şankroid, kondilomlar gibi genital enfeksiyonların uzun dönem komplikasyonları açısından erkeklere göre daha şanssızdır (16,17). Ayrıca kadınların, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) ve İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsüne (Human Immunodeficiency Virus) (HIV/AIDS) yakalanma ihtimali biyolojik açıdan yüksek olup beraberinde bu hastalıkları bebeklerine geçirme riski de fazladır (18). Bu hastalıkların kadınlardan bebeklerine bulaşması ile hedeflenen sağlıklı nesilden uzaklaşmaktadır. Önlenbilir hastalıklarda birincil koruma ve hastalık oluştuğunda hastalığın tedavisi, rehabilitasyonu karşılaştırıldığında maliyet giderek artmaktadır. Ayrıca, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile de gelecek nesillerin sağlıklı olmasının önemi vurgulanmaktadır (19).

Günümüzde CYBE'nin tarama yöntemlerinin ve tedavisinin kolay olması ve tedavide etkili algoritmalar bulunmasına rağmen, halen reproduktif dönemdeki kadınlarda bu hastalıklar sık görülmektedir (20). Birinci basamak hekimlerinin sık izlediği gruplardan biri olan; 15-49 yaş reproduktif çağıdaki kadınlar, gebeler, lohusalar ve yenidoğanlar özellikle bu hastalıklardan daha sık etkilenmektedir (21,22). AH'nin CYBE'nin tanı, tedavi ve takibinde yeri önemlidir.

Türkiye'de kadın sağlığının korunmasına yönelik olarak birinci basamakta kadınlara meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları da yapılmaktadır. Meme kanseri, çeşitli uzmanlık dallarındaki hekimler için önemi büyük olan bir halk sağlığı sorunudur ve kadınlar arasında en sık görülen kanserlerde ilk sıradadır (23,24). Kadınlar için meme kanseri taraması 40-69 yaş arasında 2 yılda bir mamografi ile yapılmaktadır (25). Ülkemizde mamografi hizmeti 'Sağlıklı Hayat Merkezleri' (SAHAM) ve 'Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi' (KETEM) ile ücretsiz olarak verilmektedir.

Serviks kanseri taraması için 30-65 yaş aralığında bulunan kadınlara 5 yılda bir olmak üzere HPV-DNA ve pap-smear testi istenir (26). Smear ile tarama işlemleri ASM (Aile Sağlığı Merkezi) ve KETEM'de ücretsiz olarak yapılmaktadır.

Kolorektal kanserlerin taraması için ise 50-70 yaş aralığında olan kadın ve erkeklere 2 yılda 1 olmak üzere gaitada gizli kan (GGK) testi yapılması ve 10 yılda 1 ise kolonoskopi yapılması önerilmektedir (27). Ülkemizde GGK testi ASM'lerde ücretsiz olarak yapılmaktadır.

Üreme sağlığı hizmetleri, tüm yaşam dönemlerini kapsayan ve sorunları her döneme özgü olarak değerlendirilen ve çözülen bir süreci içermektedir (28). Süreç ilerlerken kadınların hormon seviyelerinde, menapoz başlangıcı ve sonrasında çok fazla dalgalanmalar olmaktadır. Hormonların etkisi ile kadınlar çeşitli zihinsel ve fiziksel bozukluklara daha duyarlı hale gelir ve menopozun başlangıç ve uzun döneminde birçok sağlık sorunu ile karşılaşır (28). Yapılan çalışmalarda, kadınlarda menopoz semptomları ve etkileri konusunda bilgi eksikliği olduğu fark edilmiştir (29).

Ülkenin gelişmişlik seviyesi; eğitim durumu, sosyokültürel özellikler, yaşam biçimi ve davranışlar gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu gelişmişlik ölçütlerinden biri olan ÜS, kadınların yaşantısını doğrudan etkilemektedir. Yaşam tarzı, cinsiyet eşitsizliği, doğurganlığa yönelik tutumlar ve özellikle eğitim, kadın sağlığının en önemli belirleyicileridir. Kadın sağlığını korumak ve doğru bir yaşam tarzı elde etmek için kadın sağlığını etkileyen sosyokültürel faktörler oldukça önemlidir (30).

Geçmişten günümüze kadının toplum içindeki yeri ve sosyolojik açıdan toplumların kadına karşı bakışı benzerlik göstermektedir. ÜS’de kadınlarda olduğu gibi erkeklerin de toplumdaki statü ve rolleri önem kazanır (31). Geçmişte ‘Kadınlar kamusal hayat için uygun değildirler.’, ‘Evdeki doğal yönetici erkektir.’, ‘Kadınların beyinleri erkeklerden küçüktür.’ ifadeleri erkeklerin kadını tanımlarken cinsiyet eşitliğinden uzak olduğunu göstermektedir (32). Cinsiyet eşitliğine doğru atılmış büyük adımlardan biri ise doğum kontrolüdür. Bu nedenle kadınların kontraseptif kullanımı erkeklerden daha fazladır (33).

İdeal çocuk sayısı, ideal doğum aralıkları, çocuklar için cinsiyet tercihleri, AP yöntemi kullanma konularında erkeklerin bilgileri ve tutumları eşlerinin doğurganlıkları üzerinde belirleyicidir (34).

Üreme sağlığı politikası, kadınlara insan haklarının sağlanması ve korunmasının önemli bir parçasıdır. 1946 yılında Birleşmiş Milletler (BM) sisteminde bulunan Kadının Statüsü Komisyonu'nun kurulması ile önemli bir adım atıldı. 1970’lerden itibaren uluslararası katılımcıların olduğu BM konferansları düzenlenmektedir. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) tanımı, standartları, politikaları ve hakları detaylandırılmıştır. Kadınların güçlendirilmesi, ÜS’nin güçlenmesi anlamına gelir (35).

ÜREME SAĞLIĞININ AMAÇLARI

Üreme sağlığı ve AP ile bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak hedeflenir. Öncelikli amaçları ise istenmeyen ve erken yaştaki gebelikleri önlemek, yüksek riskli olan gebelikleri, hastalıkları ve ölümleri azaltmaktır. Ayrıca erkeklerin AP'ye katılımını artırmak, emzirmeyi teşvik etmek, CYBE ve komplikasyonlarını önlemek, tedavilerini bulmak ve uygulamak, cinselliği geliştirmek, cinsel sağlık, üreme hakkı ve sorumlulukları için eğitim ve bu hizmetlere ulaşımın sağlanması da hedefler arasındadır (36).

Küresel sağlık ve insan hakları toplulukları, ilerlemeler ve aksaklıklarla karşılaşarak ÜS'yi tanımlamak ve geliştirmek için onlarca yıldır çalışmaktadır. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) tarafından belirlenen ÜS hizmetinin unsurları ise ÜS'nin hedeflerini oluşturmaktadır (37).

TÜRKİYE'DE ÜREME SAĞLIĞI KAPSAMINDA HİZMET VE UYGULAMALAR

Üreme sağlığı hizmetleri Türkiye'de 1965 ve 1983'te nüfus planlamasıyla ilgili kabul edilen 557 ve 2827 sayılı kanunlar ile düzenlenir. Kanunlardan ilk kabul edilmiş olan, gebeliği önleyen yöntemlerin üretimi, ithali ve kullanımını; ikinci kabul edilen ise, erkek ve kadının sterilizasyonu, gebeliğin 10.haftası tamamlanana kadar geçen sürede isteğe bağlı olarak sonlandırılmasını yasal hale getirmiştir (38, 39).

Türkiye'de 1960'larda AP kavramı ile ifade edilen sağlık hizmetleri 1994'ten sonra ÜS ile tanımlanmıştır. Anne ve bebek ölümlerinin azaldığı dönemde doğurganlığı düzenlemeyi amaçlayan hizmetler ülke genelinde yaygınlaşmıştır (40).

Ülkemizde 1998 de "Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Planı" (KS/AP-USP) oluşturulmuş, daha sonra 2001 yılında Avrupa Komisyonu (AK) ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti, karşılıklı olarak "Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TÜSP) Finans Anlaşması'nı" imzalamıştır. 2003 yılında uygulanmaya başlayan programın amacı Türk toplumunda CSÜS'nin geliştirilmesidir. TÜSP, verilen hizmetin kalitesinin artırılması amacıyla gençler için danışmanlık merkezlerinde araştırma ve geliştirme çalışmalarına öncülük etmiştir. Çalışmaya dahil edilen alanlar; acil obstetrik bakım, AP, güvenli annelik, CYBE ve gençlere yönelik hizmetlerdir. Ayrıca ÜS hizmetlerine talebi artırmak amacıyla program tarafından sivil toplum kuruluşlarına destek sağlanmaktadır (41).

Ülkemiz için cinsel yaşantının olması kadınlar için evlilikle birlikte düşünülürken, erkekler için olağan ve normal görülmektedir (42). Cinsiyet eşitsizliği, kadın açısından toplumumuzda cinsellik konusunda olumsuz düşüncelere neden olmaktadır. Toplum baskı ile namus

cinayetleri, uygunsuz şartlarda düşük, istenmeyen gebelikler sebebiyle sağlık hizmetlerine ulaşamayan vakaların sayısı artmaktadır. Cinsel yaşantının kadınlar için evlilikle beraber olacağı yönündeki düşünce sebebiyle bekar kadınlar ÜS hizmetlerinden yeterince faydalanamamaktadır. Bekar kadınların karşılaştığı ayrımcı tutumlar, bilgi yetersizliği, güvenli olmayan cinsel aktif yaşantı ve ÜS hizmetlerine ulaşamamak kadın sağlığı için risk oluşturmaktadır (43).

Üreme sağlığındaki sorunlar ve hizmetler için değerlendirme yapılırken süreklilik ve bütünlük düşünülmelidir. ÜS, hayat boyu yaklaşımı kabul eder ve birey anne rahmine düştüğünde başlar (44). Ülkemizde ÜS'ye baktığımızda doğumdan sonraki yenidoğan, süt çocuğu, çocukluk dönemi, 10-19 yaşlarda adölesan dönem, 15-24 yaşlarda gençlik dönemleri olarak adlandırılan periyotların kadın sağlığının temelini oluşturduğunu görmekteyiz. 15-49 yaş arası ise reproduktif ya da doğurganlık dönemi olarak adlandırılır ve gebelik, doğum yaşantısının en fazla olduğu kısımdır. Kadınların 50 yaş ve üzerindeki dönemi ülkemizde menopoz dönemi ya da yaşlılık dönemi olarak ifade edilmektedir (34).

Adölesan dönem, reproduktif dönem ve yaşlılık dönemlerinin kendine özel olan sorunları ve ihtiyaçları vardır. ÜS hizmetlerinin bahsedilen bu dönemlere göre düzenlenmesi kadının hayat kalitesi açısından daha efektif olmaktadır. ÜS hizmetlerinin diğer kapsamı ise sorumluluk olarak üreme ve cinsel davranışlarda bulunma, ebeveynlik görevi için eğitimler ve iletişimler. Etkili anne sağlığı hizmetleri kapsamında güvenli annelik hizmetleri; doğum öncesi, doğum, doğum sonrası ve emzirme dönemlerinde verilmektedir. Bu süreçte genital enfeksiyonların kontrol edilmesi, CYBE'nin önlenmesi ve HIV/AIDS bulaşı hakkında bilgilendirmeler yapılmaktadır (45).

Ülkemizde ÜS'nin kapsamını özetlersek;

- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi,
- ÜS ve AP ile ilgili ihtiyaçların karşılanması,
- Erkeklerin katılımının artırılması,
- İstenmeyen gebeliklerin önüne geçilmesi, yüksek riskle takip edilen gebelik, hastalık ve ölümün azaltılması,
- Emzirmenin teşviki ve beslenme eğitimi,
- CYBE komplikasyonlarının önlenmesi, tedavilerin bulunması,
- Cinsiyet eşitliğine dayalı cinselliğin gelişmesi,

- Kadın ve erkeklerin üreme hakkı ve sorumluluklarını kullanması için eğitim ve hizmetlere ulaşabilmesi,
- Erken yaştaki gebeliklerin azalması,
- Güvenli olmayan düşüklerin engellenmesi,
- Düşüklere bağlı komplikasyonların tedavisi,
- Üreme organı malignitelerinin önlenmesi, taraması, tedavisi,
- Çocuk sağlığı hakkında ebeveynleri bilgilendirme,
- Adölesan sağlığı ve cinselliğinin geliştirilmesi,
- Sağlıklı yaşamın öğretilmesidir.

Bahsettiğimiz hizmetler, birinci basamak sağlık çalışanları tarafından tüm hedef nüfusta değerlendirilmeli ve danışmanlık yapılması gerekmektedir. Bu görevler ikinci basamak sağlık hizmetleri ve ihtiyaç duyulduğunda üçüncü basamak ile de desteklenmelidir (34).

AİLE HEKİMLİĞİNDE ÜREME SAĞLIĞI

1961’de ‘‘Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirme Yasası’’nın kabul edilmesi ile devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğu Türkiye’nin en uzak yerlerine kadar birinci basamak hizmetlerini ulaştırmak olmuştur. Sosyalleştirme yasası ile birinci basamakta sağlık ocakları ve sağlık evleri kurulmuştur. Sağlık evleri, bir ebe ile köylerde, 2500-3000 nüfusa hizmet veren sağlık kurumlarıdır. Böylece sağlık evlerindeki ebeler tarafından ÜS, ana-çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalık kontrolü hizmetleri verilmeye başlanmıştır (46).

2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ve akabinde Aile Hekimliği Sistemi üreme sağlığı hizmetlerindeki yapıyı değiştirmiştir. 2004 yılında Aile Hekimliği Yasası yürürlüğe girdiğinde Sağlık Ocakları, ASM’lere dönüştürülmüş ve sağlık evleri, Toplum Sağlığı Merkezlerine (TSM) ve daha sonrasında Halk Sağlığı Hizmetlerine bağlanmıştır. 2011 yılında, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü’nün kapanması ve birinci basamak tarafından verilen hizmetlerin Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’na devri ile bu süreç sonlanmıştır (47).

AÇSAP merkezlerindeki görevlerin bir kısmı ASM’lere bir kısmı ise TSM’lere devredilmiştir. 2016 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu birinci basamak sağlık hizmetlerini sağlayan AÇSAP merkezleri, sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri gibi çok parçalı yapının sağlık hizmeti verirken belirsizlik, karmaşa ve kaynakların israfına neden olduğunu belirtilerek yeni yapılanmanın gereksinimi açıklanmıştır (40).

Üreme sağlığı hizmetlerinin ulaşılabilirliği yönetim ve uygulamadaki değişikler sebebiyle etkilenmiştir (48). Türkiye’de ÜS hizmetleri; birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli GP, AH, AH uzmanları, jinekologlar, hemşireler ve ebelerin ortak çalışmaları ile ilerlemektedir.

ÜREME HAKKI

Bireylerin, üreme yeteneğini istedikleri zaman ve şekilde kullanmalarına karar verme özgürlüğüne sahip olmaları üreme hakkı olarak tanımlanır (49).

Üreme hakları kapsamına;

- Yaşama hakkı
- Özgürlük hakkı,
- Eşitlik hakkı,
- Sağlığın korunması hakkı,
- Çocuk sahibi olmaya karar verme hakkı,
- Evlilik ve aile kurmakta seçim yapma hakkı,
- Eğitim hakkı,
- Mahremiyet hakkı,
- Düşünce özgürlüğü hakkı,
- İşkence ve kötü muameleden özgür olma hakkı ,
- Bilimsel gelişmelerden faydalanma hakkı,
- Siyasete katılma ve toplanma özgürlüğü hakları dahil edilmiştir (34).

Bireylerin ÜS ve cinsel sağlığa yönelik bilgi eksiklikleri, hizmetin yetersiz olması veya hizmet ve tedaviye ulaşımın zor olması, yasal eksiklikler, hastalıklara, kayıplara ve sonunda üreme hakkından yetersiz faydalanılmasına sebep olmaktadır (50).

Türkiye’de, kadına yönelik şiddeti önlenmek, kadın-erkek eşitliği sağlamak, cinsel istismarı önlemek, doğum izinlerini iyileştirmek gibi konularda üreme haklarını da kapsayan yasalarda çeşitli düzenlemeler yapılmıştır (51).

Üreme sağlığı hizmet ve hakları içerisinde, kadınlar ve erkekler AP yöntemini tercih etme, AP ile ilgili bilgi sahibi olma, yönteme kolay ulaşım sağlanması vardır. İnsanların, üreme çağı ve cinsel yaşamları boyunca sağlık hakkı, eşitlik hakkı, çocuk sahibi olmaya karar verme, eğitim hakkı ve bilimsel gelişmelerden faydalanma hakkına ulaşmalarının önündeki engeller kaldırılmalıdır (50).

Çağımızda, bireylerin ihtiyaçlarına paralel olarak belirlenen ÜS hizmetlerinden üreme hakkı kapsamında yararlanması yaklaşımı benimsenmiştir (52).

ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDA ALINAN ULUSLARARASI KARARLAR VE SORUNLAR

Dünyada 500.000 üzerinde kadın, gebeliğe ve doğuma bağlı komplikasyonlar sebebiyle her yıl yaşamını kaybetmekte, bu kayıpların 4000 kadarı gelişmiş, geri kalanıysa gelişmekte olan ülkelerde yaşanmaktadır (53).

Üreme hakları 1960'larda insan haklarının bir alt kümesi olarak kabul edilmiş ve ebeveynlerin sahip olacakları çocukların sayısına ve doğum aralığına özgürce karar verme ve ÜS kapsamında eğitim alma haklarının var olduğu söylenmiştir (54). 1969'da yayınlanan BM Toplumsal ve Kalkınma Bildirgesi'nde sağlık hizmetleri planlanırken; nüfus politikaları değerlendirilerek sağlık çalışanları tarafından verilen eğitim ile ailelerin sahip olmak istediği çocuk sayısı ve bebekler arası aralığa özgürce ve sorumluluk alarak karar vermeleri için bilgi edinme hakları ve bireylere seçeneklerin sunulması vurgulanmıştır (55,56). 1994 Kahire'de düzenlenen BM ve ICPD tarafından bireylerin üreme hakları ve sağlığına öncelik tanınması, kadınların daha güçlü olması ve cinsiyet eşitsizliğinin giderilmesi vurgulanmıştır. Konferansta ilk kez ÜS dile getirilmiş ve sonrasında tüm dünyaca kabul edilmiştir. Türkiye'nin de dahil olduğu devletler tarafından kadın ve erkek eşitliği temelinde AP ve cinsel sağlığı kapsayan ÜS hizmetleri dâhil edilerek, sağlık hizmetlerine kolay ulaşım için gerekli tüm önlemlerin alınması kabul edilmiştir. İlerleyen zamanlarda ÜS alanı, doğurganlıktaki özgürlükler ve çocuk sahibi olmak, sağlıksız düşükler, istenmeyen gebelikler, adölesan dönemin cinselliği, anne-bebek ölümü, HIV/AIDS gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkları da kapsamıştır. Böylece ÜS hizmetleri ve üreme haklarının kapsamı genişletilmiştir (57).

