SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI TUTUMLARINA VE ÖZ-YETERLİLİKLERİNE ETKİSİ

Nur Özlem KILINÇ

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU

Doktora Tezi-2015

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI TUTUMLARINA VE ÖZ-YETERLİLİKLERİNE ETKİSİ

Nur Özlem KILINÇ

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU

ERZURUM
2015

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI TUTUMLARINA VE ÖZ-YETERLİLİKLERİNE ETKİSİ

Nur Özlem KILINÇ

Tez Savunma Tarihi : 25.12.2015

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Behice ERCİ (İnönü Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ayşe ÇEVİRME (Sakarya Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Dilek KILIÇ (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
Erzurum - 2015

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **III**

ÖZET ..... **IV**

ABSTRACT ..... **V**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VI**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **VII**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **VIII**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1. Üreme Sağlığının Tanımı ve Önemi 5

2.2. Üreme Sağlığının Amaçları ve Kapsamı 7

2.3. Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları 8

2.4. Türkiye'de Üreme Sağlığı Sorunları 11

2.5. Üreme Sağlığı İçinde Kadının Yeri 14

2.6. Üreme Sağlığını Geliştirme 15

2.6.1. Sağlığı Geliştirme Kavramı 15

2.6.2. Sağlığı Geliştirme Modeli 16

2.6.3. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Bileşenleri 17

2.7. Öz-yeterlilik 21

2.8. Üreme Sağlığını Geliştirmede Hemşirenin Rolü 23

2.9. Öz-yeterliliği Geliştirmede Hemşirenin Rolü 25

3. MATERYAL VE METOT **27**

3.1. Araştırmanın Türü 27

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman 27

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 27

3.4. Veri Toplama Araçları 27
3.5. Verilerin Toplanması 29
3.6. Hemşirelik Girişimleri 30
3.6.1. Eğitim Programı 30
3.7. Araştırmanın Değişkenleri 36
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 38
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 38
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri 38
4. BULGULAR 41
5. TARTIŞMA 47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 56
KAYNAKLAR 58
EKLER 73
EK-I. ÖZGEÇMİŞ 73
EK-II. TANIMLAYICI ANKET FORMU 74
EK-III. EVLİ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU TUTUMLARINI BELİRLEME ÖLÇEĞİ 75
EK-IV. ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ 77
EK-V. ETİK KURUL SONUÇ FORMU 78
EK-VI. ANKET UYGULAMA İZİN YAZISI 79
EK-VII. BİLGİLENDİRİLMİŞ KATILIMCI ONAY FORMU 80
EK-VIII. DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI 82

TEŞEKKÜR

Öncelikle tezimin planlanmasından sonlandırılmasına kadar bütün aşamalarında bana büyük katkı sağlayan tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU'na, tüm kalbimle teşekkür ederim.

Tez izleme komitesinde yer alan ve çalışmam süresince bilgi ve görüşlerinden yararlandığım kıymetli hocalarım Sayın Doç. Dr. Dilek KILIÇ'a ve Sayın Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU'ya;

Tezimin istatistikleri ve modele dayalı eğitim içeriğinin şekillenmesinde desteklerini esirgemeyen değerli hocam Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye teşekkür ederim.

Bu araştırmayı gerçekleştirirken beni kırmadan araştırmaya katılmayı kabul eden sevgili kadınlara teşekkür ederim.

Çalışmalarım süresince manevi desteği ile her zaman yanımda olan sevgili annem Gönül KILINÇ'a ve tüm aileme, sevgili arkadaşlarım Seher ve M. Ali DAYANÇ çiftine ve destek olan tüm arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Nur Özlem KILINÇ

ÖZET

Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kadınların Üreme Sağlığı Tutumlarına ve Öz-yeterliliklerine Etkisi

Amaç: Bu araştırma sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitiminin kadınların üreme sağlığı tutumlarına ve öz-yeterliliklerine etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma, Eylül 2013- Aralık 2015 tarihleri arasında ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Bingöl İl merkezinde bulunan, Recep Tayyip Erdoğan Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, 20-49 yaşları arasındaki 3528 kadın, örneklemini ise güç analizi ile belirlenen 60 girişim, 60 kontrol grubu olmak üzere toplam 120 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği" ve "Genel Öz-yeterlilik Ölçeği" kullanılmıştır. Deney grubundaki kadınlara sağlığı geliştirme modeline göre yapılandırılmış "Eğitim Programı" (3 ay) grup eğitimi şeklinde uygulanmış, sonrasında 3 aylık izlem yapılmıştır. Son test verilerinin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu" hariç diğer iki ölçek kullanılmıştır. Verilerin analizinde yüzdelik oran, frekans, student t testi, paired simplet testi ve ki-kare testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Deney grubundaki kadınların eğitim öncesi 129.67±16.190 olan ÜSBÖ toplam puan ortalamaları, eğitim sonrası 150.23±16.492'ye yükselmiş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Deney ve kontrol grubu son test ÜSBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun ÜSBÖ istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutu hariç tüm alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları kontrol grubuna göre önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Eğitim sonrası deney grubu GÖYÖ toplam puan ortalamalarında kontrol grubuna göre önemli fark saptanmazken, GÖYÖ sürdürme alt boyut puan ortalamalarının önemli düzeyde yükseldiği görülmüştür ($p<0.001$).

Sonuç: SGM'ye göre verilen eğitimin istenmeyen gebeliklerden korunma hariç kadınların üreme sağlığı tutumlarını ve öz-yeterliliği sürdürme boyutundaki davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Eğitim, hemşirelik, kadın, öz-yeterlilik, sağlığı geliştirme modeli, üreme sağlığı

ABSTRACT

Training Offered by the Health Promotion Model on Women's Reproductive Health Attitudes and Self-efficacy

Aim: This study analyzes the impact of training offered by Health Promotion Model on women's reproductive health attitudes and self-efficacy.

Material and Method: The research was conducted between September 2013-December 2015 between pre-test and post-test as a semi-experimental control group. The research was conducted in Bingol city center. The women were selected from those who were registered in Recep Tayyip Erdogan Family Health Center. Out of 3528 women between 20-49 years of age, the sample of the 60 initiatives determined by power analysis, the study consisted of 120 women, including 60 control group. The data were collected using "Personal Information Form", "Married Women's Reproductive Health Specifying the Protective Attitude Scale" and "General Self-Efficacy Scale" is used. Women in the experimental group health development model structured according to the "Education Program" (3 months) treated group in the form of education, it was made after the 3-month follow-up. Collection of recent test data "Personal Information Form" is used except for the other two scales. Data analysis using in percentage, frequency, student's t test, paired simplet test and chi-square tests were used.