Son 20 yıl içerisinde çocuk sağlığıyla ilgili gelişmeler olmasına rağmen, her yıl yaklaşık 10 milyon bebek ölümünün büyük bir kısmı gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır. Dünya üzerinde her 1000 canlı gerçekleşen doğumun yanı sıra, 400-500 civarında yasalara uygun olan ve olmayan düşük yapıldığı düşünülmektedir. Kadınlar da yasal olmayan düşüğe bağlı gelişen septik abortlar ve anne ölümleri dikkat çekmektedir. Dünya nüfusunun %25'i çok sert düşük yasalarının olduğu ülkelerde yaşanmaktadır. Bu durum yasal ve güvenli olmayan düşüğe başvuruları arttırmaktadır. Ayrıca, dünya üzerinde 300 milyon çift AP hizmetlerine ulaşamamaktadır (53).

Ülkeler arasında adölesan gebeliklerin insidansı arasında büyük farklılıklar vardır ve gelişmekte olan ülkelerde insidans daha fazladır. Kadınların erkenden anne olmaları sosyal, eğitim ve ekonomik yönden gelişmelerine engel olmaktadır. Erken anneliklerde maternal ölüm riskinin artışına, çocuklarda morbidite ve mortalitenin artması da eşlik etmektedir (34,58).

Son yıllarda infertil çiftlerin ÜS kapsamında ele alınması ve değerlendirilmesi görüşü giderek kabullenilmiştir. DSÖ tarafından dünya üzerinde 60-80 milyon arası infertilite sorunu yaşayan çift olduğu düşünülmektedir. İnfertilite kadın ve erkeği eşit olarak ilgilendirmekteyken, birçok toplum tarafından sosyal ve psikolojik yük kadınlar üzerinde daha fazladır (34,59,60).

Çoğu ülkede yasal düzenlemelere rağmen günümüzde kadınlar şiddete uğramakta, üreme sebebiyle sağlığı bozulmakta, sosyal, ekonomik ve kültürel olarak temel haklarını ve özgürlüklerini kısıtlayan yaklaşımların etkisiyle cinsiyet ayrımcılığına uğramaktadır. Yasalar ve düzenlemeler toplumların kadınlara yönelik geleneksel tutum ve yargılarını değiştirmek için yeterli olmayıp bu düzenlemelerin topluma ve bireysel yaşam tarzlarına dahil edilmesi gerekmektedir. Bu amaçla, kadının sosyal statüsünü iyileştirmek, böylece kadının aile ve toplumdaki etkinliğini artırmak en önemli adım olacaktır. Eğitim hakkının kullanılmasına ve eğitim oranının artmasına dikkat edilmelidir. Bu, kadının sosyal statüsünün iyileştirilmesinin anahtarıdır (61).

TÜRKİYE'DE KADIN OLMAK

Ülkemizde eğitim olanaklarından yararlanırken cinsiyet ayrımcılığı sebebiyle kadın ve erkekler eşit imkanlara sahip değildir (62). Eğitimdeki eşitsizlikten dolayı kadınların işgücünün dışında kaldığı, işgücüne katılan kadınların ise işlerinin az gelir getirdiği bilinmektedir. İşgücüne katılım kadın cinsiyette daha düşüktür. Kırsalda kadınların işgücüne katılımı kentlerde yaşayanlara göre daha yüksektir (63). İşgücüne katkı veren kadınlar kayıt dışı, sendikasız ve sigortasız çalışmaktadır. Kadınlar için İş Kanunu ve yasal düzenlemeler olmasına rağmen, kadınlar eğitim olanaklarından süregelen gelenekler sebebiyle yeterince yararlanamamaktadırlar (64).

Kadınların çalışma hayatındaki yerini, kültürel değerler ve sosyal kalıplar etkilemekte olup toplumsal cinsiyet anlayışı kadını ücretsiz aile işçisi konumuna getirmiştir. Kadın işgücünün artmasında, gelişen hizmet sektörü ve birçok faktörün de etkili olduğu görülmektedir. Bunlar; dünyada çalışmakta olan kadınları destekleyen ve koruyan uygulama ve yasaların artması, nüfus artışı, eğitime erişimin artması, standartların dışında çalışma türlerinin ortaya çıkıp yaygınlaşması, boşanmalarda yükselme, evliliklerde düşme, toplumda kadının çalışması

açısından olumlu yönde değişen düşünceler, çocukların bakımı gibi hizmetlerdeki iyileşmeler ve ilerlemeler olarak sıralanabilir (65).

DOĞURGANLIK

Demografik ve istatistiksel açısından doğurganlık; toplumların üreme tecrübelerini gösterir ve en basit ölçümü ise toplumdaki belirli bir sürede gerçekleşen canlı doğum sayısıdır (66). Doğurganlık süreci, cinsel ilişki sonrası döllenmenin ve gebeliğin canlı doğumla sonuçlanmasını kapsar. Doğurganlık sürecini; anne-babanın biyolojik ve sosyokültürel özellikleri, gebelikler, doğum sayısı, bebeklerin özellikleri ve bireylerin cinsel davranışları etkilemektedir. Ülkelerde doğurganlık; nüfusun artışı, büyüklüğünü, hızını ve kompozisyonunu etkilemektedir (Tablo 1) (67).

Kadın ve erkeğin üreme bilgisi ile yetkin olmaları, kendilerinin tercih edecekleri güvenli, etkili, ekonomik ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklı olarak doğurganlıklarını düzenlemeleri günümüzdeki yaklaşımdır. Doğurganlığın düzenlenmesi ise biyolojik, kültürel, psikolojik belirleyiciler ile kontraseptif kullanım ve seçiminde etkili faktörler ile beraber değerlendirilir (66).

Çocuk sahibi olmak için biyolojik yaş sınırları ilk adet başlangıcı ve menapoz düşünüldüğünde; doğurganlık için süre yaklaşık 35 yıldır. Toplumlar arasında menarş ve menopoz yaşları çeşitlilik gösterdiği için doğurganlık süresi de farklıdır (68).

Cinsel ilişkinin başlangıç yaşı ve ilk evliliğin erken olması doğurgan evrenin uzun olması ile sonuçlanır ve bu doğurganlığı da etkiler. İlk evliliğin ilerleyen yaşlarda yapılması çocuk sahibi olma yaşının artmasına neden olur ve nesiller arasındaki süreyi uzatır (67).

Gebeliğin vajinal doğumla sonlanırsa 40 hafta sürmesi, doğum sonrası ovülasyonun emzirmeyen anneler için en erken 25.gün, ortalama olarak ise 45.gün civarında başlayacağı düşünüldüğünde, iki doğum arası sürenin 10 aydan kısa olmayacağı görülmektedir. Etkili emzirme yapan annelerde ise 60 gün öncesinde ovülasyon olmamaktadır. Sonuç olarak; iki doğum arasındaki en az süre 11 ay olmalıdır (68).

Kontraseptif yöntem çeşitliliği, yan etkileri, yöntemin başarısızlığı, kullanım yaygınlığı, AÇSAP hizmetlerinin ulaşılabilirliği doğurganlıkta belirleyicidir. Kontraseptif tercihi yöntemin etkisi ve başarısızlık oranları, komplikasyonları, yan etkileri, güvenilirliği, gebe kalma ihtimali, doğurganlığın geri dönmesi, yöntemi uygulatmak için başkalarına ihtiyaç duyma durumu diğer belirleyicilerdir (69).

İstenmeyen gebelikler, AP hizmetlerinde gereksinimin karşılanamaması ve ÜS'yi tehdit etmesi ile ifade edilmektedir. Çocuk sahibi olmak istemeyen kadınlar ise aile baskısı, eşin yöntem kullanmayı engellemesi gibi sebeplerle AP yöntemine ulaşamamaktadır. İstenmeyen gebeliklerin sonucu, genelde istemli düşük olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde istemli düşük hizmetlerinin yasal olarak yaygın ve ulaşılabilir olmaması doğurganlıkla birlikte annelerin mortalite ve morbiditesini olumsuz etkilemektedir (70).

Tablo 1: Türkiye’de doğurganlığı etkileyen etmenler (67)

Türkiye’de doğurganlığı etkileyen etmenler
Göç
Kentleşme
Sanayileşme
Eğitim düzeyi
Nüfus politikaları
İş gücüne katılım oranı
Çocuğun ekonomik getirisi
Ulaşılabilir sağlık hizmetleri
Çocuk sahibi olmanın maliyeti
Anne ve bebek ölümlerinde azalma
Güvenli annelik kapsamında hizmetler
Gebelik öncesi, esnasında ve sonrasında eğitim ve danışmanlık hizmetleri

Doğurganlığın düzenlenmesinde ayrıca ekonomik durum, aile yapısı, kadınların eğitimi, aile içindeki statüsü, üretime katkı payı, çalışma durumu, toplumsal konum, gelir düzeyi, mesleği, yerleşim yeri, cinsiyet tercihi, çocuğun ekonomik yararı, çocuğun aileye maliyeti gibi faktörler anne-babaların kararlarını etkilemektedir (67).

Günümüzdeki doğurganlık düzeyi değerlendirildiğinde, Türkiye için bir kadın doğurganlık çağının sonunda ortalama olarak 2.3 doğum yapmakta ve doğurganlık 25-29 yaş aralığında %12,2 ile yığılma göstermektedir. Ülkemizde genel doğurganlık hızı ise 15-44 yaş grubunda %7,7’dir (71).

AİLE PLANLAMASI ve DANIŞMANLIK HİZMETLERİ

Türkiye’de AP hizmetleri devlet ve özel sektör tarafından tüm basamaklarda verilmektedir. AP yöntemlerine ilişkin danışmanlık hizmetleri eğitilmiş sağlık çalışanı tarafından verilmektedir (Tablo 2) (72).

Aile planlaması danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin, birinci basamakta verilmesi daha uygundur. Hasta ile hizmeti sunanlar sürekli iletişim halinde olduğundan ASM’de AP yöntemleri ve danışmanlık hizmetlerinin sunumu gereklidir. Ülkemizde kullanılan AP yöntemlerinden kondom, OKS birinci basamakta en fazla kullanılan yöntemlerin başında gelmektedir (73).

Tablo2: Aile Planlaması yöntemleri (72)

Modern ve Geleneksel AP Yöntemleri		Geri Dönüşümlü ve Geri Dönüşümsüz AP Yöntemler		Kadın ve Erkek AP Yöntemleri	
Geleneksel	Modern	Geri Dönüşümsüz	Geri Dönüşümlü	Erkek	Kadın
Geri çekme	Kondom	Vazektomi	RİA	Kondom	RİA
Vainal duş	Tüp ligasyonu	Tüp ligasyonu	OKS	Vazektomi	Tüp ligasyonu
Takvim	RİA		Kondom		Mesiygna
Diğer	Vazektomi		Mesiygna		Depo provera
	Mesiygna		İmplant		İmplant
	Diyaftram		Diyaftram		OKS
	Depo provera		Spermisit		Diyaftram
	İmplant		Depo provera		Spermisit
	Spermisit				
	OKS				

Günümüzde ASM ve varlığını sürdüren sağlık evleri AP hizmetlerinin topluma ulaştırılmasında kilit noktadır. Eczaneler ise bazı kontraseptiflerin (kondom, KOK, spermisit) topluma ulaştırılmasını sağlamaktadır. Halka ulaştırılan AP yöntemlerinde yöntemin etkililiği kullanılan yöntemle göre değişmektedir (Tablo 3) (74). Birinci basamak hizmetlerinden biri olan ev ziyaretlerinde hemşire ve ebelerin AP hizmetlerinin verilmesinde eğitici, danışman, araştırmacı ve uygulayıcı rolleri vardır. Doğumevleri ile Devlet Hastanelerinin AP kliniklerinde de bu hizmet sunulmaktadır. Danışmanlık ve eğitim alanlarda, anne sağlığı açısından olumlu değişimler görülmektedir (75).

Tablo 3: Aile Planlaması Yöntemlerinin Etkinliği ve Başarısızlık Oranları (74)

Etkinlik	Yöntem	1 yıl kullanımda 100 kadın başına gebelik	
		Uygun kullanılmama %	Doğru kullanma %
Her zaman çok etkilidir.	RİA	0,8	0,6
	İmplant	0,1	0,1
	Tüp ligasyonu	0,5	0,5
	Depo provera	0,3	0,3
	Kombine enjektale	0,3	0,3
	Vazektomi	0,2	0,1
	Yalnızca progestin içeren haplar(emzirirken)	1	0,5
Uygun kullanılsa da etkilidir. Doğru ve sürekli kullanıldığında çok etkilidir.	KOK	6-8	0,1
	Laktasyonel amenore	2	0,5
	Yalnızca progestin içeren haplar(emzirme dışında)	5	0,5
Uygun kullanılsa da az etkilidir. Sadece doğru ve sürekli kullanıldığında etkilidir.	Geri çekme	19	4
	Erkek kondomu	14	3
	Kadın kondomu	20	1-9
	Spermisitler	21	5
	Spermisitle beraber diyafram	20	6
	Servikal başlık	26	6
	-Doğurmamış kadınlarda	20	9
-Doğurmuş kadınlarda	40	26	
	Yöntem kullanmama	85	85

Aile planlaması ve danışmanlık hizmeti başvurularında, hizmet verenin bilmesi gereken ve başvuranların bilmek ve düşünmek istedikleri konular olmaktadır. Bu konular; uygulama yöntemi, kullanım yöntemi, kullanımdaki kolaylıklar ve zorluklar, cinsel yaşama etkisi, yöntem bırakıldıktan sonra gebeliğin ne kadar sürede geri geleceği, yan etkileri ve yöntemin etkinliğidir (76). Ayrıca AP ve CYBE hakkında bilgi sahibi olmak, yetişkinlerin ÜS davranışlarını pozitif yönde etkilemektedir (77).

GÜVENLİ ANNELİK HİZMETLERİ VE ANNE ÖLÜMLERİ

Üreme çağındaki tüm kadınların gebelik ve doğumla ilgili dönemin bütün aşamalarını sağlık ve güvenle geçirmeleri için sağlanan bakım güvenli annelik kapsamındadır (78). Güvenli annelik; annelere gebelikten önce, anne ve bebeğe doğum öncesinde, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin verilmesi, yüksek riskli ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, komplikasyonların önlenmesi, tanınması ve yönetimini amaçlayan bir bakım sistemidir.

Gelişmekte olan ülkelerin önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasında gebelik ve gebeliğe bağlı komplikasyonlar sayılmaktadır. Anne sağlığı bir ülkedeki kalkınmanın ve gelecek nesillerin refahının anahtarıdır (69). Ülkemizde anne-bebek ölümlerinin ve gelişen komplikasyonların azaltılması hedeflenmektedir (79).

Sağlık Bakanlığı tarafından TÜSP kapsamında güvenli annelik kitabı yayınlanarak güvenli anneliğin ülke genelinde yaygınlaşması hedeflenmiştir (34). Çoğu ülkenin kabul ettiği gibi kadınların gebeliği güvenli yaşama ve doğurma hakkı bulunmaktadır. Gebeliğe bağlı anne ölümlerinin büyük kısmı önlenilecek ölümlerdir. Güvenli annelik yaklaşımı, sağlık sistemi açısından maliyet getirmemekte hatta hizmetin daha düzenli ve daha az harcama ile verilmesini sağlamaktadır. Ülkemizdeki annelerin güvenliği, belirtilen hedefler ile sağlanabilecektir (80).

DOĞUM ÖNCESİ İZLEMLERİ

Gebeler, tespit edildikten sonra gebelik boyunca en az 4 kez AH tarafından izlenmelidir. Gebe izlemleri, riskli veya riskli olmayan grup içinde kadın hastalıkları ve doğum hekimiyle paralel olması daha faydalı olacaktır. Kadın hastalıkları ve doğum hekiminin değerlendirmesi ve önerisi ile izlemler, birinci ve ikinci basamakta birlikte yapılabilir. İhtiyaç duyulursa izlem sayısı arttırılabilir.

Birinci izlem

Gebeliğin ilk 14 haftası içerisinde birinci izlem yapılmalıdır. Gebe her izlemde nazikçe karşılanmalı ve etkili bir iletişim kurulmalıdır. Gebenin iletişim bilgileri ve sosyodemografik verileri kayıt altına alınmalıdır. Özgeçmiş ve soy geçmişinin yanı sıra gebenin madde bağımlılığı, sigara, alkol gibi alışkanlıkları da sorulmalıdır. Kronik hastalık varlığı, geçirdiği enfeksiyonlar, operasyonlar, aşular, ilaç alerjisi, gördüğü tedaviler ayrıntılı sorgulanmalıdır. Obstetrik öyküsünde son adet tarihi, önceki gebelikleri, doğum sayısı, çocuk sayısı, ölü doğum, küretaj, düşük, gebelik sırasında ve sonrasında herhangi bir sorun olup olmadığı sorulmalıdır. Mevcut gebeliğinde aktif yakınmaları olup olmadığı değerlendirilmelidir. Gebeye eksiksiz bir fizik muayene yapılmalıdır. ASM'de bulunan riskli gebelik formu doldurulmalı ve ihtiyaç halinde uzman görüşü alınmalıdır. Birinci izlemde yapılması gereken tetkikler istenmeli ve ultrason takip aralıkları ve gerekliliği açısından gebe bilgilendirilmelidir (81). Anemisi var ise tedaviye başlanmalı, yoksa 16. haftadan itibaren demir proflaksisi başlanmalıdır (82). Ayrıca her gebeye 12. haftadan itibaren günlük 1200 IU tek doz D vitamini de verilmelidir (81).

Tetanoz aşısı sorgulanmalı ve bağışık değilse 12. haftadan itibaren yapılabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Gebenin hepatit B aşısı ve taşıyıcılık durumu araştırılmalıdır (83). Gebelik

yakınmalarından olan yorgunluk, bulantı, sık idrara çıkma, mide yanması, ciltteki ve memedeki değişiklikler gibi durumlar için gebe bilgilendirilmelidir (84). Gebelik sürecinde beslenme, fiziksel aktivite, cinsel yaşam, hijyen, ilaç kullanımı gibi durumlar için danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Gebe, tehlike işaretleri ve acil durumlarda neler yapması konusunda bilgilendirilmelidir. Yapılan izlemdeki bütün işlemler kaydedilmeli ve planlanan diğer izlem için randevu verilmelidir (81).