Results: Before training the women in the experimental group, the mean total score of 129.67 ± 16.190 ÜSBÖ, 150.23 ± 16.492'y rose and the difference between groups after training were significant ($p < 0.05$). RHPAS post test experimental and control groups compared mean scores; The average score for all subscales except the dimensions of protection from unwanted pregnancy RHPAS and total mean score of the experimental group were significantly higher than the control group ($p < 0.001$). GSS after training the experimental group significant difference was observed when compared to the average total score in the control group, GSS continue subscale scores showed that the average rise significantly ($p < 0.001$).

Conclusion: The education provided by Health Promotion Model influence the women’s reproductive health attitudes and self-efficacy positively except the unwanted pregnancy.

Key Words: Education, health promotion model, nursing, reproductive health, self-efficacy, women

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

CYBH : Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GÖYÖ : Genel Öz-yeterlilik Ölçeği

GYE : Genital yol enfeksiyonları

HPV : Human papilloma virüs

KKMM : Kendi kendine meme muayenesi

SGM : Sağlığı Geliştirme Modeli

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

ÜSBÖ : Evli Kadınların Üremem Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No **Sayfa No**

Şekil 2.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli..... 19

Şekil 3.1. Araştırma Planı..... 40

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 3.1. Kadınlara Verilen Üreme Sağlığını Geliştirme Eğitimleri 36

Tablo 3.2. Araştırmanın Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması 39

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubunun Ön Test Ölçümlerinde ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 42

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Ön Test Ölçümlerinde GÖYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 42

Tablo 4.3. Deney Grubunun ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Ön Test ve Son Test Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması 43

Tablo 4.4. Kontrol Grubunun ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Ön Test ve Son Test Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması 44

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubunun Son Test Ölçümlerinde ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 44

Tablo 4.6. Deney Grubunun GÖYÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 45

Tablo 4.7. Kontrol Grubunun GÖYÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 46

Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubunun Son Test Ölçümlerinde GÖYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 46

1. GİRİŞ

Üreme sağlığı kadın ve erkeği kapsamasına rağmen, kadın açısından ayrı bir öneme sahiptir.[1-3] Kadın; menstruasyon, gebelik, doğum, lohusalık ve menapoz gibi birçok fizyolojik değişim yaşamakta ve bu nedenle üreme sağlığı kadın açısından daha önemli bir konu haline gelmektedir.[4-6] Söz konusu değişimler kadında üreme sistemiyle ilgili sadece fiziksel değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal açıdan da bir çok problemin oluşmasına neden olmaktadır. [3,5,7] Bunlar arasında, kadının doğurganlığını ve cinselliğini yitirme korkusu, düşüğün ve infertilitenin getireceği suçlanma duygusu ile mahremiyetin tehdit altında olması gibi duygusal sorunlar bulunmaktadır.[3,8] Özellikle kadının cinsel olgunluğa eriştiği ve doğurganlığını gerçekleştirdiği 15-49 yaş döneminde üreme sağlığı sorunları artış göstermekte ve genel sağlık düzeyini olumsuz yönde etkileyerek yaşamı tehdit edici boyutlara ulaşabilmektedir.[3,5,9-11]

Dünyada her yıl gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle 500.000'den fazla kadın ölmektedir. Bu ölümlerden sadece 4.000'i gelişmiş ülkelerde (%1), geri kalanı ise (%99) gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir.[4] Kadınların ölüm nedenleri incelendiğinde kanama ve enfeksiyon başta olmak üzere güvensiz düşükler, ilk sıralarda yer almaktadır.[4,6] Dünya genelinde istenmeyen gebelikler sonucu görülen düşüklerin yarısı sağlıksız koşullarda yapılmakta ve yüzde 98'i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir.[12] Dünyada istenmeyen gebeliklerin, düşüklerin ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) önlenmesinde en önemli çözüm, etkili aile planlaması yöntemlerini kullanmaktır. Buna rağmen dünyada yaklaşık 300.000.000 çift bu hizmetlere ulaşamamaktadır.[9,13] Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde kadınların ölüm ve sakat kalma nedenlerinin başında HIV ve diğer CYBH gelmektedir.[14] Tüm Dünya'da 35.300.000 kişinin HIV ile enfekte olduğu, bunların 1.600.000'inin öldüğü ve

yaklaşık 210.000 çocuğun da anneden bulaş yoluyla hayatını kaybettiği açıklanmaktadır. [15,16]

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kadın sağlığı göstergelerinin halen istenilen düzeyde olmadığı belirtilmektedir.[17] Küresel düzeyde insan onuru, eşitlik ve esenlik ilkelerinin güçlenmesine odaklanan ve Türkiye'nin de kabul ettiği Binyıl Kalkınma Hedefleri kapsamında anne sağlığının iyileştirilmesi ve anne ölümlerinin 3/4 azaltılması hedeflenmektedir.[18] Sağlık Bakanlığı'nın Stratejik Planında da 2012 yılında anne ölümlerinin yüz bin canlı doğumda 10'un altına indirilmesi hedeflenmiştir.[19] Bu hedefler doğrultusunda Türkiye'de son on yılda anne ölüm oranlarının 2005 yılında 28.5, 2008 yılında 19.4, 2013 yılında 15.9 olduğu belirtilmektedir.[20,21] Yıllara göre anne ölüm oranlarında bir düşüş olmasına rağmen bu düşüşün halen ulaşılmak istenilen hedefin altında olduğu görülmektedir.

Türkiye'de aşırı doğurganlık, istenmeyen ve riskli gebelikler sonucu oluşan komplikasyonlar anne ve çocuk ölümlerinin en önemli nedenleri olarak karşımıza çıkmaktadır.[22,23] Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2013)'na göre, yaklaşık beş kadından birinin (%23) en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı, yüzde 14'ünün en az bir kez isteyerek düşük yaptığı rapor edilmektedir. İsteyerek düşüğün önlenmesinde en etkili yol olan etkili aile planlaması yöntemlerini kullanma oranı (%47) halen yüzde 50'ye ulaşmamıştır. [24]

Türkiye'de 0-14 yaş grubundaki çocuklar ve doğurgan çağdaki kadınlar toplam nüfusun yarıdan fazlasını (%51) oluşturmaktadır.[25] Öte yandan bebek, çocuk ve anne ölüm hızlarının yüksek olması, aile planlaması hizmetlerine olan talebin yaygınlığı, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin istenen düzeyde olmaması, üreme sağlığı hizmetlerinin halk sağlığı açısından önemini arttırmaktadır.[21,25]