İkinci izlem

Gebeliğin ikinci trimesterinde 18-24. haftaları arasında yapılmalıdır. Birinci izlemde edinilen iletişim bilgileri ve tıbbi öykü teyit edilir. Mevcut gebeliğin yakınmaları olup olmadığı değerlendirilmelidir. Gebeye tam bir fizik muayene yapılmalı ve ikinci izlemde yapılması gereken tetkikler istenmeli ve obstetrik usg açısından bilgilendirilmelidir. Gebeliğin 24-28. haftaları arasına gelindiğinde oral glukoz tarama testi için yönlendirilmeli ve izlemi yapılan gebeye verilecek olan ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler kısmı gözden geçirilmelidir (85). Bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerine ilave olarak fetüs hareketlerinin takip edilmesi ve kilo alma hakkında bilgi verilmelidir (86). Yapılan izlemdeki tüm işlemler kaydedilmeli ve planlanan sonraki izlem için randevu verilmelidir.

Üçüncü izlem

Gebeliğin 28-32.haftaları arasında izlem yapılmalıdır. İkinci izlemde edinilen iletişim bilgileri ve tıbbi öykü teyit edilir. Gebeye tam bir fizik muayene yapılmalı ve üçüncü izlemde değerlendirilmesi gereken tetkikler istenmelidir. Ayrıca preeklampsi açısından yaygın ödem kontrolü yapılmalıdır. Gebeye verilmesi planlanan ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler bölümü gözden geçirilmelidir. Danışmanlık hizmetlerine ek olarak bu dönemde doğum, doğumun kim tarafından ve nerede yapılacağını planlanması, postpartum AP, anne sütü ve emzirme hakkında da bilgi verilmelidir (87). Yapılan izlemdeki tüm işlemler kaydedilmeli ve bir sonraki izlem için randevu verilmelidir.

Dördüncü izlem

Gebeliğin 36-38.haftalarında yapılmalıdır. Üçüncü izlemde edinilen iletişim bilgileri ve tıbbi öykü teyit edilir. Gebeye tam bir fizik muayene yapılmalı ve bu izlemde yapılması gereken tetkikler istenmelidir. Üçüncü izlemden sonra gelişen gebelik yakınmaları ve tehlike işaretlerinin varlığı sorgulanmalıdır. Demir replasmanı dışında ilaç kullanımı var ise sorulmalı ve kayıt altına alınmalıdır (81).

DOĞUM

Birçok gebelik ve doğum sorunsuz gerçekleşse bile bütün gebelikler risk altında bulunmaktadır. Gebelerin %15'i profesyonel bakım gerektirecek hayatı tehdit eden bir komplikasyonla karşılaşır ve bazı gebeler ise hayatta kalabilmek için major obstetrik girişime gerek duyabilmektedir (88).

Hayatın beklenen bir dönemi olan gebelik ve doğumun, kadın fizyolojisinin uygun olmasına rağmen distosi, toksemi, kanama, enfeksiyon, anemi gibi riskleri bulunmaktadır. Doğum şekline karar verilirken gebelik boyunca anne ve bebek yakından takip edilmelidir. Doğurganlık çağındaki kadınların gebelik boyunca doğum şeklinin nasıl olacağı ile ilgili korku ve endişe yaşamaları olağan karşılanmalıdır.

Vajinal doğum, çok uzun zamandır tercih edilen doğum şekli olmuştur. Ayrıca kadın vücudunun fizyolojisi vajinal doğuma uygundur. Vajinal doğum eylemi, destek ve ihtiyaç halinde müdahale ile başarıyla gerçekleşmektedir (89). Ayrıca, vajinal doğumun anne ve bebek açısından yararları vardır. Bunlar; enfeksiyon riskinin azlığı, erken mobilizasyon, kan kaybının azalması, tıbbi müdahale ihtiyacının azalması ve anne ile yenidoğanın gecikmeden buluşturulmasıdır (90).

Sezaryen; vajinal doğumu güvenle yapmanın mümkün olmadığı durumlarda alternatif bir yöntemdir. Maternal ve fetal, mortalite ve morbiditede artış varsa normal vajinal yolla doğum yerine sezaryen tercih edilir. Ülkemizde, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre 2003 yılında %21 olan sezaryen oranının, 2008 yılında %36 olduğu, 2013 yılında %48, 2018 yılında %52 olduğu görülmektedir (71). Ülkemizde sezaryen oranının artmasında; malpraktis çekinceleri, epidural anestezi ile ağrısız doğumun yaygın olmaması, ebelerin doğum takibindeki yetersizlikleri, isteğe bağlı yapılan sezaryen doğumlar ve endikasyonların genişletilmesinin sebep olduğu düşünülmektedir (91). Sezaryen esnasında anestezi amaçlı kullanılan ilaçlar ve malzemeler, girişim sonrası bakımdaki gelişmeler ile mortalite ve morbidite azaltmıştır. Ama enfeksiyon, kanama, emboli, uzun hastane yatışı, geç iyileşme, daha fazla ağrı gibi riskli durumlar devam etmektedir. Tıbbi nedenler haricinde anne ve bebek için yükü düşünüldüğünde, endikasyon dışındaki sezaryen doğumlardan uzak durulması zorunluluktur (92).

Her gebeliğin canlı ve sağlıklı doğumla sonlanması istenir ama bunun dışında sonlanan gebelikler vardır ve bunlar için de tanımlamalara yer vermek gerekir.

Düşük

Gebeliğin 22.hafta öncesinde sonlanmasıdır. Gebeliğin ilk trimestrinde çok görülür (93). Özellikle kromozom bozuklukları olduğunda ilk üç ayda düşük riski fazladır. Diabetes mellitus, hipertansiyon, ABO–Rh uyuşmazlığı, enfeksiyonlar başta olmak üzere birçok sebep kadınlarda düşüğe neden olabilmektedir (94).

İstemli düşükleler

Ülkemizde istemli düşükleler, 1983'teki 'Nüfus Planlaması Hakkında Kanun' ile yasallaşmış ve gebeliğin ilk 10 haftası içerisinde istemli düşük hizmeti sağlanmış (95). TNSA verilerine göre, 1993'te %28 olan küretaj oranı 2018'de %15'e düşmüştür fakat 2018'de evlenmiş kadınların %15'inin bir veya daha fazla istemli küretajdan faydalandığı belirlenmiştir (71,91).

Dış gebelik

Dış gebelik ya da ektopik gebelik, sperm ile döllenmiş yumurtanın asıl yerleşim yeri olan uterus içi yerine uygun olmayan başka bir yere implantasyonu ile oluşan normalin dışında bir durumdur. Bu gebelik ilerlediğinde iç kanamalar nedeniyle hayatı tehdit edebilir (94).

Ölü Doğum

DSÖ'ye göre; intrauterin fetal ölüm, gebeliğin 20.haftasından sonra gelişimi normal olan ve 500 gramdan daha fazla ağırlığa sahip fetüs kaybıdır. Doğumun başlamasından önce veya doğum esnasında gerçekleşen intrauterin ölümden fetüse ait hiçbir hayat belirtisi gözlenmez (97).

DOĞUM SONRASI (LOHUSA) İZLEMLERİ

Tüm lohusaların doğumdan sonra hastanede 3 kez, evde 3 kez olmak üzere 6 kez izlemi yapılmalıdır. Normal doğum eylemi sonrasında lohusa 24 saat hastanede takip edilmelidir. Sezaryen ile doğum yapan lohusalar için hastanede takip süresi 48 saat olmalıdır (97).

Birinci izlem

Lohusanın ilk izlemi doğumun ilk bir saat içerisinde yapılmalıdır. Lohusanın genel durumu değerlendirilir. Yakınması olup olmadığı sorulur. Fizik muayenesinde ateş, nabız, tansiyon, solunum sayısı, vajinal kanama durumu, idrar çıkışı uterus boyutu ve tonusu değerlendirilir. Annenin hemogramı kontrol edilmelidir. Genel vücut hijyeni ve bakımı yapılmalıdır. Anneye emzirme konusunda eğitim verilmeli ve yardım edilmelidir. Annenin yatış süresi ve verilecek hizmetler açısından risk durumu değerlendirilmelidir (97).

İkinci izlem

Doğumdan sonraki 1-6.saatler arasında yapılmalıdır. Annenin genel durumu, ateş, nabız, tansiyon değerlendirilir. Lohusanın tam bir fizik muayenesi yapılır ve yakınması olup olmadığı

sorular. Preeklampsi gelişmesi açısından baş ağrısı varlığı sorgulanmalı ve tromboflebit açısından değerlendirilmelidir. Kullanılan anestezi ilaçlardan sonra nadir de olsa idrar retansiyonu olabilir, lohusa bu açıdan sorgulanmalıdır. Annede hipotansiyon gelişebileceğinden anne yalnız başına ayağa kalkmamalı ve hemogramı kontrol edilmelidir. Lohusanın vajinal kanama durumu, uterus boyutu ve tonusu değerlendirilir. En kısa sürede anne mobilize edilmelidir. Genel vücut hijyeni ve bakımı yapılmalı, anneye emzirme konusunda yardım edilmeli ve bebek bakımı eğitimi verilmelidir. Annenin yatış süresi ve verilecek hizmetler açısından risk durumu değerlendirilmelidir (97).

Üçüncü izlem

Lohusanın izlemi doğum sonrası ilk 6-24 saat arasında yapılmalıdır. Annenin genel durumu değerlendirilir. Lohusanın tam bir fizik muayenesi yapılır, yakınması olup olmadığı sorular ve hemogramı kontrol edilir. Normal vajinal doğum sonrası eğer açıldıysa epizyotomi hattı, sezaryen yapıldıysa insizyon hattı değerlendirilmelidir. Aile içi şiddet açısından herhangi bir bulgu için izlem yapılmalıdır. Annenin postpartum depresyon açısından psikolojik durumu değerlendirilmelidir. Taburculuk öncesi anneye acilen sağlık kurumuna başvurması gereken durumlar için ve doğum sonrası iyileşme süreci hakkında bilgi verilmeli, riskli bir durum yok ise anne ve bebek taburcu edilmelidir (97).

Dördüncü izlem

Doğum sonrası 2-5. günler arasında izlem yapılmalıdır. Lohusanın genel durumu değerlendirilir, tam bir fizik muayenesi yapılır, gerekli tetkikleri istenir ve yakınması olup olmadığı sorular. Fiziksel aktivite ve pelvik tabanı güçlendirme egzersizleri hakkında bilgilendirilmeli, demir ve D vitamini desteği sağlanmalıdır. Doğum sonrası iyileşme süreci hakkında, bebek bakımı, anne sütü konusunda bilgilendirilmeli ve anne sütü vermesi için danışmanlık sağlanmalıdır. Meme başı çatlağı ve meme bakımı hakkında bilgilendirilmelidir (98). Doğum sonu dönemde ovülasyonun başlaması, AP konularında anne ve eşine AP danışmalığı verilmelidir. Anne ve bebeğin sağlığı için iki doğum arasındaki sürenin en az 2 yıl olması vurgulanmalı, anne ve yakınlarına riskli durumlar anlatılmalıdır. Yapılan izlem kayıt altına alınmalı ve diğer izlem için randevu oluşturulmalıdır (97,99).

Beşinci izlem

Doğum sonrası 13-27. günler arasında yapılmalıdır. Lohusanın genel durumu değerlendirilir, tam bir fizik muayenesi yapılır ve yakınması olup olmadığı sorular. Annenin ihtiyaç duyulan

tetikleri ve gerekirse idrar tetkiki de istenir. Dördüncü izlemde yapılan bilgilendirmeler yeniden gözden geçirilir. Yapılan izlem kayıt altına alınmalı ve diğer izlem için randevu oluşturulmalıdır. Bir sonraki izlemde eşyle beraber kuruma davet edilmelidir (97).

Altıncı izlem

Doğumdan sonraki 30-42.günlerde lohusanın izlemi yapılmalıdır. Annenin genel durumu değerlendirilir. Lohusanın tam bir fizik muayenesi yapılır ve yakınması olup olmadığı sorulur Bu izlemde, daha önce alınmadıysa vajinal smear alınmalıdır. Beşinci izlemdeki bilgilendirmeler gözden geçirilir. Lohusaya ve eşine cinsel ilişkiye yeniden başlamak konusunda ve AP ile ilgili danışmalık verilmelidir. Yapılan izlem kayıt altına alınmalıdır (97).



GEREÇ ve YÖNTEMLER

Çalışmamız Temmuz-Aralık 2020 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesinde çalışmakta olan 18-49 yaş arası sağlık çalışanı (doktor, hemşire/ebe) kadınlarla prospektif olarak yapılmıştır. Etik kurul onayı Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunun 28.07.2020 Tarihli 2020.169.07.02 sayılı kararı ile alınmıştır (Ek-1). Hastanemizde doktor, hemşire/ebe kadrosunda çalışmakta olan 482 kadın sağlık çalışanı bulunmakta olup çalışmamıza katılmayı kabul eden 206 gönüllü kadın araştırmamıza dahil edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri TNKÜ Hastanesinde çalışıyor olmak, kadın sağlık çalışanı (doktor, hemşire/ebe) olmak, gönüllü olmak olarak belirlenmiştir. 18 yaş altı veya 49 yaş üzeri olmak, gönüllü olmamak araştırmaya dahil edilmeme kriterleri olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların kimlik bilgileri toplanmamıştır. Çalışmanın verileri, Covid-19 pandemisi nedeniyle araştırmacılar tarafından hazırlanan anket ile hastane veri tabanına kayıtlı iletişim bilgileri kullanılarak online olarak gönderildi. Katılım onayları anket veri formunun girişinde yer alan, çalışmayı açıklayan ve çalışmaya katılımlarını talep eden içerik ile sağlandı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, aile tipi, medeni durumu, katılımcıların üreme dönemine ait verileri, obstetrik özellikleri sorularından oluşan ankete ek olarak, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış 55 çoktan seçmeli sorudan oluşan Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ölçeği (CSÜSÖ) (Ek 2) de uygulandı. Bu ölçek Gül Pınar ve ark. (100) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçektir. Ölçek 18 yaşın üzerindeki tüm kadınlara uygulanabilir. Ölçek, kadınların kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay ve çoktan seçmeli soru

tipinde olan 55 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinali ön-test ve son-test olarak kullanılmıştır. Biri kontrol grubu olmak üzere iki gruba uygulanan ölçek ile CSÜS eğitim modülü kullanılarak verilen eğitimin değerlendirilmesi sağlanmış ve sorulara verilen doğru yanıtların ortalamaları alınarak analizi yapılmıştır.

İstatistiksel analiz SPSS 22.0 kullanılarak yapıldı. Verilerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak belirlendi. Normal dağılım gösteren değişkenler ortalama ve standart sapma, normal dağılım göstermeyen değişkenler ortanca, min-maks ve kategorik değişkenler sayı, yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenler ki-kare testi kullanılarak analiz edildi. Ayrıca, ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach analizi yapıldı ve $>0,70$ anlamlı kabul edildi. İstatistiksel anlamlılık için p değerinin $0,05$ 'den küçük olması kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamıza doktor, hemşire\ebeden oluşan 206 kadın sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Tüm katılımcıların %51(n=105)'ini 22-28 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmaktaydı. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 30,62± 5,93 yıl idi (min 22 yaş- max 49 yaş).

Tablo 4: Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri(102)

Sosyodemografik özellikler	Sayı(n)	Yüzde (%)
Öğrenim Durumu	Lise	0
	Üniversite	206
Meslek	Doktor	96
	Hemşire	87
	Ebe	23
Medeni Durum	Bekar	96
	Evli	110
Doğum yeri	Marmara bölgesi	90
	Diğer Bölgeler	116
Kronik Hastalık	Var	43
	Yok	163
Sigara Kullanma	Evet	40
	Hayır	166
Aile Tipi	Çekirdek	183
	Diğer tipler	23
Aylık hane geliri	2554-5000 TL	31
	5000-10000 TL	100
	10000 üzeri	75
Toplam	206	100,0

Gönüllülerin tamamı üniversite mezunu ve %46,6(n=96)'sı doktor, %42,3(n=87)'ü hemşire, %11,2(n=23)'si ebe olarak çalışmaktaydı. Çalışmaya katılanların yaşadıkları aile türü

%88,8(n=183) oranında çekirdek aile tipindeydi ve aylık hane gelirine bakıldığında %15(n=31)'i 2554-5000 TL, %48,5(n=100)'ü 5000-10000 TL, %36,4(n=75)'ü 10000 TL ve üzeri hane geliri bulunmaktaydı (Tablo 4).

Tablo 5: Çalışmaya katılanların eşlerinin özellikleri (101)

Eşlerin özellikleri		Sayı(n)	Yüzde (%)
Öğrenim Durumu	Lise	28	26,4
	Üniversite	78	73,6
Meslek	Beyaz yakalı	95	86
	Mavi yakalı	17	14
Eş ile akrabalık bulunma durumu	Var	18	16,4
	Yok	92	83,6
Toplam		110	100,0

Katılımcıların eşlerinin eğitim durumu ve iş koluna göre dağılımlarına baktığımızda %73,6(n=78)'sı üniversite mezunu olup %86(n=95) oranında iş hayatında beyaz yakalı grup denilen grupta değerlendirildi. Katılımcıların %53,4(n=110)'ü evliydi ve evli olanların %16,4(n=18)'ünün eşi ile arasında akrabalık bağı bulunmaktaydı. Akraaba olanların hepsi kuzeniyle evli olduğunu belirttiler (Tablo 5).

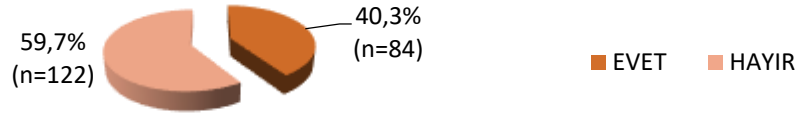
Tablo 6: Çalışmaya katılan kadınların çalışma süresi ve üreme dönemine ait verileri

	Ortalama	Ortanca	Minimum	Maximum
Çalışma süresi(yıl)	7,21	6	1	30
İlk adet yaşı	13	13	5	18
İlk cinsel ilişki yaşı	24,51	25	15	35
İlk gebelik yaşı	27,96	27	23	35
İlk evlilik yaşı	25,80	25,5	21	35

Katılımcıların ortalama meslekte çalışma süresi 7,21 yıldır. Katılımcıların ilk adet görme yaşı ortalama 13 yaş olarak saptandı. İlk cinsel ilişki yaşı 24,5 yaş olup ilk evlilik yaşı ortalama 25,8 yaş, ilk gebelik yaşı ortalama 27,8 yaş olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Katılımcıların Gebelik tecrübesi yaşadınız mı?’ sorusuna verdikleri cevaba baktığımızda, tüm katılımcıların %40,3(n=84)’ünün gebelik tecrübesi olmuş ve gebelik tecrübesi olanların %75(n=63)’i gebeliğini önceden planlamıştı (Şekil 1).

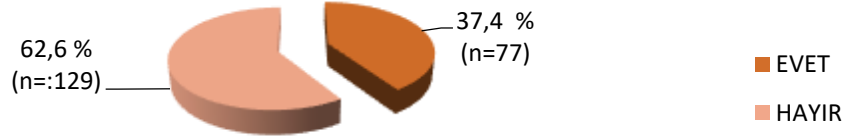
Hiç Gebelik Yaşadınız mı?



Şekil 1:Gebelik Tecrübesi

Çalışmaya katılanların daha önceki doğum tecrübelerini sorguladığımızda %37,4(n=77)’ü ve gebelik yaşayanların %91,7(n=77)’sinin daha önce doğum tecrübesi bulunmaktaydı (Şekil 2).

Hiç Doğum Yaptınız Mı?



Şekil 2:Doğum Tecrübesi

Çalışmaya katılanların obstetrik özellikleri sorgulandı. Katılımcılar arasında sadece bir kez gebelik yaşayanlar %63,1(n=53)’i ve gebelik tecrübesi olanlardan sadece bir kez doğum yapanlar ise katılımcıların %75,3’üydü. Çoğunluk gebeliğin önlenebileceğini düşünüyordu. Katılımcılardan %59,7(n=123)’si iki gebelik arasındaki ideal sürenin 2 yıl ve daha az olması gerektiğini ifade etmişti ve kendi gebelikleri arasında 2 yıl ve daha az olanların da oranı aynıydı. %66,5(n=137)’i ideal çocuk sayısının 2 olduğunu söylemişti ve 2 çocuğu olanlar ise %20,8(n=16) idi (Tablo 7).

Tablo 7: Çalışmaya katılanların obstetrik özellikleri

Obstetrik özellikler		Sayı(n)	Yüzde (%)
Gebelik Sayısı	1	53	63,1
	2	25	29,7
	3	3	3,6
	4	2	2,4
	5	1	1,2
	Toplam	84	100
Doğum sayısı	1	58	75,3
	2	17	22,1
	3	2	2,6
	Toplam	77	100
Çocuk sayısı	1	60	77,9
	2	16	20,8
	3	1	1,3
	Toplam	77	100
Sizce gebelik önlenebilir mi?	Evet	202	98,1
	Hayır	4	1,9
	Toplam	206	100
Sizce iki gebelik arası ideal süre ne kadar olmalıdır?	1-2 yıl	123	59,7
	3-4 yıl	69	33,5
	5-8 yıl	14	6,8
	Toplam	206	100
Sizce ideal çocuk sayısı nedir?	1	23	11,2
	2	137	66,5
	3	39	18,9
	4	7	3,4
	Toplam	206	100
Kendi gebelikleriniz arasındaki süre ne kadar?	1-2 yıl	26	59,7
	3-4 yıl	10	22,7
	5-9 yıl	8	17,1
	Toplam	44	100
Kaç çocuğunuz var?	1	60	77,9
	2	16	20,8
	3	1	1,3
	Toplam	77	100

Tüm katılımcıların %54,4(n=110)'ü daha önce bir AP yöntemi kullanmıştı ve yöntem kullananların %66,4(n=73)'ü eşi ile beraber AP yöntemine karar vermişti. %60,7(n=66)'si geleneksel AP yöntemleri ile korunmaktaydı. Çalışmamızda en çok bilinen AP yöntemleri sırasıyla kondom %12,9, oral kontraseptifler %11,5 ve RİA %11 olarak bulundu. En çok kullanılan AP yöntemleri ise sırasıyla kondom %33,3, oral kontraseptifler %24,5, geri çekme

%15 idi (Tablo 8). Katılımcılara yöntemi neden bıraktıklarını sorduğumuzda %53,5'i yöntemi etkin kullanamadığı için bıraktığını ifade etti.

Tablo 8: Çalışmaya katılanların AP ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları

		Sayı(n)	Yüzde (%)
Hiç AP yöntemi kullandınız mı?	Evet	110	54,4
	Hayır	96	45,6
	Toplam	206	100
Ne zaman AP yöntemi kullandınız?	Şimdi	43	39,1
	Son 1 yılda	17	15,5
	1-5 yılda	36	32,7
	5 yıldan önce	14	12,7
	Toplam	110	100
Bildiğiniz korunma yöntemleri nelerdir?	Geleneksel Yöntemler	58	28,3
	Modern Yöntemler	4	1,5
	Her ikisi de	144	70,2
	Toplam	206	100
Hangi AP yöntemlerini kullanıyorsunuz?	Geleneksel Yöntemler	66	60,7
	Modern Yöntemler	6	5,1
	Her ikisi de	38	34,2
	Toplam	110	100
Yönteme kim karar verdi?	Kendisi	36	32,7
	Eşi	1	0,9
	Beraber	73	66,4
	Toplam	110	100
Yöntemi ne kadar süre kullandınız?	1-5 yıl	75	76,3
	6-10 yıl	15	15,5
	11-15 yıl	8	8,2
	Toplam	110	100
Yöntemi bıraktıysanız sebebi nedir?	Yan etki	11	6,9
	Gebelik	23	25,6
	Etkin kullanamama	5	53,5
	İlişkinin sonlanması	3	11,6
	Menapoz	1	2,4
	Toplam	43	100

Katılımcılara ‘AP yöntemiyle ilgili danışmanlık aldınız mı?’ sorusunu yönelttiğimizde %75(n=85)’i daha önce bu konuda bir danışmanlık almadığını belirtmiştir. AP yöntemine nereden ulaştıkları sorulduğunda %42(n=42)’sinin eczanelerden, %11(n=11)’inin ASM’den yöntemi temin ettikleri görülmüştür. Yöntem kullananların %72(n=80)’si ise yöntemi temin ederken ücret ödemiştir (Tablo 9).

Tablo 9: Çalışmaya katılan AP yöntemi ile ilgili danışmanlık alma durumu, ücret ödeme durumu ve yöntemi aldığı yerler

		Sayı(n)	Yüzde (%)
AP yöntemiyle ilgili danışmanlık aldınız mı?	Evet	35	25
	Hayır	85	75
	Toplam	110	100
Yöntemi nereden aldınız?	Eczane	42	42
	Üniversite hastanesi	10	10
	ASM	11	11
	Özel hastane/muayenehane	15	15
	Diğer	22	22
	Toplam	100	100
Ücret ödediniz mi?	Evet	80	72
	Hayır	30	28
	Toplam	110	100

Katılımcıların %67,2(n=56)'si gebelikle ilgili danışmanlık aldıklarını belirtmiş olup bu danışmanlığı nereden aldınız sorusuna yanıt olarak sadece %10,7(n=6)'si ASM'lerden danışmanlık hizmeti almıştır.

Gebelerin tamamının gebelik izlemleri yapılmış ve doğum yapanların %92,2(n=71)'sinin lohusalık izlemleri yapılmış. Katılımcıların gebelikle ilgili danışmanlık, gebelik takibi, lohusa izlemleri çoğunlukla özel hastane ya da muayenehanelerde olmuş. Çocuk sahibi olanların %28,6(n=24)'sının bebekleri için cinsiyet tercihi olmuş (Tablo 10).

Doğumların %74,1(n=57)'i sezaryen ile %25,9(n=20)'u normal vajinal doğum ile olmuştur. Tüm doğumlarda doğumu yöneten sağlık çalışanı doktor olmuştur.

Tüm gebelikler maalesef canlı doğum ile sonuçlanmamıştır. Bir kez düşük yapan 5 kişi (%2,4), iki kez düşük yapan 1 kişi (%0,5) olmuştur. Ölü doğum yapan 1 kişi vardır. Bir kez küretaj yapılan 7 kişi (%3,4), iki kez küretaj yapılan 1 kişi (%0,5) olmuştur. Doğum yaptıktan sonra çocuğu ölen 1 kişi (%0,5) vardı.

Tablo 10: Çalışmaya katılanların doğum ile ilgili tutum ve davranışları

Doğum İle İlgili Tutum Ve Davranışlar	Sayı(n)	Yüzde (%)	
Gebelik planınız var mıydı?	Evet	63	75
	Hayır	2	1,2
	Daha sonra planlanıyor	20	23,8
	Toplam	84	100
Bebekle ilgili cinsiyet tercihi oldu mu?	Evet	24	28,6
	Hayır	60	71,4
	Toplam	84	100
Gebelik tanısını nerede aldınız?	Devlet Hastanesi	9	10,6
	ASM	2	2,5
	Üniversite	36	42,8
	Özel hastane/muayenehane	35	41,6
	Eczane	2	2,5
	Toplam	84	100
Gebelikle ilgili danışmanlık adınız mı?	Evet	56	67,5
	Hayır	27	32,5
	Toplam	83	100
Gebeliğinizde danışmanlığı nerden aldınız?	ASM	6	10,7
	Üniversite	11	19,6
	Özel Hastane/Muayenehane	39	69,7
	Toplam	56	100
Gebeliğinizin takibi ve izlemleri nerede yapıldı?	Devlet Hastanesi	8	9,5
	ASM	4	4,8
	Üniversite	16	19,1
	Özel Hastane/Muayenehane	56	66,6
	Toplam	84	100
Hiç doğum yaptınız mı?	Evet	77	37,4
	Hayır	129	62,2
	Toplam	206	100
Lohusalık izlemlerinizi yapıldı mı?	Evet	71	92,2
	Hayır	6	7,8
	Toplam	77	100
Lohusalık izlemlerinizi nerede yapıldı?	ASM	20	28,2
	Üniversite	13	18,3
	Özel Hastane/Muayenehane	39	53,5
	Toplam	71	100

Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Ölçeği, 55 sorudan oluşmaktaydı. Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach analizi yapıldı. Cronbach's alfa katsayısı, ölçekte bulunan maddelerin yapısını sorgulamak veya açıklamak için kullanılır. Katsayı yüksek ise maddelerin

birbirleriyle tutarlı olduğu ve aynı özelliği değerlendiren maddelerden oluştuğu yorumu yapılabilir. Cronbach's alfa değeri 0,897 ile anlamlı olarak bulundu (Cronbach's alfa >0,70).

Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Ölçeğinde sorularda 5 adet şık bulunuyordu. Şıklardan biri doğru cevap iken diğerleri yanlış cevaplardı. Ölçekteki sorular değerlendirilirken doğru ve yanlış yanıtlar olarak kodlanıp istatistikleri yapıldı. Ölçekte sorulara verilen yanıtlarda anlamlı fark bulunan 29 soru açıklanacaktır(Tablo 11).

Tablo 11: Kadın sağlık çalışanları meslek gruplarının CSÜSÖ verdikleri cevapların değerlendirilmesi

Soru Numarası	Doktor				Hemşire/ Ebe				*p değeri
	Doğru yanıt sayısı (n)	Doğru yanıt yüzdesi (%)	Yanlış yanıt sayısı (n)	Yanlış yanıt yüzdesi (%)	Doğru yanıt sayısı (n)	Doğru yanıt yüzdesi (%)	Yanlış yanıt sayısı (n)	Yanlış yanıt yüzdesi (%)	
1	88	91,7	8	8,3	94	88,5	16	14,5	0,116
2	90	93,8	6	6,3	94	88,5	16	14,5	0,054
3	76	79,2	20	20,8	69	62,7	41	37,3	0,010**
4	87	90,6	9	9,4	106	96,4	4	3,6	0,091
5	86	89,6	10	10,4	95	86,4	15	13,6	0,480
6	75	78,1	21	21,9	81	73,6	29	26,4	0,453
7	94	97,9	2	2,1	105	95,5	5	4,5	0,331
8	89	92,7	7	7,3	91	82,7	19	17,3	0,031*
9	86	89,6	10	10,4	86	78,2	24	21,8	0,028*
10	94	97,9	2	2,1	102	92,7	8	7,3	0,084
11	92	95,8	4	4,2	70	63,6	40	36,4	0,000** *
12	93	96,9	3	3,1	101	91,8	9	8,2	0,063
13	92	95,8	4	4,2	85	77,3	25	22,7	0,000** *
14	96	100	0	0	102	92,7	8	7,3	0,077
15	95	99	1	1	104	94,5	6	5,5	0,081
16	77	80,2	19	19,8	84	76,4	26	23,6	0,505
17	67	69,8	29	30,2	45	40,9	65	59,1	0,000** *
18	95	99	1	1	102	92,7	8	7,3	0,229
19	91	94,8	5	5,2	75	68,2	35	31,8	0,000** *
20	94	97,9	2	2,1	103	93,6	7	6,4	0,134
21	90	93,8	6	6,2	95	86,4	15	13,6	0,080
22	93	96,9	3	3,1	96	87,3	14	12,7	0,012*
23	90	93,8	6	6,3	91	82,7	19	17,3	0,016*
24	88	91,7	8	18,3	99	90	11	10	0,680

Tablo 11 Devam: Kadın sağlık çalışanları meslek gruplarının CSÜSÖ verdikleri cevapların değerlendirilmesi									
25	77	80,2	19	19,8	62	56,4	48	43,6	0,000** *
26	89	92,7	7	7,3	98	89,1	12	10,9	0,371
27	46	47,9	50	52,1	37	33,6	73	66,4	0,037*
28	94	97,9	2	2,1	98	89,1	12	10,9	0,012*
29	86	89,6	10	10,4	91	82,7	19	17,3	0,158
30	93	96,6	3	3,1	101	91,8	9	8,2	0,122
31	83	86,5	13	13,5	88	80	22	20	0,218
32	65	67,7	31	32,3	57	51,8	53	48,2	0,021*
33	92	95,8	4	4,2	95	86,4	15	13,6	0,019*
34	88	91,7	8	8,3	83	75,5	27	24,5	0,002** *
35	80	83,3	16	16,7	86	78,2	24	21,8	0,351
36	87	90,6	9	9,4	84	76,4	26	23,6	0,007**
37	77	80,2	19	19,8	71	64,5	39	35,5	0,013*
38	91	94,8	5	5,2	95	86,4	15	13,6	0,042*
39	86	89,6	10	10,4	90	81,8	20	18,2	0,115
40	83	86,5	13	13,5	73	66,4	37	33,6	0,001** *
41	71	74	25	26	82	74,5	28	25,5	0,225
42	96	100	0	0	104	94,5	6	5,5	0,220
43	72	75	24	25	82	74,5	28	25,5	0,940
44	96	100	0	0	108	98,2	2	1,8	0,184
45	82	85,4	14	14,6	56	50,9	54	49,1	0,000** *
46	93	96,9	3	3,1	94	85,5	16	14,5	0,005**
47	94	97,9	2	2,1	98	89,1	12	10,9	0,012*
48	87	90,6	9	9,4	91	82,7	19	17,3	0,099
49	82	85,4	14	14,6	79	71,8	31	28,2	0,018*
50	90	93,8	6	6,3	85	77,3	25	22,7	0,001** *
51	91	94,8	5	5,2	84	76,4	26	23,6	0,000** *
52	95	99	1	1	91	82,7	19	17,3	0,000** *
53	61	63,5	35	36,5	49	44,5	61	55,5	0,006**
54	79	82,3	17	17,7	77	70	33	30	0,040*
55	73	76	23	24	44	37,6	66	74,2	0,000** *

Ki- kare testi uygulanmıştır. P değeri yorumu $p<0.05^$, $p<0.01^{**}$, $p<0.001^{***}$ olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Soru 3: Cinsel değerler ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

Sorunun doğru cevabı cinsellikle ilgili değerler değiştirilemez ve negatif cevaplı bir soru idi. Verilen yanlış cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı($p=0,010$). Doktorların yanlış cevap

yüzdesinin (%20,8(n=20)), hemşire ve ebelere (%37,3(n=41)) göre düşük olduğu görülmektedir.

Soru 8: Aşağıdakilerden hangisi cinsel hayatı olumsuz etkileyen faktörlerden değildir?

Sorunun doğru cevabı mastürbasyon ve negatif cevaplı bir soru idi. Verilen yanlış cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,031$). Doktorların yanlış cevap yüzdesinin (%7,3(n=7)), hemşire ve ebelere (%17,3(n=19)) göre düşük olduğu görülmektedir.

Soru 9: Toplumda kadınların ve erkeklerin, sorumluluk ve rollerini belirleyen temel etken aşağıdakilerden hangisidir?

Sorunun doğru cevabı toplumun kültürel değerleri idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,028$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%89,6(n=86)), hemşire ve ebelere (%78,2(n=86)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 11: Aşağıdakilerden hangisi gençlik döneminde sık görülen ÜS sorunlarından biri değildir?

Sorunun doğru cevabı üreme organları kanserleri idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,000$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%95,8(n=92)), hemşire ve ebelere (%63,6(n=70)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 13: Aşağıdakilerden hangisi kadın dış üreme organlarından biri değildir?

Sorunun doğru cevabı overler idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,000$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%95,8(n=92)), hemşire ve ebelere (%77,3(n=85)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 17: Genç kızların adet görme için en uygun yaş aralığı hangisidir?

Sorunun doğru cevabı 11-14 idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,000$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%69,8(n=67)), hemşire ve ebelere (%40,9(n=45)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 19: Aşağıda verilen ifadelerden hangisi gece boşalmaları (ıslak rüya görme) ile ilgili doğrudur?

Sorunun doğru cevabı hormonal aktiviteye göre her kişide farklılık gösterir idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,000$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%94,8(n=91)), hemşire ve ebelere (%68,2(n=75)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 22: Normal bir gebelik süresi kaç haftadır?

Sorunun doğru cevabı 40 hafta idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,012$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%96,9(n=93)), hemşire ve ebelere (%87,3(n=96)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 23: En yüksek gebe kalma olasılığının olduğu dönem aşağıdakilerden hangisidir?

Sorunun doğru cevabı adet başlamadan iki hafta önce idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,016$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%93,8($n=90$)), hemşire ve ebelere (%82,7($n=91$)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 25: Gebelik açısından aşağıdakilerden hangisi risk faktörlerinden değildir?

Sorunun doğru cevabı 30 yaşında ilk gebelik olması idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,000$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%80,2($n=77$)), hemşire ve ebelere (%56,4($n=62$)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 27: Aşağıdakilerden hangisi AP'nin yararları arasında sayılmaz?

Sorunun doğru cevabı cinsel fonksiyon bozukluklarını düzeltme ve negatif cevaplı bir soru idi. Verilen yanlış cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,037$). Doktorların yanlış cevap yüzdesinin (%52,1($n=50$)), hemşire ve ebelere (%66,4($n=73$)) göre düşük olduğu görülmektedir.