Halk sağlığı konularının tümünde olduğu gibi üreme sağlığı konusunda da sağlık sorunlarını çözmek, bu konuda bilgi, tutum ve davranışları değiştirmek için kullanabilecek en ucuz ve etkili yöntem sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirmedir. Bugün tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de hastalıkların tedavisinden çok sağlığın geliştirilmesi önem kazanmış durumdadır. [26,27]

Sağlığı geliştirme sadece hastalıkların önlenmesine değil aynı zamanda bireyin iyilik durumunun korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve bireylerin kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk almasına da odaklanır.[26,27] Sağlığı geliştirmede kişinin öz-yeterliliği oldukça önemli bir etkendir.[28] Sağlıklı bir toplum için, kadın üreme sağlığının korunması ve geliştirilmesi, kadınların kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk almaları ve öz-yeterlilik düzeylerinin yükseltilmesi gerekir. Kadınlara bu sorumlulukların kazandırılması ve doğru tutumların öğretilmesi amacı ile eğitim verme sürecinde en önemli görev hemşirelere düşmektedir. Hemşirelerin düzenledikleri sağlığı geliştirme odaklı eğitim programları hem kadınların sağlık düzeylerinin olumlu yönde gelişimini sağlayacak hem de sağlık harcamalarının azalmasına yardımcı olacaktır.[28-31]

Yurtdışında yapılan çalışmalarda, kadınların üreme sağlığı ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu ve sağlık eğitimiyle bilgi düzeyinin yükseldiği bildirilmektedir.[32-34] Benzer şekilde Türkiye'de yapılan çalışmalarda da; kadınların üreme sağlığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı, özellikle evli ve ileri yaştaki kadınların üreme sağlığı konusunda bilgi ve tutumlarının gençlere göre daha yetersiz olduğu belirtilmektedir.[1,2,8,31,35-40] Diğer bazı çalışmalarda ise kadınların üreme sağlığı konusunda eksiklerini fark ettikleri ve bu konuda eğitim almak istedikleri açıklanmaktadır.[41,42]

Literatürde; hemşirelerin verdiği eğitimin; genital hijyen, aile planlaması, meme ve serviks kanseri gibi üreme sağlığı konularında olumlu etkisini gösteren pek çok

çalışma bulunmaktadır.[30,43-46] Yapılan çalışmalarda da hemşireler tarafından verilen eğitim ile kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) konusundaki bilgilerinin ve düzenli meme muayenesi yapma davranışlarının arttığı tespit edilmiştir.[44,47] Kadınlara hemşireler tarafından verilen genital hijyen eğitiminin; doğru hijyen davranışlarını kazandırdığı ve genital enfeksiyonların yaygınlığını azalttığı vurgulanmaktadır.[30]

Dünya'da ve Türkiye'de üreme sağlığı ile ilgili daha çok tanımlayıcı çalışmaların yapıldığı;[1,8,10,36,40,48-52] girişimsel çalışmaların meme kanseri, serviks kanseri, genital hijyen gibi üreme sağlığının alt konularından sadece biri ile ilgili olduğu;[7,30,43,44,47,53,54] kadınların genel üreme sağlığı bilgi, tutum ve davranışlarını olumlu yönde etkilemeye yönelik yapılan girişimsel çalışmaların[39,45,46,55,56] ise herhangi bir modele göre yapılandırılmadığı görülmüştür. Literatürde hemşirelik girişimlerinde yapılandırılmasında özellikle davranış değişim modelleri kullanmanın hedeflenen etkinliği arttıracağı belirtilmektedir.[57] Bu nedenle, sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde etkili bir model olan Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)'ne göre uygulanan girişimlerin, kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarını ve öz-yeterliliklerini olumlu yönde geliştireceği düşünülmektedir.

Amaç: Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitiminin kadınların üreme sağlığı tutumlarına ve öz-yeterliliklerine etkisini belirlemektir.

Araştırmanın Hipotezleri

H_1: Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre verilen eğitim kadınların üreme sağlığı tutumlarını olumlu yönde etkiler.

H_2: Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre verilen eğitim kadınların öz-yeterlilik düzeylerini yükseltir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığının Tanımı ve Önemi

Üreme sağlığını ilgilendiren konular, uzun yıllar geleneksel bakış açısının sonucu olarak doğurganlıkla ilişkilendirilmiş ve genellikle "Anne ve Çocuk Sağlığı" üzerinde durulmuştur. Bu bakış açısı 1990'lardan sonra değişmeye başlamış, Kahire' de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (1994) ilk defa 'Üreme Sağlığı' kavramı tanımlanmış ve sonrasında tüm dünyada kabul gören bir kavram haline gelmiştir. Bu konferansta, kalkınmanın vazgeçilmez bir insan hakkı olduğu ve nüfus politikalarının en önemli hedefinin bireylerin yaşam kalitesini arttırmak olduğu vurgulanmıştır.[13,58,59] Ayrıca kadınları güçlendirerek cinsiyetler arası eşitsizliğin ortadan kaldırılması, kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi ve kadınların doğurganlıklarını kontrol edebilmelerinin sağlanmasının kalkınmanın temelini oluşturduğu belirtilmiştir.[60,61]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün geliştirdiği ve Kahire'de onaylanan tanıma göre; "Üreme sağlığı; üreme sistemi, görevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bütün bunlara ilişkin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır".[60,62,63] Ayrıca üreme sağlığının; "tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşam, üreme yeteneği ve üreme yeteneğini kullanma özgürlüğü" anlamına geldiği de belirtilmektedir.[17,29,64,65] Üreme sağlığı yaklaşımında, yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır.[65]

Kahire Konferansı'nda kabul edilen ilkeler, bir yıl sonra Pekin'de yapılan 4. Dünya Kadın Konferansı'nda bir kez daha vurgulanmış ve bu ilkeler doğrultusunda eylem planı hazırlanmıştır.[13,59] Oluşturulan eylem planı sayesinde ergenlik dönemi cinsellik, istenmeyen gebelikler, sağlıksız düşükler, maternal morbidite ve mortalite,

CYBH, genital yol enfeksiyonları (GYE), üreme organları kanserleri, kadına yönelik şiddet ve zararlı geleneksel uygulamalar üreme sağlığı kapsamında ele alınmaya başlanmıştır. Türkiye'nin de imzaladığı bu eylem planında; yaşam boyu değişen üreme sağlığı ihtiyaçları doğrultusunda bilgi ve sağlık hizmetine ulaşabilirliğin sağlanması için gerekli bütün önlemlerin alınması gerektiği kabul edilmiştir.[61,65]

DSÖ 2020 yılına kadar herkesin sağlık hizmetlerine hakkaniyetli bir şekilde ulaşması amacı ile '2000 Yılında Herkes İçin Sağlık' adlı bildirgeyi hazırlamış ve '21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri'ni belirlemiştir. Bunlardan biri 'Yaşama Sağlıklı Başlama Hedefi'dir. Bu hedefte; üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine erişimde ilerleme sağlanmasının önemine vurgu yapılmıştır.[66] 2000 yılında Birleşmiş Milletler bünyesinde Binyıl Anlaşması imzalanarak, 21. yüzyılda açlık ve yoksulluğa son vermeyi amaçlayan Binyıl Kalkınma Hedefleri belirlenmiştir. Dördü doğrudan dördü ise dolaylı olarak üreme sağlığı ile ilgili olan bu hedefler aşağıda sıralanmıştır:

- Cinsiyet eşitliğini öne çıkarmak ve kadını güçlendirmek
- Anne sağlığını iyileştirmek (anne ölüm oranını dörtte üç oranında azaltmak)
- Çocuk ölümlerini azaltmak (üçte iki oranında)
- HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele etmek
- Açlık ve yoksulluğu ortadan kaldırmak
- Herkesin evrensel olarak ilköğretim almasını sağlamak
- Çevresel sürdürülebilirliği sağlamak
- Küresel işbirliğini geliştirmektir.[17,67]

Yapılan bu uluslararası konferanslar ve düzenlemeler sonucunda sağlık doğuştan kazanılmış bir insan hakkı olarak gündeme gelmiş, kadının bir birey olarak sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik sözleşmeler yapılmıştır.[17] Türkiye'de Cinsel

Sağlık ve Üreme Sağlığı 2005-2015 Stratejik Eylem Planı, Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2013-2017) hazırlanarak, ulusal düzeyde üreme sağlığını geliştirilmesi amaçlanmaktadır.[17,68]

2.2. Üreme Sağlığının Amaçları ve Kapsamı

Üreme sağlığı hizmetlerinin insan hakları kapsamında kadın ve erkeğe sunulması gereklidir. Her iki cinsin de bilgilendirilerek etkili, güvenli ve ödenebilir aile planlaması yöntemlerini seçebilme; kadınların güvenli bir gebelik sürdürebilme ve doğum yapabilme; doğumdan sonra anne ve çocuğun sağlıklı bir yaşam sürmesi için mümkün olan en iyi sağlık hizmetlerine sahip olabilme haklarının var olduğu belirtilmektedir.[69]

Üreme sağlığının amaçları; üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili gereksinimleri karşılamak, istenmeyen ve riskli gebelikleri engelleyerek ölümleri azaltmak, anne sütü ile beslemeyi teşvik etmek, CYBH'ı ve komplikasyonlarını önlemek, üreme sistemiyle ilgili hastalıklar için tedavi yöntemlerini geliştirmek, cinsiyetler arası eşitliğe dayalı cinselliğin gelişmesini sağlamak, kadın ve erkeklerin cinsel sağlık haklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve diğer hizmetlere ulaşmalarını sağlamak, gençleri doğru sağlıklı üreme davranışlarına özendirmek olarak sıralanabilir.[63,69] Bu amaçlara ulaşılması için üreme sağlığı hizmetlerinin doğumdan ölüme kadar bütüncül bir yaklaşımla düzenlenmesi gerekmektedir.[39,65]

Temel Sağlık Hizmetleri içinde ele alınması gerektiği vurgulanan üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamı aşağıdaki konuları içermektedir:[6,63, 69]

- Sorunlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme, eğitim ve iletişim
- Aile planlaması hizmetlerini yaygınlaştırma; aile planlamasında bilgilendirme, eğitim, iletişim ve danışmanlık

- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme
- GYE etkin kontrolü
- CYBH önlenmesi ve AİDS ile mücadele
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi
- Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı komplikasyonların önlenmesi
- Üreme organlarının kanserlerinin önlenmesi ve tedavisi
- Beslenme
- Bebek ve çocuk sağlığı
- Adölesan sağlığı ve cinselliği
- Çevresel faktörlerin düzenlenmesi
- Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesidir. [6,63, 69]

Üreme sağlığı kapsamındaki bu hizmetlerin; birinci basamak sağlık hizmetleri bünyesinde ele alınması ve ihtiyaç halinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile desteklenmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Dünya genelinde tüm ülkelerin üreme sağlığı hizmetlerinin en kısa sürede çok geniş bir hizmet alanı olarak ulaşılabilir hale getirilmesi de ayrıca önerilmektedir.[63]

2.3. Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları

Üreme sağlığı toplumların gelişmişlik düzeyini gösteren önemli ölçütlerden biridir. Pek çok uluslararası konferansta kalkınma ve nüfus ilişkisine değinilmiş ayrıca sağlıklı ve kalkınmış toplumların oluşması için üreme sağlığının çok önemli olduğu belirtilmiştir. Böylece üreme sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri kapsamında uygun yaştaki herkese sunulmasının gerekliliği savunulmuş ve tüm dünyada üreme sağlığı konusunda çalışmalar hız kazanmaya başlamıştır.[17,29,63]

Üreme sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda anne ve çocuk ölümlerinin hızlarında azalma olmasına rağmen, bu azalma halen istenilen düzeyde değildir.[17] DSÖ verilerine göre, 1990-2013 yılları arasında dünya genelinde anne ölümleri yüzde 50 oranında düşmüştür. Böyle bir ilerleme önemli olmakla birlikte, yıllık ortalama düşüş oranı ulaşılması istenen hedefin (%5,5) çok altındadır ve ölüm oranları kabul edilemeyecek kadar yüksektir.[4,16]

Dünyada her yıl 500.000'den fazla kadının gebelik ve doğumla ilgili sorunlar nedeniyle yaşamı sona ermektedir.[4] Bu ölüm oranları ülkeden ülkeye farklılık göstermekte, ölümlerin sadece yüzde 1'i gelişmiş ülkelerde iken yüzde 99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir.[4,6,17,70] Ayrıca gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların yaşam boyu ölüm riskinin, gelişmiş ülkelerdeki kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Dünyada anne ölümlerinin sayısındaki yükseklik, zengin ile fakir arasındaki uçurumu ve sağlık hizmetlerine erişimdeki yetersizliği göstermektedir.[4] Anne ölümlerini azaltmak amacıyla, kadınların kaliteli üreme sağlığı hizmetlerine erişimi gerekmektedir.[71]

Dünyada 2013 yılında ölen 289.000 kadının, gebelik öncesi ve sonrasında yetersiz sağlık hizmeti ve önlenebilir nedenlerden dolayı öldüğü belirtilmektedir.[4] Ayrıca kadın ölümlerine neden olan komplikasyonların çoğunun gebelik esnasında geliştiği, bir kısmının ise hamilelikten önce var olduğu ve hamilelikle birlikte tehlikeli bir boyuta ulaştığı belirtilmektedir. Kanama ve enfeksiyonun yanı sıra güvensiz düşükler, anne ölümlerine neden olan komplikasyonların ilk sıralarında yer almaktadır.[4,29]