Soru 28: Aşağıdakilerden hangisi gebeliği önleyici etkin yöntemlerden birisi değildir?

Sorunun doğru cevabı geri çekme ve negatif cevaplı bir soru idi. Verilen yanlış cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,012$). Doktorların yanlış cevap yüzdesinin (%2,1($n=2$)), hemşire ve ebelere (%10,9($n=12$)) göre düşük olduğu görülmektedir.

Soru 32: Aşağıdakilerden hangisi vazektominin olumlu özelliklerinden biri değildir?

Sorunun doğru cevabı yaklaşık 20 boşalmadan sonra etkinliği başlar ve negatif cevaplı bir soru idi. Verilen yanlış cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,021$). Doktorların yanlış cevap yüzdesinin (%32,3($n=31$)), hemşire ve ebelere (%48,2($n=53$)) göre düşük olduğu görülmektedir.

Soru 33: Aşağıdaki gebeliği önleyici yöntemlerden hangisi bireyleri CYBE'lere karşı korur?

Sorunun doğru cevabı prezervatif idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,019$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%95,8($n=92$)), hemşire ve ebelere (%86,4($n=95$)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 34: Aşağıdakilerden hangisi tüplerin bağlanması olumlu yönlerinden biridir?

Sorunun doğru cevabı korunma kaygısına son verir idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,002$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%91,7($n=88$)), hemşire ve ebelere (%75,5($n=83$)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 36: Aşağıdaki gebeliği önleyici yöntemlerden hangisi erkekler içindir?

Sorunun doğru cevabı prezervatif idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,007$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%90,6($n=87$)), hemşire ve ebelere (%76,4($n=84$)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 37: Kondomun doğru kullanımı ile ilgili özelliklerden yanlış olanı hangisidir?

Sorunun doğru cevabı kayganlaştırmak için vazelin kullanılmalıdır ve negatif cevaplı bir soru idi. Verilen yanlış cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,013$). Doktorların yanlış cevap yüzdesinin (%19,8($n=19$)), hemşire ve ebelere (%35,5($n=39$)) göre düşük olduğu görülmektedir.

Soru 38: Gebeliği önleyici yöntemlerden deri altı implantasyonu ile ilgili özelliklerden yanlış olanı hangisidir?

Sorunun doğru cevabı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucudur ve negatif cevaplı bir soru idi. Verilen yanlış cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,042$). Doktorların yanlış cevap yüzdesinin (%5,2($n=5$)), hemşire ve ebelere (%13,6($n=15$)) göre düşük olduğu görülmektedir.

Soru 40: Bebeğin rahim dışında yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin sonlanmasına ne denir?

Sorunun doğru cevabı düşük idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,001$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%86,5($n=83$)), hemşire ve ebelere (%66,4($n=73$)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 45: ‘‘Ayhan 23 yaşında, bir üniversite öğrencisidir. Bir hafta önce cinsel ilişkisi olmuş. Şuanda idrar yaparken yanma ve peniste pis kokulu akıntısı olduğunu fark eder. Panikle öğrenci sağlık merkezine başvurur.’’ Sizce Ayhan’ın hastalığı ne olabilir?

Sorunun doğru cevabı gonore idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,000$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%85,4($n=82$)), hemşire ve ebelere (%50,9($n=56$)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 46: ‘‘Ayhan 23 yaşında, bir üniversite öğrencisidir. Bir hafta önce cinsel ilişkisi olmuş. Şuanda idrar yaparken yanma ve peniste pis kokulu akıntısı olduğunu fark eder. Panikle öğrenci sağlık merkezine başvurur.’’ Ayhan’ın tedavi süreci ile ilgili doğru olan seçenek hangisidir?

Sorunun doğru cevabı cinsel eşle beraber tedavi edilmelidir idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,005$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%96,9($n=93$)), hemşire ve ebelere (%85,5($n=94$)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 47: ‘‘ Aylin 22 yaşında ve iki yıldır bir erkek arkadaşı var. Cinsel ilişki ile sonlanmayan cinsel beraberlik yaşıyor. Cinsel ilişki için hazır olmadığını düşünüyor. Bir gün alkolün etkisi

ve karşılıklı isteğin artması ile cinsel ilişkide bulunuyor. Cinsel ilişki esnasında prezervatif kullanmıyorlar. Cinsel beraberlikten bir hafta sonra vajinadan gelen peynirimsi akıntı ve kaşıntı başlıyor. Ve şikayetlerinin giderek artmasıyla Aylin öğrenci sağlık merkezine başvuruyor.’’ Sizce Aylin’in sorunu nedir?

Sorunun doğru cevabı genital mantar idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,012$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%97,6($n=94$)), hemşire ve ebelere (%89,1($n=98$)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 49: Gonore ile ilgili özelliklerden yanlış olanı hangisidir?

Sorunun doğru cevabı sadece erkeklerde görülebilen bir hastalıktır ve negatif cevaplı bir soru idi. Verilen yanlış cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,018$). Doktorların yanlış cevap yüzdesinin (%14,6($n=14$)), hemşire ve ebelere (%28,2($n=31$)) göre düşük olduğu görülmektedir.

Soru 50: Aşağıdakilerden hangisi sifilizin bulaşma yollarından biri değildir?

Sorunun doğru cevabı hava yolu idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,001$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%93,8($n=90$)), hemşire ve ebelere (%77,3($n=85$)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 51: Aşağıdakilerden hangisi genital mantar hastalığında görülen vajinal akıntının özelliğidir?

Sorunun doğru cevabı peynirimsi, kaşıntılı akıntı idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,000$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%94,8($n=91$)), hemşire ve ebelere (%76,4($n=84$)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 52: HIV/AIDS ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

Sorunun doğru cevabı AIDS aşısı ile tedavi edilen bir hastalıktır idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,000$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%99($n=95$)), hemşire ve ebelere (%82,7($n=91$)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 53: Aşağıdakilerden hangisi AIDS hastalığının temel belirtilerinden biri değildir?

Sorunun doğru cevabı tekrarlayan baş ağrısı ve negatif cevaplı bir soru idi. Verilen yanlış cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,006$). Doktorların yanlış cevap yüzdesinin (%36,5($n=35$)), hemşire ve ebelere (%55,5($n=61$)) göre düşük olduğu görülmektedir.

Soru 54: HIV antikorlarının kanda ölçülebilecek düzeye gelmesi için ne kadar süreye ihtiyaç vardır?

Sorunun doğru cevabı 3 ay idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,040$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%82,3(n=79)), hemşire ve ebelere (%70(n=77)) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Soru 55: HIV aşağıdakilerden hangi yolla bulaşmaz?

Sorunun doğru cevabı tükürük idi. Verilen doğru cevaplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0,000$). Doktorların doğru cevap yüzdesinin (%76(n=73)), hemşire ve ebelere (%33,7(n=44)) göre yüksek olduğu görülmektedir.



TARTIŞMA

Kadınların iş hayatında daha fazla yer almasının bir sonucu olarak kadın sağlık çalışanı sayısı her geçen gün artmaktadır. İçerisinde yaşadığımız toplumun kadınlara yüklediği annelik görevi ve biyolojik açıdan doğurganlığın kadın vücuduna has bir durum olması nedeniyle kadınlar ÜS açısından erkeklere kıyasla daha önemli ve ayrıcalıklı durumdadır (13).

Çalışmamıza katılanların sosyodemografik verilerini diğer çalışmalarla kıyasladığımızda bizim çalışmamızın yaş ortalaması, meslek dağılımları, eğitim durumları, yaşadıkları aile tipi birçok çalışma ile benzerdi (103,104,105). TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaşındaki ve doğurganlık çağındaki kadınların %66'sı evli, %30'u ise hiç evlenmemiş olup, 20-24 yaş aralığında evlenmiş kadınların %23'ünün akraba evliliği yaptığı görülmüştü. Evlilik oranımız Türkiye ortalamasına benzer olmakla beraber akraba evlilik oranımız bölge dinamikleri dikkate alındığında Türkiye ortalamasının altındaydı (91).

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının ilk evlilik yaşı ortalama 24,8 yaş olup TNSA 2018 verileri ile uyumlu bulunmuştur (91). Canbaz ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptığı araştırmada bulgularımızı destekler şekilde evlilik yaşını 23.6 ± 2.6 yaş olarak bulunmuştur (106).

Katılımcıların ilk adet görme yaş ortalaması 13 yaş olup Manisa'da Aile Hekimliği bölgesinde yapılan bir çalışmadaki ilk adet yaşı $13,03 \pm 1,34$ yaş olup bulgularımız benzerdi (107).

Araştırmamızda katılımcıların ilk cinsel ilişki yaşı 24,5 yaş olarak görüldü. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Fakat Marmara Üniversitesindeki bir çalışmada kız öğrencilerde ilk cinsel ilişkinin 17,9 yaşında olduğu görülmüştür (52). Bu çalışmayı çalışmamızla kıyasladığımızda, çalışmamızda ilk cinsel ilişki yaş ortalaması bu çalışmanın

üzerinde bulunmuş olup bunun nedenini eğitim süresinin uzunluğu ve zorluğundan kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda sağlık çalışanı kadınların ilk gebelik yaş ortalamasını 27,8 yaş olarak bulduk. Koruk ve arkadaşlarının, sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleriyle ilgili yaptığı çalışmada ilk gebelik yaşı ortalaması bizim çalışmamıza benzer bulunmuştur (103).

Tüm katılımcılarımızın %40,3'ünün gebelik tecrübesi olmuş ve bunların %75'i gebeliğini önceden planlamıştı. Kırklareli Kadın Hastalıkları ve Doğum servisine ve polikliniklerine başvuran hastaların değerlendirildiği başka bir çalışmada, servise başvuran kadınlarda gebelerin oranı %38,1 olup %93,8'inin bu gebeliklerini önceden planladığını belirtilmiştir. Çalışmamızla kıyasladığımızda bu ve benzer birkaç çalışmada planlı gebelik oranları daha yüksek oranda göze çarpmaktadır (108). Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise kadınların sonuncu gebeliklerinin %66,9'unun planlanarak olduğu ve bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında planlanan gebelik oranının daha düşük olduğu görülmüştür (109). Sağlık çalışanlarında gebelik tecrübesini yansıtan başka bir çalışmada ise gebelik yaşı 25.2 ± 2.1 yaş ve sonuçlar bizim çalışmamızla uyumluydu. Aynı çalışmada sağlık çalışanları arasında planlı gebelik oranını %99,4 bulmuştur ve bu oran bizim çalışmamızdan daha yüksek olduğu görülmektedir (103).

Çalışmamızda en çok bilinen AP yöntemleri sırasıyla kondom, oral kontraseptifler ve RİA olarak bulundu ve bulgularımız yine sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka bir çalışma ile uyumluydu (110). Çalışmamızda katılımcıların en çok kullandığı AP yöntemleri ise sırasıyla kondom, oral kontraseptifler ve geri çekme idi. İstanbul'daki bir çalışmada ise kadınların %78'nin AP yöntemi kullandığı ve tercih edilen yöntemlerin en başında da RİA, kondom ve oral kontraseptifler gelmekteydi. Bu çalışmada kullanılan AP yöntemlerinin yüzdesi bizim çalışmamızın üzerindedir (16). Çalışmamızda geleneksel yöntem kullanım oranları benzer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur (111). Bunun sebebi olarak hastanemiz kadın sağlık çalışanlarının mesleki eğitimleri esnasında ÜS hakkında öğrendikleri detaylı bilgilerin AP tercihleri üzerine etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı çalışmamızda %39,3 bulunmuştur ve Şanlıurfa'da yapılan çalışmada %72,3 modern yöntem kullanımı ile daha yüksek bulunmuştur ve en sık yöntem kullanmama nedeni sorulduğunda etkin kullanamama, gebelik durumu cevapları verilmiş olup bu bulgular bizim çalışmamızla benzerdir (103).

Çalışmamızda AP yöntemi kullananların %75'i yöntem için danışmanlık hizmeti almamıştı ve bulgularımızla benzer çalışmalar bulunmaktadır (112). Ayrıca araştırmamızda AP yöntemi

kullanan katılımcıların %73'ü yöntem için ücret ödemiştir. Katılımcılarımızın büyük çoğunluğunun ücretsiz verilen AP hizmetlerinden yararlanmadığını, sadece %11'in ASM'lerine bu yöntemler için başvurduğu görüldü. Afyon'da yapılan başka bir çalışmada, kadınların daha yüksek bir oranda yaşadıkları yerin yakınındaki birinci basamak sağlık kuruluşuna AP yöntemi için başvurduğu görülmüştür (113). Çalışmamıza benzer diğer bir çalışmada ise kullandığı AP yöntemi için AH tarafından danışmanlık alanlar katılımcıların %6,9'unu oluşturuyordu ve bize göre daha düşük oranda idi (114).

Sağlık çalışanlarının doğum şeklinin araştırıldığı bir çalışmada, sağlık personeli olmayan gruptaki sezaryen oranı %38 ve sağlık personeli grubunda ise %61 ile çalışmamıza yakın görülmüştür (115).

Çalışmaya katılanların %37,4'ü ve gebelik yaşayanların %91,7'sinin daha önce doğum tecrübesi mevcuttu. Doğum yapanların tamamının doğumları sezaryen ya da normal doğum fark etmeksizin hastanede hekim tarafından yönetilmiş ve ebe tarafından yönetilen doğum hiç olmamıştı.

Gebelik yaşayan katılımcılarımızın %100'ü doğum öncesi bakım hizmeti almış ve gebelik izlemleri yapılmıştı. Doğum yapanların %92,2'sinin ise lohusalık izlemi yapılmıştı. Katılımcılarımızın doğum ve lohusa izlemleri daha çok özel hastaneler ve muayenehanelerde yapılmaktaydı. Göze çarpan ve nedenlerinin araştırılması gereken bir durum olarak ASM'de gebelik ve lohusa izlem oranları diğer yerlere göre oldukça düşüktü. Bunun sebebi olarak çalışma koşullarının yoğunluğu, hastane ortamında çalışmanın avantajıyla kliniklere daha kolay ulaşılması gibi sebepleri sayabiliriz.

Çalışmamızda evlilerin %7,2'si düşük yapmıştır ve bu oran ülke ortalamamızın altındadır (71,91). Ülkemiz kadınlarında hayat boyu ortalama ölü doğum sayısı ise 0,04 ve her 100 gebelikten 1'i ölü doğumla sonlanmaktadır (71,91). Çalışmamızda evlilerin %0,9'u ölü doğum yapmıştı ve bu oran TNSA 2018 verilerine oldukça yakındır.

Çalışmamızda cinsel hayatı olumsuz etkilemeyen etkenler sorulduğunda mastürbasyon cevabı doğru olarak verilmiştir. Başka bir çalışmada 8 yıl arayla değerlendirilen bir grupta mastürbasyon yapanların birinci ve ikinci değerlendirmede sırasıyla %90 ve % 83,5 olarak yüksek oranlar görülmüştür. Bu oranlarda yıllar içinde bir farklılık görülmemesi, çalışmamızda olduğu gibi cinsel hayatı olumsuz etkilemediğinin bilindiğini, mastürbasyonun toplumsal kabul görmüş ve yaygın bir cinsel tutum olduğunu düşündürmüştür (116).

Çalışmamızda toplumdaki kadın ve erkeklerin rol ve sorumluluklarını belirleyen temel etken sorusuna toplumun kültürel etkenleri doğru cevabı verilmiştir. Hemşirelik öğrencileriyle

yapılan başka bir çalışmada %92,8'inin kültürel yapının cinsel tabular ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin oluşmasında önemli olduğunu söylemesi sonuçların çalışmamızla paralel olduğunu göstermektedir (117).

Araştırmamızdaki gençlik döneminde sık görülmeyen sağlık sorunu sorusuna üreme organ kanserleri doğru cevabı verilmiştir. Jinekolojik malignite tanısıyla takip edilen hastaların olduğu bir çalışmada , %35,1'inin 21-40 yaş, %51,7'sinin 41- 60 yaş ve %13,2'sinin 61-80 yaşlar arasında olduğu ve hastaların çoğunluğunun çalışmamızda olduğu gibi malignite tanısını ileri yaşta aldığı görülmektedir (118).

Çalışmamızda "hangisi gebelik açısından risk faktörlerden değildir?" sorusuna ilk gebeliğin 30 yaşında olması doğru cevabı verildi. Anne yaşının değerlendirildiği bir çalışmada, 20 yaşından genç ve adölesan gebelerin, genç yaşlarda ve kısa aralıklarla sık doğum yaptıklarından kendileri ve bebekleri için yüksek ölüm riski bulunmakta olduğu ifade edilmiştir. Ek olarak, 40 yaş ve üzerindeki gebeliklerde riskin artışı, hipertansiyon ve diyabet gibi komplikasyonu yüksek hastalıkların daha çok görülmesine bağlıdır. Anne yaşının ilerlemesiyle Down Sendromu görülme riski de artmaktadır (119).

Çalışmamızda tüplerin bağlanması olumlu yönleri sorusuna korunma kaygısına son vermesi doğru cevabı verilmiştir. Tüp ligasyonu yapılan hastaların değerlendirildiği bir çalışmada, tüp ligasyonu işleminin cinsel yaşamı bozacak bir etkisi olmadığı ve birçok çiftin istenmeyen gebelik korkusu olmadan daha rahat ve spontan cinsel ilişkiye girdikleri vurgulanmıştır (120).

Vaka olarak anlatılan sorumuza gonore doğru cevabı verilmiştir. Gonore, cinsel temasla ve perinatal olarak bulaşır ve kadın infertilitesi, pelvik inflamatuvar hastalık ve yenidoğanda konjonktivit gibi ciddi komplikasyonlara sebep olabilir. Tek konakçısı insan olan patojen sağlık çalışanı kadınlar tarafından oldukça yüksek düzeyde bilinmekte ve tanınmaktadır (121).

Sifilizin bulaş yollarından olmayanın sorulduğu ve hava yolu yanıtının doğru cevap olarak yüksek oranda verildiği görülmüştür. Çalışmamızda farklı bir soruda ise hangisi cinsel yolla bulaşan hastalıklardandır sorusuna sifiliz doğru yanıtı doktorlar tarafından %100, hemşire/ebe tarafından %94,5 oranında verilmiştir ve doğru yanıtların oranları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p:0,220) . Birinci basamakta da evlilik öncesi tetkiklerde de değerlendirilen sifilizin bulaş yolları iyi bilinmektedir (122).

Genital mantarda akıntının özelliği sorulduğunda peynirimsi, kaşıntılı akıntı doğru cevabı yüksek oranda verildi. Kadınların her yıl %5-8 gibi yüksek bir oranda vajinal kandidaya

yakalandığı bir çalışmada vurgulanmaktadır (123). Sağlık çalışanı, kadın cinsiyette olma, kandidaya yakalanma riski fazla olması nedenleriyle oldukça yüksek oranda doğru yanıt verildiğini düşünmekteyiz.

HIV/AIDS ile ilgili hangisi yanlıştır sorusuna yüksek oranda aşı ile tedavi edilebilir yanıt gelmiştir. Başka bir soruda ise hangisiyle bulaşmaz diye sorulan soruya yüksek oranda doğru cevap olan tükürük yanıtı gelmiştir. HIV ile ilgili yapılan güncel bir çalışmada; enfekte kişilerin en yüksek miktarda virüs kanında bulunmaktadır. Bunu; genital salgılar, anne sütü, balgam, gözyaşı, beyin omurilik sıvısı ve tükürük takip etmektedir. Bulaşa en çok neden olan ise genital salgı, kan ve anne sütüdür. Bahsedilen diğer salgıların çalışmamızda olduğu gibi pratikte bulaş yapmadığı düşünülmektedir (124).

Çalışmamızda cinsel yolla bulaşmayan hastalık sorulduğunda tüberküloz doğru yanıtı doktorlar tarafından %100, hemşire/ebe tarafından %98,2 oranında verilmiştir ve doğru yanıtların oranları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,184$). Ülkemizde vaka sayısı fazla olduğundan tüberküloz bulaş yolları bilinmektedir (125).

HIV/AIDS ile ilgili yanlış şık sorulduğunda aşı ile tedavi edilebilir doğru yanıtı doktorlar tarafından %99, hemşire/ebe tarafından %82,7 oranında verilmiştir ve doğru yanıtların oranları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,000***$). Günümüzde HIV aşısı bulunan bir hastalık değildir. Ancak oldukça etkin tedavi yöntemleri ile hastalar hayatını devam ettirmektedir (126).

Çalışmamızda cinsel istismar ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur sorusuna kişi bedenine dokunulmasını istemediğinde hayır diyebilmelidir doğru cevabı hemşire/ebe tarafından %96,4, doktorlar tarafından %90,6 oranında verilmiştir ve doğru yanıtların oranları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,091$). Cinsel istismar olgularının %15 gibi bir kısmı bildirilmektedir ve bu sebeple çoğu vaka bilinmemektedir. Cinsel istismarın yaygınlığı bir çalışmada erkekler için %5–8, kadınlar için %12–17, çocuklar için %10–40 olduğu bildirilmiştir (127).

Çalışmamızda hangisi riskli cinsel davranışlardan birisidir sorusuna oral cinsel ilişki doğru cevabı hemşire/ebe tarafından %95,5, doktorlar tarafından %97,9 oranında verilmiştir ve doğru yanıtların oranları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,331$). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise CYBE'lerin oral ilişki ile geçebileceği %32 oranında bilinmektedir ve bizim çalışmamızdan oldukça düşük orandadır (128).

Çalışmamızda hangisi aile planlamasının yararları arasında sayılmaz sorusuna cinsel fonksiyon bozukluklarını düzeltme doğru yanıtı doktorlar tarafından %47,9, hemşire/ebe tarafından %33,6 oranında verilmiştir ve doğru yanıtların oranları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,037^*$). Doğru yanıt oranları oldukça düşüktür ve bu durum AP yararlarının bilinmediğini göstermektedir. ÜS ve AP için ülkemizin hedeflerine çalışmamızda ayrıntılı şekilde yer verilmiştir.

CSÜSÖ' de 55 soru bulunmaktaydı. Doktor ve hemşire/ebe grupları beraber değerlendirildiğinde, verilen doğru yanıt yüzdeleri 29 soru için %80 ve üzerinde idi. 11 soru için ise %90 ve üzerinde doğru yanıt her iki grup tarafından verilmişti. Hekim grubunda sadece 1 soruda %50'den az doğru yanıt verilmiş idi, hemşire/ebe grubunda ise 4 adet soru %50'den az doğru yanıtlanmıştı.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Üreme sağlığı ve hizmetleri, ülkemizde kadınlar tarafından daha çok kullanılmaktadır. Bunun sebebi ise kadınların doğurgan olmaları ve enfeksiyonlara erkeklere oranla daha yatkın olmalarıdır (16).

Sağlık çalışanları olarak bu hizmetleri veren ve kadınlar olarak bu hizmetlerden faydalanan gruptayız. Hizmet veren ve hizmet alan kadın sağlık çalışanlarının, ÜS'yi geliştirmek ve farkındalığı artırmak hedefiyle başladığımız çalışmamızı tamamladık.

- Sağlık çalışanlarının evliliklerinde adet ve kültürel özelliklerin etkili olduğunu düşünmekteyiz. Evli sağlık çalışanlarının %16,4'ünün kuzeniyle evli olduğu görülmüştür.
- Kadınların büyük çoğunluğunun %88,8'inin çekirdek aile olarak yaşadığı görülmüştür. Toplumumuzun kalabalık ve büyük aile yapısının sağlık çalışanlarında yerini çekirdek aileye bıraktığı görülmektedir.
- Katılımcıların ilk adet yaşı ortalaması 13 yaş idi. Beklenen adet yaşı 11-14 yaş arası olduğundan uygun aralık içerisindeydi.
- İlk cinsel ilişki yaşı ortalaması 24,51 yaş ve ilk evlilik yaşı ortalaması 25,80 yaş idi. Katılımcıların bir kısmının evlilik öncesi cinsel aktif oldukları görüldü.
- İlk gebelik yaşı ortalaması 27,96 yaş idi. Türkiye ortalaması üzerinde olduğu görüldü ve kadınların eğitim ve iş hayatının gebelik tercih ve isteklerini değiştirdiği düşünüldü.
- Doğum yapan kadınların doğumları normal vajinal ya da operatif olması fark etmeden hekim tarafından yönetilmişti.

- Doğum yapanların %92,2'sinin lohusalık izlemleri yapılmıştı. Bu oran yüksek olmasına rağmen birinci basamak olarak hedefimiz %100 olmalıdır.
- Çalışmaya katılanların %1,9'u gebeliğin önlenemeyeceğini düşünmektedir. Mezuniyet öncesi ve meslek içi eğitimlerle AP önemi ve gerekliliğine daha fazla yer verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.
- Katılımcıların %59,7'si iki gebelik arası ideal sürenin 2 yıl ve altı olmalı olarak, kalanlar ise 3 yıl ve üstü olmalı şeklinde yanıtladı. Birinci basamakta yapılan gebe izlemlerinde gebeye, gebelikleri arasında en az 2 yıl olması gerektiği söylenmektedir. Bu hatırlatmanın gebe, lohusa ve 15-49 yaş kadın izlemlerinde de vurgulanması gerekmektedir.
- Çalışmada en çok bilinen AP yöntemleri kondom, oral kontraseptifler ve RİA'dır. Kullanılan AP yöntemleri ise sırasıyla kondom, oral kontraseptifler ve geleneksel bir yöntem olan geri çekmedir. Bilinen ve kullanılan yöntemlerin farklılık gösterdiği görülmüştür.
- AP yöntemlerini kullananların %42'si yöntemi eczaneden temin etmiştir ve %72'si yöntem için ücret ödediğini ifade etmiştir. AP hizmetlerinin herkes tarafından ulaşılabilir ve ücretsiz olması sağlanmalıdır.
- AP kullananların %75'i yöntemle ilgili danışmanlık hizmeti almamıştır. Özellikle birinci basamağın AP danışmanlık hizmetlerinde aktif rol aldığı vurgulanmalı ve ikinci, üçüncü basamak tarafından AP hizmetleri desteklenmelidir.
- Katılımcıların %67,5'i gebelik öncesi danışmanlık hizmeti almıştır. Danışmanlık hizmetlerinin gerekliliği topluma hızla ulaşan kitlesel iletişim araçlarıyla daha sık vurgulanmalıdır.
- CSÜSÖ uyguladığımız kadın sağlık çalışanlarının bazı sorularda düşük oranda doğru yanıt verdiği göze çarpmaktadır. Sağlık çalışanlarımızın mesleki ve meslek içi ÜS eğitimleriyle desteklenmesi ve yaşadığımız toplumda cinsiyet fark etmeksizin ÜS farkındalığının artırılması gerekmektedir.

ÖZET

Çalışmamız Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan reproduktif çağıdaki kadın sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın katılımcıları Temmuz-Aralık 2020 tarihleri arasında doktor, hemşire\ebe olan kadın sağlık çalışanları olmuştur (n=206). Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Veriler anket formu ve Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ölçeği kullanılarak online olarak toplanmıştır. Araştırmada verilerin analizinde, SPSS 22.0 programı ile frekans ve yüzde analizlerine ek olarak ortalama, standart sapma, ki-kare testinden faydalanılmıştır.

Çalışmaya katılan 22-28 yaş aralığındaki kadınlar, tüm katılımcıların %51'ini oluşturmakta ve yaş ortalaması $30,62 \pm 5,93$ yıl idi (min 22 yaş-max 49 yaş). %46,1'i doktor, %36,4'ü hemşire, %5,8'i ebe olarak çalışmaktaydı. %53,4'ü evliydi ve evli olanların %16,4'ünün eşi ile arasında akrabalık bağı vardı. İlk cinsel ilişki yaşı ortalaması 24,5 yaş olup ilk evlilik yaşı ortalama 25,8 yaş, ilk gebelik yaşı ortalama 27,8 yaş olarak bulunmuştur. en çok bilinen AP yöntemleri sırasıyla kondom %12,9, oral kontraseptifler %11,5 ve RİA %11 olarak bulundu. En çok kullanılan AP yöntemleri ise sırasıyla kondom %33,3, oral kontraseptifler %24,5, geri çekme %15 idi. Gebelerin tamamının gebelik izlemleri yapılmış ve doğum yapanların %92,2'sinin lohusalık izlemleri yapılmış. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ölçeğinde 55 soru bulunmaktaydı. Doktor ve hemşire/ebe grupları beraber değerlendirildiğinde, verilen doğru yanıt yüzdeleri 29 soru için %80 ve üzerinde idi.

Sonuç olarak; kadın sağlık çalışanlarının üreme sağlığı açısından hem hizmet veren hem hizmet alan olduklarından farkındalıklarının artırılması önemlidir. Üreme sağlığı farkındalığının artması ve gelişmesi, çalışmamızla ve gelecekteki çalışmalarla sağlanacaktır.

Anahtar kelimeler: Kadın, Üreme Sağlığı, Sağlık Çalışanı

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOUR OF NKU WOMEN HEALTH PROFESSIONALS ABOUT REPRODUCTIVE HEALTH

SUMMARY

The aim of this research is to determine knowledge, attitudes ve behaviors of Nku women health professionals of reproductive period about reproductive health.

Participants of the study were female health professionals who were doctors, nurses / midwives between July and December in 2020 (n=206). It is a descriptive and cross-sectional study. Data were collected online using a questionnaire form and The Sexual Health and Reproductive Health knowledge measure. In the analysis of the data, frequency and percentage analysis, mean, standard deviation and chi-square test were used.

Women between the ages of 22-28 who participated in the study constituted 51% of all participants. The average age was 30.62 ± 5.93 years (min 22 yaş-max 49 yaş). Professions of the participants %46,1 are doctors, %36,4 are nurses, %5,8 are midwives. %53,4 of the participants were married and 16,4% of those who were married had a relationship of kinship with their husband. The mean age of first sexual intercourse 24,5 years. The average age at first marriage is 25,8 years. Average age at first gestation was found to be 27,8 years. The most common family planning methods were condom %12,9, oral contraceptives 11,5% and intrauterine device %11, respectively. The most commonly used family planning methods were condom %33,3, oral contraceptives %24,5 and withdrawal method 15%, respectively. Pregnancy follow-up visits were made for all pregnant women. Postpartum follow-up visits were made for %92,2 of those who gave birth. There were 55 questions in The Sexual Health and Reproductive Health knowledge measure. When the doctor and nurse / midwife groups were evaluated together, the percentage of correct answers for 29 questions was %80 and above.

Consequently; as female health professionals are on the part of both the service provider and the patient in terms of reproductive health, it is important to increase their awareness. The increase and development of reproductive health awareness will be provided by our work and future studies.

Key words: Woman, Reproductive Health, Health Professionals

KAYNAKLAR

1. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde 3/a. Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013
Resmî Gazete Sayısı: 28539
2. WONCA Avrupa 2005 Aile Hekimliği Avrupa Tanımı Türkçe Çevirisi, 2003. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-3.
3. Adem P., Salim Ö., Erol A. Aile Hekimliği Disiplini, www.jcam.com.tr/files/KATD1567.pdf. Erişim tarihi: 15.12.2020
4. Bulut S., Uğurluoğlu Ö. Aile Hekimlerinin Bakış Açısı ile Sevk Zincirinin Değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hek Derg, 2018;22(3):118-132
5. WHO. <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>. Erişim tarihi: 11.12.2020
6. Huber M. et all. How Should We Define Health? BMJ 2011;343
7. Scientific Developments 2019. Chapter 28 Sağlık ve Hastalık. Editör Doç. Dr. Mehmet Dalkılıç. Ankara, 2019
8. Haunt P. Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health. Health and Human Rights Journal, 2016. 18 -2
9. Rumbold B. Et All. Universal Health Coverage, Priority Setting, And The Human Right To Health. The Lancet 2017; 390: 712–14
10. T.C. Anayasası. Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler bölümü. Madde 56. www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm. Erişim tarihi:11.12.2020
11. Nazmi Z. Sağlık Hakkı Ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. Sağ Perf Kal Derg, 2010. 1-1, 44-52
12. WHO. Reproductive Health. www.who.int/topics/reproductive_health. Erişim tarihi: 25.08.2020
13. Şahiner G. Toplumsal Cinsiyet Ve Kadına Karşı Şiddetin Kadınların Üreme Sağlığına İlişkin Hizmetlerden Faydalanmasına Etkisi. Ankara Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2007.
14. Bozdemir N., Özcan S. Cinsellik Ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış. TJFMPC, 2011. 5:37-46.
15. Er S., Şen S., Taşpınar A., Şirin A. Lisansüstü Eğitime Devam Eden Evli Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları Ve Etkileyen Faktörler. TAF Prev Med Bull, 2008. 7 (3): 231-236.
16. Ekşioğlu M. Kadın Genital Bölgesinin Enfeksiyöz Hastalıkları. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics, 2010. 3(4):8-20.
17. Jinekolojide Pratik Bilgiler. Bölüm 12. Vajinal Enfeksiyonlar Ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. Editör Doç. Dr. Burcu DİNÇGEZ ÇAKMAK. Lyon, 2020.

18. Kara H. Evli Kadınların Üreme Sağlığı Ve Üreme Hakları Konusunda Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Yıldız. İstanbul, 2013.
19. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Madde 1. Resmî Gazete Tarihi: 06.05.1930 Resmî Gazete Sayısı: 1489.
20. CDC. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. www.cdc.gov/std/tg2015/intro.htm Erişim tarihi:16.12.2020.
21. Gürlek B. , Çolak S. , Yılmaz B. Gebelikte Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Yönetimi. *Journal of Human Rhythm*, 2020. 6(2):53-73.
22. Çelikcan G., Uncu Y. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon Hastalıklarında Tarama Yöntemleri ve Korunma. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 2017. 9-2.
23. Harris J.,Lippman M., Veronesi U.,Willett W. Breast Cancer. *N Engl J Med* 1992; 327:319-328.
24. Heer E. , Harper A. , Escandor N. , Sung H. , McCormack V. Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study. *The Lancet*, 2020. 8-8, e1027-e1037.
25. Kozan R. , Tokgöz Y. Türkiye’de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı. *ACU Sağlık Bil Derg* 2016(4):185-188.
26. Rock C., Michael C., Reynolds K., Ruffind M. Prevention Of Cervix Cancer. *Critical Reviews in Oncology: Hematology*, 2000. 33, 169 – 185.
27. Karakoyunlu Ş S. , Kılıç Ö Y. Sağlık Algısı ile Kansere Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki. *Türk Aile Hek Derg* 2020; 24 (4): 175-183.
28. Kokanalı D., Enginüstün Y. Yaşlı Kadınlarda Üreme Sağlığı. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2019. Volume: 16, Sayı: 2, Sayfa: 97-100.
29. Karmakar N., Majumdar S., Dasgupta A., Das S. Quality of Life Among Menopausal Women: A Community-Based Study İn A Rural Area Of West Bengal. *J Midlife Health*. 2017. 8(1): 21–27.
30. Bilgin Z, Arslan Özkan H. Toplumsal ve Kültürel Değişimin Kadın Sağlığına etkileri. *Türkiye Klinikleri*, 2019. p.15- 26.
31. Eryılmaz S. Toplumsal Cinsiyet Rolü ve Kadın Sağlığı. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2020; Cilt 1, Sayı 1, 5-13. 5.
32. Erbaş S. Varolmanın Dayanılmaz Zorluğu: Kadın Olmak. *LAÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 2018. IX-I, 147.
33. Edson Santos Ferreira-Filho et all. Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic . *Expert Review of Clinical Pharmacology Volume*, 2020. 13-6.
34. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, 2009.
35. Akın A. Uluslararası Üreme Sağlığı Politikaları. *Türkiye Klinikleri. J Public Health Nurs-Special Topics*. 2018;4(1):1-6).