Dünyada 40.0000.000-60.0000.000 yasal ve yasal olmayan düşük yapıldığı tahmin edilmekte ve güvenli olmayan düşüklerin, anne ölümlerinin 1/4-1/3'ünden sorumlu olduğu belirtilmektedir. Sadece istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için değil

aynı zamanda anne ve çocuk ölümlerinin önlenmesinde önemli bir yere sahip olan aile planlaması hizmetlerine Dünya' da 300.000.000 çift erişememektedir.[6] Ayrıca yaklaşık 140.000.000 kadın, hamileliklerini ertelemek istediklerini ya da hamile kalmak istemediklerini belirtmelerine rağmen doğum kontrol yöntemleri kullanmamaktadır.[72]

Gelişmiş ülkelerde 20-60 yaşları arasında kadınların yaşamı genelde sağlıklı ve ölüm riski oldukça düşüktür (%6). Ama bu durum dünyanın diğer bölgelerindeki benzer yaştaki yüz minyonlarca kadın için aynı değildir. Güney-Doğu Asya Bölgesi'nde kadınların ölüm riski yüzde 21 iken, bu oran Afrika Bölgesi'nde yüzde 42'ye yükselmektedir.[14]

Dünya'da kadın sağlığını bozan en önemli nedenlerden biri olan genital yol enfeksiyonlarının, epidemi düzeyine ulaştığı ve milyonlarca insanı etkilediği bildirilmektedir.[61,73] HIV'e maruz kalan insanların tam olarak sayısını bilinmemektedir ancak, gerçek rakamın belirlenen sayının altında olduğu ve erkeklere göre kadınların arasında daha yaygın olduğu bilinmektedir.[74] DSÖ 2012 yılında Dünya' da 35.300.000 kişinin HIV ile enfekte olduğunu ve bunlardan 32.300.000 milyonun yeni vaka olduğunu tahmin etmektedir. HIV den dolayı ölüm sayılarının 2005 yılında en yüksek değere ulaştığı (2.300.000), 2012 yılında 1.600.000'e gerilemiş olduğu bildirilmektedir.[16]

Kadınların üreme sağlığı sorunları içinde yer alan önemli bir konu da kanserlerdir. Dünya genelinde; taramaların yetersizliği, geç tanı ve yetersiz tedaviden dolayı kadınlar kanser nedeniyle yaşamını yitirmekte, bu ölümlerin yüzde 80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir.[14]

Dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türünün meme kanseri olduğu belirtilmekte ve bunu serviks kanseri takip etmektedir.[14] DSÖ, dünya genelinde her yıl yaklaşık 1.000.000 yeni meme kanseri vakası olduğunu bildirmektedir. 2000 yılında

kadınlardaki tüm yeni kanserlerin yüzde 22'sini, 2008 yılında yüzde 30'unu meme kanseri oluşturmaktadır.[75] Erken teşhis ve tedavilerin gelişmesi nedeniyle 1990 yılından günümüze kadar birçok AB ülkesinde, meme kanseri için mortalite oranı düşmüş olmasına rağmen, halen kanserden ölen kadınlarda başlıca sebebin meme kanseri olduğu bilinmektedir.[76] 2010 yılında tüm kanserden ölümlerin yüzde 18'inin meme kanseri nedeniyle gerçekleştiği bildirilmektedir.[77]

Serviks kanserinin, dünyada kadınlarda en sık görülen ikinci kanser türü olduğu belirtilmektedir.[14,78] Dünya genelinde, 2005 yılında 500.000 fazla yeni serviks kanseri vakası tespit edildiği ve serviks kanseri nedeniyle 250.000 kadının öldüğü belirtilmektedir.[79] 2012 yılında serviks kanserinden ölen kadınların sayısı 270.000 yükselmiştir. Serviks kanseri nedeniyle meydana gelen ölümlerin, yüzde 85'inin tarama ve önleme hizmetlerine erişimin neredeyse olmadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği bildirilmektedir.[80]

2.4. Türkiye'de Üreme Sağlığı Sorunları

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kadın ve çocuk sağlığıyla ilgili ölüm ve hastalık ölçütlerinde önemli iyileşme görülmesine rağmen halen gelişmiş ülkelerdeki seviyeye ulaşılamamıştır.[17, 20]

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK-2014) tarafından yapılan 'adrese dayalı nüfus kayıtları' sonuçlarına göre (2014) Türkiye nüfusu 76.667.864 kişidir. Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de nüfusun yarısını (%49,8) kadınlar oluşturmaktadır.[25]

Türkiye'de nüfus artış hızı azalmakla birlikte TNSA (2013) sonuçlarına göre toplam doğurganlık hızı 2,26 olup, bu oran kırsala ve doğuya gidildikçe artış göstermektedir.[24] Türkiye'de değişik kurumlar tarafından yapılan araştırma sonuçları incelendiğinde, yıllar içinde anne ölüm hızlarında bir azalma olduğu

görülmektedir.[17,18,21,81] Ancak bu oranlar gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, anne ölüm hızlarının halen istenilen seviyede olmadığı açıktır.[17,20]

Türkiye'de anne ölümlerinin nedenleri, aşırı doğurganlık ve istenmeyen gebelikler olarak açıklanmaktadır. Bu durum doğurganlığın düzenlenmesinin kadın sağlığı açısından ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.[22] Doğurganlığı hakkında karar verme ve uygulama imkânı olmayan kadınlarda istenmeyen gebelikle karşılaşma riskinin yüksek olduğu ifade edilmekte ve istenmeyen gebeliklerin bir sonucu olan güvensiz/sağlıksız düşüklerin çok sayıda kadının hayatını tehdit ettiği belirtilmektedir.[82] TNSA (2013) sonuçlarına göre; Türkiye'de kadınların yüzde 23'nün en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı, yüzde 14'ünün en az bir kez isteyerek düşük yaptığı ve yüzde 3'ünün ölü doğum yaptığı görülmektedir.[24]

İstenmeyen gebelikler isteyerek düşükle sonuçlanmakta ve bu durum aile planlaması yönteminin yeterince kullanılmadığını göstermektedir. İsteyerek düşük yapma öncesi ve sonrası aile planlaması yöntemi kullanımı değerlendirildiğinde, kadınların 1/3'ünün gebelik öncesi bir aylık dönemde hiçbir yöntem kullanmadıkları dikkat çekmektedir. Yöntem kullanmamaları nedeniyle istemeyerek gebe kaldıkları için isteyerek düşük yapan kadınların, yüzde 48 'i hala yöntem kullanmamaya devam etmektedir.[82] Nitekim TNSA 2013 verilerine göre, evli kadınların tamamına yakınının en az bir etkili aile planlaması yöntemi bilmesine rağmen % 53'ünün etkili bir yöntem kullanmadığı belirtilmektedir.[24] Bu durum, kadınlara sunulan aile planlaması konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin kalitesi ve yaygınlığının yeterli olmadığını düşündürmektedir. [82]