36. Akgün S, Bakar C. Üreme Sağlığı Epidemiyolojisi: Türkiye’de Doğurganlık Ve Aile Planlaması. Turk J Obstet Gynecol. 2006;3(1):9-18.
37. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. Ann M Starrs et all. The Lancet, 2018. 391:2642–2.
38. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Kanun Numarası: 557. Resmi Gazete ile yayımı: 10.4.1965 - Sayı: 11976. Kabul tarihi 1.4.1965.
39. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Kanun Numarası: 2827 Kabul Tarihi : 24/5/1983 Yayımlandığı R.Gazete: Tarih : 27/5/1983 Sayı: 18059 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 22 Sayfa: 352.
40. Topgül C., Adalı T., Çavlin A., Dayan C. Sisteme değil isteğe bağlı hizmet: Sağlık Çalışanları Gözünden İstanbul'da Kürtaj ve Aile Planlaması Hizmetlerinin Durumu. Nüfusbilim Derneği, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA Türkiye Ofisi. Ankara, 2017.
41. Şahin N, Güngör İ. Türkiye’de Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongrelerinde sunulan çalışmaların değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg 2008;18(4).
42. Derya Y., Taşhan S., Uçar T., Karaaslan T., Tunç Ö. Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumların Cinsel Tabulara Etkisi. GÜSBD, 2017. 6(1): 1 – 8.
43. Doğan HÖ, Piyal B. Toplumsal Cinsiyetle İlişkili Sorunlar. Turk J Public Health, 2017. 15(2).
44. Kansu H., Özel Ş. Üstün Y. Adölesanlarda Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı. The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology, 2018. 15:4,184 – 188.
45. Yağmur Y., Aytekin S. Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. DEUHFED, 2018. 11 (1), 56-60.
46. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Kanun Sayısı:224 Resmi Gazete Tarihi:12.01.1961 Resmi Gazete Sayısı:10705.
47. Yücel Ü. Türkiye’deki Sağlık Sisteminde Sağlık Evlerinin Yeri Ve Mevcut Durumu. 3rd International Science Symposium, 2018. Pristina-Kosovo (ISS2018), 1B23PB; pp:117-122.
48. Acuner D., Kıyak M., Türkiye’deki Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesine Yönelik Nitel Bir Araştırma (1963-2013). 3.International 21.National Public Health Congress, 3.International 21.National Public Health Congress. Son düzenleme tarihi: 2019-09-10.
49. Aşçı Ö., Gökdemir F. Etik Yönleriyle Üreme Hakları ve Cinsel Haklar. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics, 2017. 3(3):151-62.
50. Sert G. Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme. 1. Baskı. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı; 2013. 18-23.
51. DüNDAR T., ÖZSOY S. Gönüllü Sterilizasyonda Eş Onayı: Bir Üreme Hakkı İhlali mi? STED, 2019. 28 (3) ,222-227.
52. Giray H., Kılıç B. Bekar Kadınlar ve Üreme Sağlığı STED, 2004. 13, 8, 286.

53. Defining Reproductive Health & Reproductive Rights, In: Action for the 21st Century: Reproductive Health & Rights for All Summary report of recommended actions on reproductive health, ICPD. Kahire, 1998.
54. Yurdakul M., Çobaner A. Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Hizmetlerinde Sağlık Eğitimi, İletişim Ve Danışmanlık. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics, 2015.1(2).
55. Declaration on Social Progress and Development Proclaimed by General Assembly resolution 2542 (XXIV) of 11 December 1969.
56. Coşkun Can Aktan (Ed.) Haklar ve Özgürlükler Antolojisi, Ankara: Hak-İş Yayınları, 2000.
57. ICPD at 25 Years: Time To Expand The Agenda. The Lancet. Editorial. 394, 10210, P1685, 2019. [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32717-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32717-5/fulltext). Erişim tarihi:17.12.2020.
58. Galbraith K., Miller B., Benson B. Family Relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A Research Syntesis Developmental Review, 2001. 21, 1-38.
59. Hanson B., Johnstone E., Dorais J., Silver B., Peterson M., Hotaling J. Female İnfertility, İnfertility- Associated Diagnoses, And Comorbidities: A Review. J Assist Reprod Genet, 2017. 34:167–1779.
60. Wynsa C., Vander Borcht M. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. Clinical Biochemistry. December 2018. 62; 2-10.
61. Karaöz B., Aksu H. Kadın Üreme Sağlığı İle İlgili Yasal Uygulamalar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2008. 24 (2) : 147 -154.
62. Erdol A., T., Özen, F. ve Toraman, Ç. Türkiye’deki Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Yönelik Görüşleri. Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 2019. 20(2), 793-844.
63. Serel H., Özdemir B. Türkiye’de Kadın İstihdamı Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 2017. Cilt: 15 Sayı: 3 ss. 132-148.
64. Özvarış B. Toplumsal Cinsiyet, Çalışma Yaşamı Ve Kadın Sağlığı. TTB Yayını MSG Dergisi, 2015. 15-56.
65. Akdemir S., Davarcıoğlu Özaktaş F., Aksoy N. Türkiye’de Ve Seçilmiş Ülkelerde Kadının İşgücü Piyasasındaki Yeri. Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi, 2019. 43, 184-202 ISSN: 1308-6200.
66. Özvarış ŞB. Doğurganlığın Düzenlenmesi. Sağlık ve Toplum, 1998. 8(3-4): 45-8.
67. Çilingiroğlu NE. Demografi ve Sağlık. Bertan M, Güler Ç (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler’de. Ankara: Güneş Kitabevi; 1995. s. 29-44.
68. Akın A. Mihçioğur S. Dünya’da ve Türkiye’de Anne Ölümleri. Sağlık ve Toplum, 1998. 8(3-4): 37-44.
69. Aygar H., Metintaş S. Bir Kalkınma Göstergesi Olarak Anne Ölümleri. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi, 2018. 3(3):63-70.

70. Akyüz A, Kök G. Kadın Sağlığının Geliştirilmesi. Bahar Z, editör. Yaşam Döngüsünde Sağlığı Geliştirme: Hemşirelik Uygulamaları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.40-3.
71. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Ankara, 2019.
72. Gavaş E., İnal S. Türkiye’de Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanma Durumları Ve Tutumları: Sistemik Derleme. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi, 2019. Cilt 1, Sayı 2, s.37-43.
73. Giray H., Keskinoglu P. Işıkkent Sağlık Ocağına Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı Ve Etkileyen Etmenler. STED, 2006. Cilt 15,sayı 2,23.
74. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2009.
75. Backonja U, Robledo C, Wallace M, Flores K, Kiely M. Reproductive Health Knowledge among African American Women Enrolled in a Clinic-Based Randomized Controlled Trial to Reduce Psychosocial and Behavioral Risk: Project DC-HOPE. Women's Health Issues, 2016. 26-4,442–451.
76. Kul Uçtu A., Karakoç H., Özerdoğan N. Evlendirme Dairesine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve Hizmet Alımına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 2018. 7/1. 12-21.
77. Kim H, Park M, Lee E. A Cross- Sectional Survey of Relationships between Sexual Knowledge, Sexual Attitudes, and Reproductive Health Behaviour among Female University Students, Contemporary Nurse Journal, 2018. ISSN: 1037-6178.
78. Yılmaz E. Perinatal Risklerin Önlenmesinde Türkiye Örneği: T.C. Sağlık Bakanlığı “Güvenli Annelik Projesi”. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 2010. 13;163-176.
79. Turan T., Ceylan S., Teyikçi S. Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008.Cilt:3, Sayı:9.
80. Civelek Y, Koylan D. Türkiye’deki Suriyeli Göçmen Kadınlar Arasında Güvenli Doğurganlık ve Güvenli Annelik. Özel Sayı: Göç, Sağlık, Pandemi. Göç Dergisi, 2020.Cilt 7,Sayı 2.
81. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Ankara, 2014.
82. Gebelikte Anemi. Küçükgöz Güleç Ü. , Tuncay Özgünen F., Evrücke İ. , Demir S. Archives Medical Review Journal, 2013. 22(3):300-316.
83. Özdemirkan T., Şenlik B., Şimşek A.Gebe ve emziren kadınlarda aşılama. Sağlık Okuryazarlığı Dergisi, 2020. 1(1), 47-55.
84. Çetin F., Demirci N., Çalık K., Akıncı A. Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2017. 48(4):135-141.
85. Yaprak M., Gümüştakım Ş.,Tok A.,Doğaner A. Gebelerde Oral Glukoz Tolerans Testi Farkındalığının Tespiti. Ankara Med J, 2019. (3):635-47.

86. Pickett K., Altman S., Abrams B. Pregnancy weight gain: still controversial. *Am J Clin Nutr*, 2000. 71(suppl):1233S-41S
87. Rosen, I. M., Krueger, M. V., Carney, L. M., Graham, J. A. Prenatal Breastfeeding Education and Breastfeeding Outcomes. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 2008. 33(5), 315-319.
88. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors* .WHO. Cenevre, 2007.
89. Gebe Kadınların Doğum Şekli Tercihi ve Bunları Etkileyen Faktörler . Sönmez CI ve Sivaslıoğlu AA . *Konuralp Med J*, 2019. 11(3): 369-376.
90. Erenel A. , Aksu S. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Neden ve Hangi Koşullarda? *GÜSBBD*, 2017. 6(3): 235-242.
91. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, 2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2019.
92. *Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2010.
93. Bottomley C., Bourne T. Diagnosing miscarriage. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2009. 23-4,463-477.
94. *Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi* T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, 2014.
95. Yılmaz B ,Şahin N. Küretaj ve Damgalanma: Bir Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 2020. 28(3):451-62 451.
96. Çalışkan L. Şanlıurfa'da Bir Doğum Hastanesinde Ölü Doğum Ve Canlı Doğum Yapan Kadınların Obstetrik Öykülerinin İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi. Şanlıurfa, 2018.
97. *Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Ankara, 2014.
98. Özkara H., Fidancı B., Yıldız D., Kaymakamgil Ç. Emzirme danışmanlığı. *TAF Prev Med Bull*, 2016. 15-6.
99. Gürel S., Gürel H. Gebelik Aralığı, Doğum Aralığı ve Sağlıklı Gebelik. *Perinatoloji Dergisi*, 1995. 3,(3-4).
100. Pınar G. Üniversite Gençlerine Yönelik Geliştirilen Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Programının Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 2008.
101. Somuncu A. Türkiye'de Mesleki Eğitim ve İstihdam- Hayaller Beyaz Olsa da Gerçekler Mavi Yaka. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*,2020. 24,1, 177-194.
102. Değirmenci E., Demirli C. Çekirdek veya Geniş Ailede Yetişen Bireylerde Sosyal Onay İhtiyacı ile Benliğin Farklılaşması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *APJEC*, 2019. 2,1,79-95.
103. Koruk F., Koruk İ., Güner Ö., Ayhan S., Kılıçlı A.,Aytekin S., Altun D., Şanlıurfa' Da Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri Ve Doğurganlığa Bakış Açıları. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*, 2017. 10(3).

104. Dikmen H., Marakoğlu K., Mertcan K. Kadın Sağlık Çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Rollerini ile Kadınların Çalışmasına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Euras J Fam Med*, 2019. 8(1):36-44.
105. Karaçalı, M. Karabük İlinde Doğurganlık Çağındaki Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerine Erişiminin ve Hizmetlerin Sürekliliğinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
106. Canbaz S., Sünter T., Süren C., Pekşen C. Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri, Gebelik ve Doğum Sonu Dönemdeki Çalışma Koşulları. *The Medical Journal of Kocatepe*, 2005. 6:39-44.
107. Ünal S., Dündar P. Manisa’da İki Aile Hekimi Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *STED*, 2016. 25-6, 240-246.
108. Muhtaroglu P. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Prof. Dr. Ayşe Yasemin Karageyim Karşıdağ. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
109. Bostancı, M.S. Doğu Anadolu Bölgesindeki Bir İlçede Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemleri İçin Bilgi Kaynakları ve İstenmeyen Gebeliklerle İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 2011. 38(2),202–207.
110. Öztaş, Ö., Baydar Artantaş, A., Kayhan Tetik, B., Yalçıntaş, A., Üstü, Y., & Uğurlu, M. 18–49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlar. *Ankara Med J*, 2015. 15(2),67–76.
111. Karaoğlu L., Çetin F., Ilgar M., Tekiner S., Güneş G., Genç M., Eğri M., Pehlivan E. Turgut Özal Tıp Merkezinde Çalışan Evli Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005. 12-2.
112. Cangöl S. Lalapaşa Merkez İlçe’de Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları. Yüksek Lisans Tezi. Edirne, 2010.
113. Beştepe G., Ellidokuz H., Temel A., Atılgan A. Aile Planlaması Konusunda Özellikler: Afyon’dan Bir Kesit. *STED*, 2003. 12-5,180
114. Gökseven Y., Öztürk Z., Toprak D. Kontrasepsiyon Bilgi Düzeyinin, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 2020. 24(4):203-212.
115. Akyol A., Yağcı Ş., Tekirdağ A. Sağlık Personelinin Doğum Şekli ve Özelliklerinin Sağlık Personeli Olmayanlarla Karşılaştırması. *JOPP Derg*, 2011. 3(2):55-63
116. Korkmaz Çetin S. ve ark. Erkek Ergenlerde Cinsel Davranış ve Cinsel Bilgi Kaynakları: Sekiz Yıl Arayla Değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008. 19(4):390-397.
117. Aksoy Derya Y., Timur Taşhan S., Uçar T., Karaaslan T. Akbaş Tunç Ö. Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumların Cinsel Tabulara Etkisi. *GÜSBD*, 2017. 6(1):1– 8.
118. Pınar G., Algier L., Çolak M., Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *UHOD*, 2008. 3–18.
119. Kıran H., Kıran G., Güven M A. Maternal Yaşın Gebelik Seyri ve Fetal Prognoz Üzerine Etkileri. *Archives Medical Review Journal*, 2002. 12:90.

120. akmak P ve ark. Sezaryen Esnasında Bilateral Tüp Ligasyonu Yapılan Hastaların Postoperatif Birinci Yılda Dismenore, Disparoni Ve Menstruasyon Miktarı Açısından Değerlendirilmesi. Turk J Obstet Gynecol, 2005. Cilt: 2 Sayı: 4 Sayfa: 300-304.
121. Yığit G. Neisseria Gonorrhoea: Gonore Ve Antibiyotik Direnci. Jour Turk Fam Phy, 2016. 07(1):06-15.
122. Akın L. Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri J Med Sci, 2006. 26:655-665.
123. Brown S., Bruno V., Schwartz J A., Bradford L., Ravel J., Brotman R M. The Vaginal Microbiota And Behavioral Factors Associated With Genital Candida Albicans Detection İn Reproductive-Age Women. AJOD, 2018. 219-6,649.
124. Akgül Ö.,Çalışkan R., Öner Y A. HIV/AIDS: Güncel Yaklaşımlar. Tıp Fakültesi Klinikleri, 2018. Cilt 1 Sayı 1-(19-31).
125. Özkara Ş. ve ark. Bölge Verileriyle Türkiye’de Tüberküloz. Toraks Dergisi, 2002. 3(2):178-187.
126. Cohen M. et all. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. N Engl J Med, 2011. 365:493-505.
127. Öztop D B., Özcan Ö Ö. Cinsel istismar Vakalarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. New/Yeni Symposium Journal, 2010. Cilt 48, Sayı 4.

EKLER

EK 1



TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Açık Adı	Kadın Sağlık Çalışanlarının, Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi				
	Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	Dr.Öğr.Üyesi Eda ÇELİK GÜZEL / TNKÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği				
	Etik Kurul Toplantı Tarihi	28.07.2020				
	Araştırma Protokol Numarası	2020.169.07.02				
	Araştırmanın Türü	Prospektif <input checked="" type="checkbox"/>	Retrospektif <input type="checkbox"/>	Diğer:		
	Araştırmanın Destekleyicisi	TÜBİTAK <input type="checkbox"/>	TNKÜ BAP <input type="checkbox"/>	Araştırmacı <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer:	
	Araştırmanın Bütçesi	100 ₺				
	Araştırmanın Merkezi	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.					

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------------	--

Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Savaş GÜZEL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşin NALBANTOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyoistatistik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ümit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA	Adli Tıp	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mahluga JAFAROVA DEMİRKAPU	Tıbbi Farmakoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ŞAHİN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma.

Etik Kurul Başkanının

Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER

İmza:

EK 2

ANKET FORMU

Değerli katılımcı,

Size uygulanacak ankette demografik bilgileriniz ve üreme sağlığı ölçeği verileri değerlendirilecektir. İsim-soyisim yazmayınız. Araştırmaya katılmaya gönüllü iseniz sorulara başlayacağız. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

NKÜ Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği A.B.D.

Form no:

Tarih:

1. Yaşınız: Doğum yeriniz:
2. Öğrenim durumu:
3. Meslek:
4. Çalışma süresi:yıl Çalışılan birim:.....
5. Medeni durumunuz: EVLİ BEKAR
Eşinizin mesleği: Eşinizin Eğitim Durumu:.....
Eşinizle aranızda akrabalık var mı? Evet..... Hayır
6. Hanenin aylık geliri:
7. Çekirdek aile olarak mı yaşıyorsunuz? EVET HAYIR
8. Kronik hastalığınız var mı? Varsa yazınız.....
9. İlk adetinizi kaç yaşında oldunuz?.....
10. İlk cinsel ilişkinizi kaç yaşında yaşadınız?.....
11. İlk evlenme yaşıınız:
12. Hiç gebe kaldınız mı? EVET HAYIR
13. İlk gebelik yaşıınız:.....
14. Gebelik sayısı:.....
15. Doğum sayısı ve aralığı:.....
16. Çocuk sayısı:.....
17. Düşük oldu mu? Oldu ise kaç kez?
18. Küretaj oldu mu? Oldu ise kaç kez?
19. Ölü doğum oldu mu? Oldu ise kaç kez?
20. Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz? EVET HAYIR
21. Sizce iki gebelik arası süre en az ne kadar olmalıdır?.....
22. İdeal çocuk sayısı kaç olmalıdır?.....
23. Sizin doğurduğunuz ama doğumdan sonra ölen çocuğunuz oldu mu? EVET HAYIR
24. Hiç ölü doğum yaptınız mı? EVET(ise kaç kez?.....) HAYIR
25. Sizce gebelik önlenebilir mi?
Evet(ise hangi yöntemleri biliyorsunuz?.....) Hayır
26. Hayatınızın herhangi bir döneminde korunma yöntemi kullandınız mı? EVET HAYIR
27. Ne zaman kullandınız?
Şimdi
Son 1Yıl içerisinde
Son 1-5 yıl içerisinde
Son 5 yıldan önce
28. Hangi yöntemi kullandınız?
Hap
Kondom

- Ria
Tüp ligasyonu
Enjeksiyon
İmplant(norplant)
Diyafraam-köpük-jel
Vazektomi
Takvim yöntemi
Geri çekme
Cinsel perhiz
Diğer.....
29. Halen kullandığınız yönteme kim karar verdi? Kendiniz Eşiniz Beraber
30. Ne kadar süre kullandınız?.....
31. Eğer bıraktıysanız nedeni neydi?.....
32. Yöntem için danışmalık aldınız mı? EVET HAYIR
33. Yöntemi nereden aldınız?
Aile sağlığı merkezi
Devlet hastanesi
Özel muayenehane\hastane
Eczane
Üniversite hastanesi
Market
Diğer.....
34. Ücret ödediniz mi? Evet Hayır
35. Gebeliklerinizi planlamış mıydınız?
Evet
Daha Sonrasına Planlıyoruz
Gebelik İstemiyorduk
36. Bebeklerinizin cinsiyetiyle ilgili bir tercihiniz var mıydı?
Sizin.....
Eşinizin.....
37. Gebelik tanısı nerde kondu?
Aile sağlığı merkezi
Devlet hastanesi
Özel muayenehane\hastane
Eczane
Üniversite hastanesi
Diğer.....
38. Gebelik için danışmanlık aldınız mı? EVET HAYIR
39. Evet ise nereden?
Aile sağlığı merkezi
Devlet hastanesi
Özel muayenehane\hastane
Eczane
Üniversite hastanesi
Diğer.....
40. Gebeliğinizin takibi ve izlemleriniz nerde yapıldı?
Aile sağlığı merkezi
Devlet hastanesi
Özel muayenehane\hastane

Üniversite hastanesi

Diğer.....

41. Doğumunuzu nasıl yaptınız? Normal(vajinal) Sezaryen

42. Doğumunuzu kim yaptırdı? Doktor Ebe

Diğer.....

43. Doğum sonrası lohusalık izlemi yapıldı mı? EVET HAYIR

Evet ise nerede?

Aile sağlığı merkezi

Devlet hastanesi

Özel muayenehane\hastane

Üniversite hastanesi

Evde

Diğer.....



CSÜSÖ

1. Cinsellik ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğru değildir?
 - A. Cinsel davranış, sorumluluk ve özdenetim gerektirir.
 - B. Cinsel ilişkilerde karşılıklı sevgi ve paylaşım gereklidir.
 - C. Cinsel yaşam zorlama ve sömürüden uzak olmalıdır.
 - D. Cinsel yaşam üreme çağındaki insanlara özgüdür.
 - E. Cinsellik yaşamın doğal ve sağlıklı bir parçasıdır.
2. Kişinin kendi cinsine karşı cinsel ve duygusal ilgi duymasına ne ad verilir?
 - A. Heteroseksüel
 - B. Homoseksüel
 - C. Biseksüel
 - D. Travesti
 - E. Transseksüel
3. Cinsel değerler ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
 - A. Her kültürün kendine özgü cinsel değerleri vardır.
 - B. Cinsel değerler bireylerin davranışlarını yönlendirir.
 - C. Bütün cinsel değerlerin etkileri ve sonuçları vardır.
 - D. Yasal düzenlemeler cinsel değerleri şekillendirir.
 - E. Cinsellikle ilgili değerler değiştirilemez.
4. Cinsel istismar ile ilgili aşağıda yer alan ifadelerden hangisi doğrudur?
 - A. Toplumumuzda sadece kızlar cinsel istismara maruz kalabilmektedir.
 - B. Kişi bedenine dokunulmasını istemediğinde hayır diyebilmelidir.
 - C. Cinsel istismar toplumumuzda yaygın görülen bir durum değildir.
 - D. Cinsel istismara uğrayan kişiler bu durumu gizlemelidir.
 - E. Yetişkinler asla çocuk ve ergenleri cinsel yönden istismar etmez.
5. Cinsel istismar aşağıdakilerden hangisini kapsamaz?
 - A. Encest ilişkide bulunma
 - B. Paralı cinsel ilişkiye zorlama
 - C. Zorla cinsel ilişkide bulunma
 - D. Hamile eşi bilerek terk etme
 - E. Pornografi seyrettirme
6. Aşağıda cinsel ilişkinin aşamaları verilmiştir.
 - I. Plato
 - II. Çözülme
 - III. Orgazm
 - IV. Uyarılma

Bu aşamalar hangisinde doğru sıralanmıştır?

 - A. I-II- III-IV
 - B. II- IV- I- III
 - C. IV- II- III- I
 - D. II- III- I- IV
 - E. IV- I- III- II
7. Aşağıdakilerden hangisi riskli cinsel davranışlardan birisidir?
 - A. Mastürbasyon
 - B. Öpüşme
 - C. Kucaklaşma
 - D. Vücudun okşanması
 - E. Oral cinsel ilişki

8. Aşağıdakilerden hangisi cinsel yaşamı olumsuz etkileyen faktörlerden biri değildir?
A. Stres-yorgunluk
B. Mastürbasyon
C. Cinsel ilişkiye zorlanma
D. Cinsel işlev bozukluğu
E. Gebe kalma korkusu
9. Toplumlarda erkeklerin ve kadınların rol ve sorumluluklarını belirleyen temel etken aşağıdakilerden hangisidir?
A. Toplumdaki kadın ve erkek sayısı
B. İnsanların gelir ve eğitim düzeyi
C. Toplumun kültürel değerleri
D. Kadın ve erkeğin genetik yapıları
E. Toplumsal hukuk kuralları
10. Aşağıdakilerden hangisi işyerinde yapılan bir cinsel taciz örneği değildir?
A. Sürekli göz temasında bulunma
B. Hayatım, canım gibi sözcüklerle hitap etme
C. Çalışanların fazla mesai yapmasını isteme
D. Çalışanlara nedensiz dokunma
E. Evine bırakma için ısrar etme
11. Aşağıdakilerden hangisi gençlik döneminde sık görülen üreme sağlığı sorunlarından biri değildir?
A. Erken gebelikler
B. İsteyerek düşükler
C. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
D. Cinsellikle ilgili bilgi eksikliği
E. Üreme organları kanserleri
12. Aşağıdakilerden hangisi gençlerin cinsel/üreme sağlığı haklarından değildir?
A. Kendi kararını vermede özgür olma hakkı
B. Kendini koruma ve başkası tarafından korunma hakkı
C. Cinsel sağlık konularını bilme hakkı
D. Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı
E. Genitalenfeksiyonu cinsel eşinden gizleme hakkı
13. Aşağıdakilerden hangisi "kadın dış üreme organları"ndan biri değildir?
A. Overler
B. Klitoris
C. Labia majör
D. Labia minör
E. Hymen
14. Kadınlık hormonlarını (östrojen ve progesteron) salgılayan ve kadın yumurta hücrelerini(ovum) üreten organ aşağıdakilerden hangisidir?
A. Uterus
B. Overler
C. Tüpler
D. Vajen
E. Klitoris
15. Erkek tohum hücresi (sperm) ile kadın yumurta hücresi (ovum) birleşmesine ne ad verilir?
A. Üreme
B. Döllenme

- C. Doğurganlık
D. Yumurtlama
E. Adet görme
16. Dölllenme olayı aşağıdaki organlardan hangisinde meydana gelir?
A. Tüpler
B. Overler
C. Uterus
D. Vajina
E. Karın boşluğu
17. Genç kızların adet görme için en uygun yaş aralığı hangisidir?
A. 7-11
B. 7-14
C. 14-18
D. 11-14
E. 11-20
18. Normal bir adet kanaması kaç gün sürer?
A. 1-2
B. 3-7
C. 8-10
D. 12-13
E. 14-15
19. Gece boşalmaları (ıslak rüya görme) ile ilgili aşağıda verilen ifadelerden hangisi doğrudur?
A. Gece boşalması bir hastalık belirtisidir.
B. İstenmeyen zamanlarda olması engellenebilir
C. Hormonal aktiviteye göre her kişide farklılık gösterir.
D. Ergenlikte başlar evlilik ile beraber sona erer.
E. Sık olması cinsel gücü azaltır.
20. Aşağıdakilerden hangisi normal adet düzeni ile ilgili ifadelerden biridir?
A. Adetin 9 yaşından önce başlaması
B. 17 yaşına kadar adet görülmemesi
C. Adetin 35 günden uzun aralıklarla olması
D. Adetin yaklaşık 28 günde bir olması
E. Adet kanamalarının 7 günden uzun sürmesi
21. Aşağıdakilerden hangisi olası gebelik belirtilerinden biri değildir?
A. Kabızlık olması
B. Vajinal akıntının artması
C. Adet kanmasının gecikmesi
D. Bulantı ve kusma olması
E. Göğüslerde hassasiyet olması
22. Normal bir gebelik süresi kaç haftadır?
A. 20 hafta
B. 25 hafta
C. 30 hafta
D. 35 hafta
E. 40 hafta
23. Gebe kalma olasılığının en yüksek olduğu dönem aşağıdakilerden hangisidir?
A. Adetten iki hafta önce
B. Adet biter bitmez

- C. Adetin ilk günü
D. Adet görülen günler içinde
E. Adetten hemen önce
24. Aşağıdakilerden hangisi sağlıklı bir gebelik için en uygun yaş aralığıdır?
A. 16-20
B. 17-21
C. 22-34
D. 26-38
E. 35-40
25. Aşağıdakilerden hangisi gebelik açısından risk faktörlerinden biri değildir?
A. 30 yaşında ilk gebeliğin olması
B. İki doğum arasında 2 yıldan daha az süre olması
C. 18 yaşından küçük ya da 35 yaşından büyük olunması
D. Bir kadının 4 ya da daha fazla çocuğa sahip olması
E. Kadının 38 kilogramdan daha az bir kiloya sahip olması
26. "Bireylerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlama" ifadesi aşağıdaki kavramlardan hangisini tanımlamaktadır?
A. Doğurganlığın azaltılması
B. Aile planlaması
C. Nüfus planlaması
D. Aile ekonomisinin düzenlenmesi
E. Doğurganlığın artırılması
27. Aşağıdakilerden hangisi aile planlamasının yararları arasında sayılmaz?
A. Nüfus artışında dengelenme
B. Çocuk sahibi olamayan çiftleri çocuk sahibi yapma
C. Gebelikler arasında yeterli süreyi sağlama
D. Sağlıklı doğan bebek sayısı artırma
E. Cinsel fonksiyon bozukluklarını düzeltme
28. Aşağıdakilerden hangisi gebeliği önleyici etkin yöntemlerden birisi değildir?
A. Rahim içi araç
B. Prezervatif
C. Geri çekme
D. Gebeliği önleyici haplar
E. Tüp ligasyonu
29. Aşağıdaki yöntemlerden hangisi gebeliği önleyici etkin yöntemlerden biridir?
A. Takvim yöntemi
B. Vajina yıkama
C. Deri altı implant
D. Geri çekme
E. Spermisit ajanlar
30. Aşağıdakilerden hangisi korunmasız cinsel ilişki sonrası kullanılacak gebeliği önleyici yöntemlerden(acil kontrasepsiyon) biridir?
A. Gebeliği önleyici haplar(ertesi gün hapi)
B. Tüp ligasyonu
C. Gebeliği önleyici iğneler
D. Spermisit
E. Prezervatif
31. Aşağıdakilerden hangisi rahim içi aracın olumlu yönlerinden biri değildir?
A. Etkin bir yöntemdir.

- B. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
C. Uzun süre etkilidir.
D. Lekelenme yapar.
E. Çıkarıldığında doğurganlık hemen döner.
32. Aşağıdakilerden hangisi vazektominin olumlu özelliklerinden biri değildir?
A. Hastaneye yatmayı ve genel anestezi almayı gerektirmez
B. Erkeğin sağlığını, gücünü ve cinselliği etkilemez.
C. Emin, güvenilir bir yöntemdir.
D. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
E. Yaklaşık 20 boşalmadan sonra etkinliği başlar.
33. Aşağıdaki gebeliği önleyici yöntemlerden hangisi bireyleri aynı zamanda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korur?
A. Tüp ligasyonu
B. Vazektomi
C. Gebeliği önleyici haplar
D. Prezervatif
E. Rahim içi araç
34. Aşağıdakilerden hangisi tüplerin bağlanmasının olumlu yönlerinden biridir?
A. Rahim kanserlerinden korur
B. Adet düzensizliklerini önler
C. Yumurtlamayı düzenler
D. Korunma kaygısına son verir
E. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur
35. Aşağıdaki vakalardan hangisinin RİA kullanması uygundur?
A. Üreme organı iltihabı olanlar
B. Uzun süre gebe kalmak isteyenler
C. Adetleri aşırı kanamalı olanlar
D. Gebelik şüphesi olanlar
E. Adet düzensizliği olanlar
36. Aşağıdaki gebeliği önleyici yöntemlerden hangisi erkekler içindir?
A. Gebeliği önleyici iğneler
B. RİA
C. Gebeliği önleyici haplar
D. Prezervatif
E. Spermisit ajanlar
37. Kondomun doğru kullanımı ile ilgili özelliklerden yanlış olanı hangisidir?
A. Her ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır
B. Penis hazneye temas etmeden takılmalıdır.
C. Son kullanma tarihi kontrol edilmelidir.
D. Boşalmayı takiben penisin sertliği kaybolmadan çıkarılmalıdır.
E. Kayganlaştırmak için vazelin kullanılmalıdır.
38. Gebeliği önleyici yöntemlerden deri altı implantasyonu ile ilgili özelliklerden yanlış olanı hangisidir?
A. İstendiğinde çıkarılabilir.
B. Çıkarıldığında doğurganlık döner.
C. Üç yıl süreyle korur.
D. Koruyuculuğu yüksektir.
E. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucudur.

39. Aşağıdakilerden hangisi aile planlaması hizmetlerinin verildiği sağlık merkezlerinden biri değildir?
- A. Dahiliye klinikleri
 - B. Gençlik danışma merkezleri
 - C. Ana-çocuk sağlığı merkezleri
 - D. Aile sağlığı merkezleri
 - E. Kadın doğum klinikleri
40. Bebeğin rahim dışında yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin sonlanmasına ne denir?
- A. Ölü doğum
 - B. Erken doğum
 - C. Düşük
 - D. Zor doğum
 - E. Riskli doğum
41. Türkiyede gebelikler yasal olarak kaçınıcı haftaya kadar sonlandırılmaktadır?
- A. 6 hafta
 - B. 8 hafta
 - C. 10 hafta
 - D. 12 hafta
 - E. 16 hafta
42. Aşağıdakilerden hangisi cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır?
- A. Sifiliz
 - B. Hepatit A
 - C. İnfluenza
 - D. Kanser
 - E. Kolera
43. Aşağıdakilerden hangisi aşıyla önlenebilen ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan biridir?
- A. AIDS
 - B. Hepatit B
 - C. Gonore
 - D. Genital uçuk
 - E. Sifiliz
44. Aşağıdakilerden hangisi cinsel temas ile geçebilen bir hastalık değildir?
- A. Tüberküloz
 - B. Gonore
 - C. Sifiliz
 - D. AIDS
 - E. Hepatit B
45. "Ayhan 23 yaşında, bir üniversite öğrencisidir. Bir hafta önce cinsel ilişkisi olmuş. Şuanda idrar yaparken yanma ve peniste pis kokulu akıntısı olduğunu fark eder. Panikle öğrenci sağlık merkezine başvurur." Sizce Ayhan'ın hastalığı ne olabilir?
- A. Gonore
 - B. Genital uçuk
 - C. Genital mantar
 - D. AIDS
 - E. Sifiliz
46. Ayhan'ın tedavi süreci ile ilgili doğru olan seçenek hangisidir?
- A. Hastalığın herhangi bir tedavisi yoktur.
 - B. Tedavi edilse bile hastalık sık sık tekrarlar.

- C. Cinsel eşle beraber tedavi edilmelidir.
D. Hastalığı tedavi edilse bile kısır kalabilir.
E. Tedavi sırasında cinsel ilişkide bulunabilir.
47. “ Aylın 22 yaşında ve iki yıldır bir erkek arkadaşı var. Cinsel ilişki ile sonlanmayan cinsel beraberlik yaşıyor. Cinsel ilişki için hazır olmadığını düşünüyor. Bir gün alkolün etkisi ve karşılıklı isteğin artması ile cinsel ilişkide bulunuyor. Cinsel ilişki esnasında prezervatif kullanmıyorlar. Cinsel beraberlikten bir hafta sonra vajinadan gelen peynirimsi akıntı ve kaşıntı başlıyor. Ve şikayetlerinin giderek artmasıyla Aylın öğrenci sağlık merkezine başvuruyor.” Sizce Aylın’ın sorunu nedir?
- A. Sifiliz
B. Genital uçuk
C. Genital mantar
D. Gonore
E. Genital siğil
48. Aşağıdakilerden hangisi kadınlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklarda görülen ortak bulgulardan biri değildir?
- A. Anormal vajinal akıntı
B. Bulantı-kusma
C. İdrar yaparken yanma ve ağrı
D. Genital bölgede kızarıklık, döküntü
E. Cinsel ilişki sırasında ağrı
49. Gonore ile ilgili özelliklerden yanlış olanı hangisidir?
- A. Sadece erkeklerde görülebilen bir hastalıktır.
B. Hastalık cinsel ilişki ile bulaşır.
C. Yüksek doz penisilin ile tedavi edilir.
D. Tedavi edilmezse kısırılık ile sonuçlanabilir.
E. Enfeksiyon doğum sırasında anneden bebeğe geçebilir.
50. Aşağıdakilerden hangisi sifilizin bulaşma yollarından biri değildir?
- A. Cinsel temas
B. Cilt teması
C. Kan yolu
D. Hava yolu
E. Vücut sıvıları
51. Aşağıdakilerden hangisi genital mantar hastalığında görülen vajinal akıntının özelliğidir?
- A. Peynirimsi, kaşıntılı akıntı
B. Balık kokulu gri akıntı
C. Kötü kokulu, yeşil akıntı
D. Köpüklü, bol miktarda akıntı
E. Pürülan akıntı
52. HIV/AIDS ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
- A. AIDS hastalığının etkeni HIV’ dir.
B. HIV(+) olan kişi sağlıklı bir görünüme sahip olabilir.
C. HIV vücuda girdikten 3 ay sonra antikorlar oluşur.
D. AIDS aşı ile tedavi edilen bir hastalıktır.
E. AIDS kan ve cinsel ilişki ile bulaşan ölümcül bir hastalıktır.
53. Aşağıdakilerden hangisi AIDS hastalığının temel belirtilerinden biri değildir?
- A. Sürekli yorgunluk-halsizlik
B. Bir ay içinde hızlı kilo kaybı

- C. Sürekli ya da aralıklı ateş
 - D. Tekrarlayan baş ağrısı
 - E. Sürekli ya da aralıklı ishal
54. HIV antikorlarının kanda ölçülebilecek düzeye gelmesi için ne kadar süreye ihtiyaç vardır?
- A. 1 ay
 - B. 3 ay
 - C. 6 ay
 - D. 1 yıl
 - E. 2 yıl
55. HIV aşağıdakilerden hangi yolla bulaşmaz?
- A. Vajinal sıvı
 - B. Tükürük
 - C. Anne sütü
 - D. Meni
 - E. Kan

EK 3

CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI BİLGİ ÖLÇEĞİ CEVAP ANAHTARI

1. B	20. C	39. E
2. D	21. D	40. A
3. B	22. A	41. C
4. E	23. E	42. C
5. B	24. A	43. A
6. D	25. C	44. B
7. E	26. A	45. A
8. E	27. B	46. A
9. B	28. E	47. C
10. C	29. C	48. C
11. C	30. C	49. B
12. E	31. A	50. A
13. E	32. D	51. D
14. A	33. E	52. A
15. B	34. D	53. D
16. B	35. D	54. D
17. A	36. B	55. B
18. D	37. D	
19. B	38. E	