Etkili bir aile planlaması yöntemi olan kondomun, CYBH'dan korumda önemli bir rolü olduğu bilinmektedir. Türkiye'de kondom kullanımının 1963 yılından (%4,4) 2013 yılına (%15,8) kadar arttığı görülmekte ancak kullanımının sürekliliği

bilinmemektedir. Aile planlamasının etkililiği açısından bu yöntemin kullanım sürekliliğinin irdelenmesi gerekmektedir.[83]

Türkiye'de CYBH'ler anne ölüm nedenleri arasında yer almakta ve toplum sağlığını tehdit etmektedir.[69] İnsidansında artış olduğu belirtilen AIDS/HIV vakasının Türkiye'de yıllara göre sayıları incelendiğinde 2002 yılında 48 vaka saptanmışken, 2012 yılında vaka sayısının neredeyse iki katına çıktığı rapor edilmektedir.[21, 82] Türkiye Sağlık Raporu 2014'de, HIV haricindeki CYBH etkenlerinin de toplumda sık görüldüğü belirtilmekte ve toplumun CYBH konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olduğu vurgulamaktadır.[31,40,68] Kadın ve erkekte infertilite, yenidoğanda sakatlık ve ölüm, rahim ağzı kanserleri ve daha pek çok soruna neden olduğu bilinen CYBH ile ilgili Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı 2005-2015 Stratejik Eylem Planı çerçevesinde planlamalar yapılmaktadır.[17, 68]

Kanser dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Türkiye'de 2000-2006 yılları arasında kanserin değişimine bakıldığında, insidansında artış olduğu belirtilmektedir.[84] Kadınlarda ölüm nedenlerinin son yıllardaki dağılımı incelendiğinde, 2011-2013 yılları arasında neoplazmların yüzde 16 civarında olduğu görülmektedir. Türkiye'de kadınlarda görülen kanser türleri arasında sıklık açısından ilk sırada meme kanseri (%23,4) yer almaktadır.[21]

Kadın kanserleri arasında meme kanseri dışında endometrium, over ve serviks kanserleri de en sık görülen ilk on kanser arasında yer almaktadır. Dünya'da kadınlarda en sık görülen ikinci kanser olan serviks kanserinin Türkiye'de insidansının 4.8 olduğu belirtilmektedir. Genital kanser ve özellikle servikal kanser açısından Batı'daki pek çok ülkeye göre insidans değerlerimizin daha düşük olmasına rağmen gelecekte durumun faklılaşacağı da vurgulanmaktadır.[84] Günümüzde Human Papilloma Virüs (HPV)' ün serviks kanseriyle ilişkisi bilinmektedir.[17] Türkiye'de 6388 hastanın retrospektif

analizinin yapıldığı bir çalışmada yüzde 25 hastada HPV pozitif olduğu rapor edilmektedir.[85] Genç nesilde değişen cinsel davranışlara bağlı olarak HPV gibi enfeksiyonların prevelansının artacağı ve genital kanser yükünün de değişeceği düşünülmektedir.[84]

2.5. Üreme Sağlığı İçinde Kadının Yeri

Üreme sağlığı yaklaşımında; her ne kadar kadın ve erkeğin yaşamı bir bütün olarak ele alınsa da kadının bedeninde gerçekleşen gebelik, doğum, lohusalık, menstruasyon ve menapoz gibi birçok fizyolojik ve ruhsal değişimin kadınlar açısından üreme sağlığının önemini arttırdığı düşünülmektedir.[4-6,13] Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki sağlık sorunlarını sadece kadınlar yaşamaktadır. Özellikle kadınların üremeyle alakalı hastalık yüklerinin erkeklere oranla 3 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir.[6,17]

Biyolojik nedenlerden dolayı CYBH'ye yakalanma riskinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu ve bu hastalıkların kadınları daha çok etkilediği belirtilmektedir.[39,74] CYBH'nin özellikle kadınlarda erken dönemde belirti vermemesi ve dolayısıyla geç fark edilmesi, erkeklerden daha ciddi komplikasyonların görülmesine neden olmaktadır.[86]

İnfertilite her iki cins için de önemli bir sorun olmasına rağmen pek çok toplumda sosyal ve psikolojik sonuçlarını genelde kadınlar yüklenmektedir. Bunlara ilave olarak, özellikle kadınlar aile planlaması yöntemlerini erkelerden üç kat daha fazla kullanmakta ve olumsuz etkileriyle daha fazla karşı karşıya kalmaktadır.[6,69]

Dünyada birçok toplumda cinsellik tabu sayılmakta, cinsellik konusunda cinsiyetler arasında eşitsizlik olduğu görülmektedir. Üreme sağlığının en önemli belirleyicilerinden biri sosyo-ekonomik durumdur ve birçok toplumda en yoksul kesimi kadınlar ve çocuklar oluşturmaktadır.[69] Bu nedenle kadınlara verilecek sağlık bakım

hizmetleri; kadınların genel sağlık durumunu etkileyen fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik faktörleri bütünüyle ele almalı ayrıca sağlığı koruma ve geliştirme hizmetlerini kapsayacak biçimde verilmelidir. Kadın sağlığı hizmetlerinin eşit, kapsamlı, ulaşılabilir, nitelikli bir biçimde ve ekip anlayışıyla sunulmasının bir gereklilik olduğu vurgulanmaktadır.[17]

2.6. Üreme Sağlığını Geliştirme

2.6.1. Sağlığı Geliştirme Kavramı

Geçtiğimiz yüzyıl, dünyada bulaşıcı hastalıklara karşı bir sağlık mücadelesi verilmiş; yaşadığımız yüzyılda ise insan ömrünün uzaması, kronik hastalıkların yaygınlaşması nedeniyle sağlık alanında yeni yaklaşımlar gelişmeye başlamıştır.[27] Sağlık alanındaki bu gelişmeler ile birlikte sağlığı koruma ve geliştirme kavramları üzerine odaklanılmıştır.[27,87]

Sağlığı geliştirme kavramı; ilk kez Alma-Ata'da düzenlenen "Birincil Sağlık Bakımı" konulu uluslararası konferansta ele alınmış ve Ottowa'da yapılan Birinci Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'ndan sonra kabul görmeye başlamıştır.[88-90]

DSÖ (2005) tarafından sağlığı geliştirme; "bireylerin kendi sağlığını geliştirmesini ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gücünü kazanmasını sağlayan bir süreç" olarak tanımlanmıştır.[88,91] Başka bir değişle bu süreç bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrol sağlayarak nitelikli, etkin ve üretken bir yaşam sürebilmelerini amaçlamaktadır.[90]

Özellikle sağlığı koruma ve sağlığı geliştirme sıkça birbirinin yerine kullanılmasına rağmen birbirinden farklı kavramlardır. Kelime anlamı olarak koruma; var olan durumu muhafaza etmek, geliştirme ise bir durumu üst düzeye çıkarmak anlamında kullanılmaktadır.[87] Diğer bir ifadeyle; sağlığı koruma hastalık tehdidini

azaltmaya yönelik bir davranış iken, sağlığı geliştirme sağlık seviyesinin daha yüksek bir düzeye ulaşmasına yönelik bir davranıştır.[92]

Sağlığı geliştirme, bireylere iyilik halini koruyacak, sürdürecek ve geliştirecek yaşam tarzlarının kazandırılması ile mümkün olmaktadır. Sağlık davranışı ile ilgili teoriler, sağlığı geliştirme programlarının planlanmasında kritik rol oynamaktadır ve pek çok disiplinli bir kökene sahiptir. Bu teoriler kullanılarak sağlığı geliştiren yaşam tarzı insanlara kazandırılabilir ve toplum sağlığı geliştirilebilir.[27]

Nola Pender sağlığı geliştirmenin; birey, aile ve toplumun hayat kalitesi, sağlık potansiyeli ve iyilik düzeyinin arttırılmasının temeli olduğunu belirtmiş[93] ve bundan yola çıkarak 'Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)'ni' geliştirmiştir.[94]

2.6.2. Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı geliştirme, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmaya ve geliştirmeye imkan veren bir süreçtir. Bu kavram DSÖ tarafından "herkes için sağlık" politikasına ulaşmakta anahtar bir strateji olarak kabul edilmiştir.[95]

Sağlığı geliştirmeyle ilgili bir model tanımlanmadan önce, sağlık davranışına ilişkin belirleyicileri ele alan Sağlık İnanç Modeli geliştirilmiştir. Sağlık İnanç Modeli hastalık korkusu ve tehditini temel aldığı için bir hastalıktan kaçınma modeli olarak kabul edilmiştir.[96] Daha sonra Nola Pender tarafından tamamen sağlığı geliştirme kavramını temel alan SGM geliştirilmiştir.[97]

Hemşirelik bakış açısı ve davranış bilimlerinin teorilerini birleştirerek 1980 yılında geliştirilen model; 1987 ve 1996 yıllarında güncellenmiştir.[93,94,98] Bandura'nın sosyal öğrenme kuramından etkilenilerek oluşturulan model, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesi için bilişsel faktörlere odaklanmıştır.[99]

Sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı amaçlayan model, sağlığı geliştirme alanındaki uygulamaları yönlendirerek[98] yaşam süresi boyunca birçok farklı durumda uygulanabilmektedir.[97]

SGM bireyin özgeçmişini ve kendisine yönelik algısının sağlığı geliştirme davranışı üzerindeki etkisini değerlendirmektedir. Modelde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi ve önemi konusunda bilinçlendirilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır.[96] SGM, insanların gerçek hedeflere yönelik kararlar alması ve kendi sağlıklarıyla ilgili yaşam biçimlerini aktif bir şekilde düzenlemesi gerektiği varsayımına dayanmaktadır.[93] Ayrıca model, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi için biyo-psikososyal gelişmeleri inceleyen bir rehber niteliğindedir.[97]

2.6.3. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Bileşenleri

Sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen durumları belirlemek için sıklıkla kullanılan Nola Pender'in SGM'si, pek çok bileşenden oluşmaktadır.[91]

Bireysel Özellikler ve Deneyimler

SGM, her insanın sonraki eylemlerini etkileyen benzersiz bireysel özelliklere ve deneyimlere sahip olduğunu belirtir. Bu etkileyici faktörler; önceki davranışlarla ilişki ve kişisel faktörlerdir. [91]

Önceki Davranışlar: Aynı veya benzer davranışların sıklığı sağlığı geliştirme davranışının yapılma olasılığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir.[92] Önceki davranışlar; bireyi şimdiki davranışlara hazırlayıp alışkanlık oluşumunda katkı sağlayarak etki etmektedir. Davranışın her tekrarında ise alışkanlık pekişmektedir.[96]

Kişisel Faktörler: Kişisel faktörler 3 kategoride incelenmektedir. Bunlar biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel faktörlerdir.

- Biyolojik faktörler yaş ve cinsiyet değişkenini içermektedir.

- Psikolojik faktörler; benlik saygısı, öz motivasyon ve algılanan sağlık durumu gibi değişkenleri içermektedir.
- Sosyo-kültürel faktörler eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum ve etnik köken gibi değişkenleri içermektedir.[91,92,96]

Davranışa Özgü Bilişsel Faktörler ve Etkiler

SGM'ye göre; sağlığı geliştirme davranışının oluşması ve sürdürülmesinde motivasyonu sağlama görevi alan davranışa özgü bilişsel faktörler vardır. Davranışa özgü bilişsel faktörler; 'algılanan yarar ve engel', 'öz-etkililik algısı', 'aktiviteyle ilişkili etki', 'kişiler arası etki' ve 'duruma özgü etki'dir.[57]

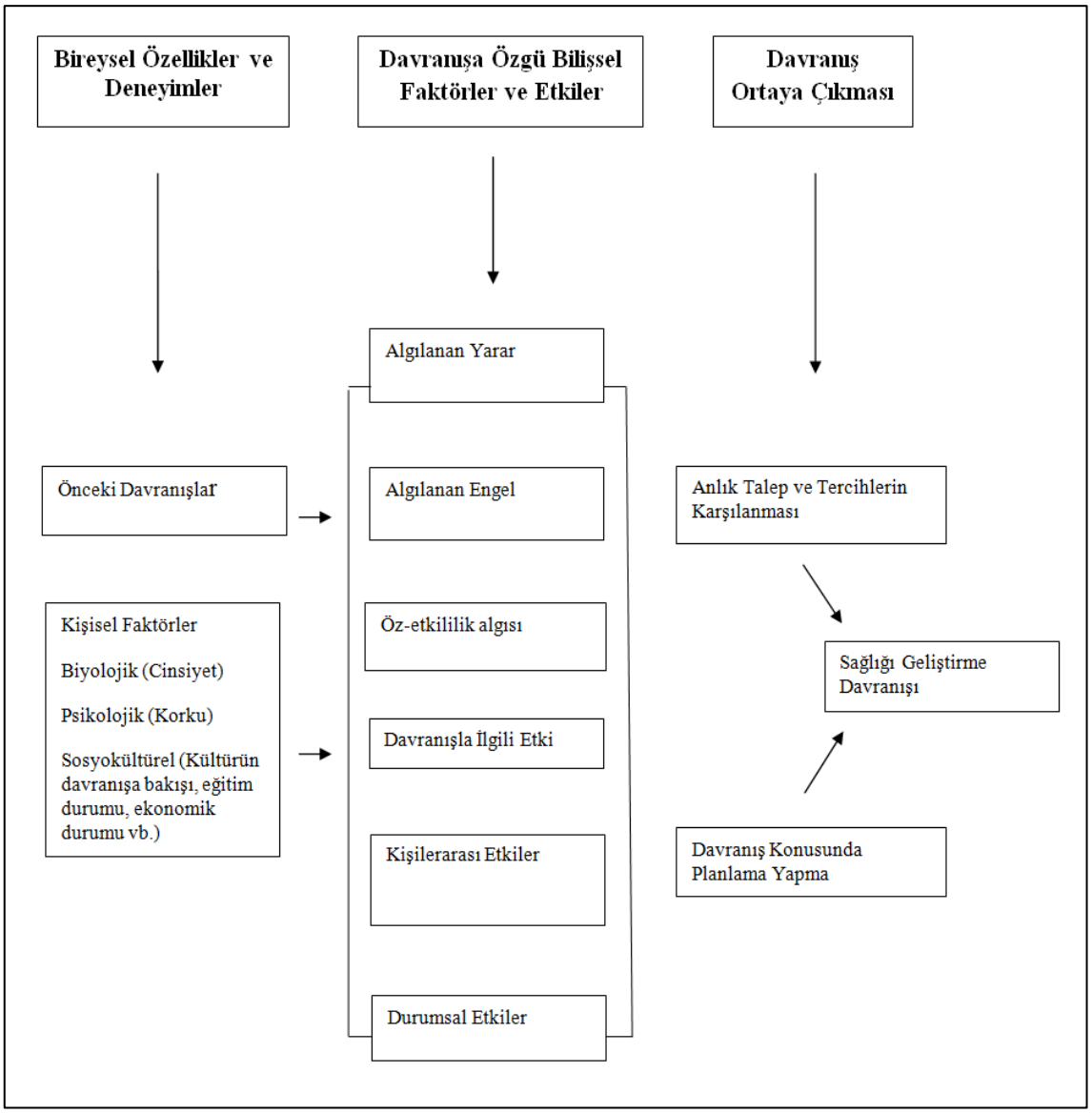
Algılanan Yarar: Algılanan yarar sağlık davranışının olumlu olacağına yönelik tahmindir.[92] Başka bir ifade ile gerçekleştirilecek davranışın hastalık riskini azaltmasında etkili olacağı ile ilgili inançtır.[96] Algılanan yarar, bireyin sağlık davranışını yapmaya istekli olup olmadığını gösterir. Bu nedenle bireylere, olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve devam ettirmenin yaşam kalitesine etkileri öğretilerek, bireylerin olumlu sağlık davranışı yapmalarının yararı ile ilgili bilinçlendirilmesi sağlanabilir.[100]

Algılanan Engel: Eylemin engel algısı hayaller ya da gerçek engeller olabilir.[92] Önerilen davranışın ortaya çıkmasını zorlaştıran engeller ya da olası olumsuz yönleriyle ilgili algılardır. Bireyler davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını düşünür ve tartar. Algılanan yarar, algılanan engellerden ne ölçüde fazla ise davranışın ortaya çıkması o ölçüde artar.[96]

Öz-yeterlilik Algısı: Öz-yeterlilik algısı, sağlığı geliştirme davranışını organize etmek ve yürütmek için bireyin yapabilirlik algısı, kararlığı ve kendine olan inancıdır.[92,96] Öz-yeterlilik algısı, davranışa ilişkin algılardan özellikle engel algısından

etkilenmektedir.[92,57] Davranış değişikliği başlatılması ve sürdürülmesinde öz-yeterlilik önemli rol oynamaktadır .[98,100]

Davranış İle İlgili Etki: Bireyin davranış ile ilişkili olarak olumlu ve olumsuz duygularını içermektedir. Bireyin davranışa ilişkin duyguları davranışı tekrarlayıp tekrarlamayacağı ve devam ettirilip ettirilmeyeceğini etkilemektedir. Davranışa ilişkin olumlu duygular davranışın tekrarının artırırken, olumsuz duygular davranışın tekrarını engellemektedir.[98,57]



Şekil 2.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli[57]

Kişilerarası Etkiler: Bu etki diğer insanların inanç, tutum ve davranışlarıyla ilgilidir.[92] Gerçek olsun ya da olmasın bireylerin sağlığı geliştirici davranışlara ilişkin kararlarını etkileyen aile, akranlar ve sağlık personeli gibi kişilerarası etkiler vardır. SGM'ye göre kişiler arası etkileşim sağlığı geliştirici davranışların ortaya çıkmasını toplumsal baskı ya da teşvik yoluyla etkilemektedir.[91] Kişiler arası etkileşim normlar (başkalarının düşüncelerinin önemi), sosyal destek, model alma boyutları yer almaktadır.[57,92,98]

Durumsal Etkiler: Bireyin içinde yaşadığı çevre, durum ve şartlar davranışı engellemekte ya da kolaylaştırmaktadır. Durumsal etki sağlığı geliştirme davranışının ortaya çıkmasını doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir.[92] Bireyin sağlıklı olabilmesi için çevresiyle uyum içinde yaşaması, çevresini tanıyabilmesi, çevresini değiştirebilmesi, doyum alabilmesi gerekmektedir.[57,98]

Davranışın Ortaya Çıkması

Pender'e göre bireyin davranışı yapmadan önce planlaması ve acil gereksinimlerin ortaya çıkması sağlık davranışının uygulanmasını etkiler.[96]

Davranışa İlişkin Plan Yapma: Sağlık davranışını, stratejik planları belirleme ve sağlık davranışını uygulamaya niyet etmek etkilemektedir.[92] Bu plana bağlılık, karşı koyulamayacak bir tercih ortaya çıkmadıkça davranışın oluşumunu sağlamaktadır.[98]

Anlık Talep ve Tercihlerin Karşılanması: Planlanan bir sağlığı geliştirme davranışından önce acil bir gereksinim ortaya çıkması davranışın meydana gelmesini etkiler.[57,96,98] Anlık talepler, bireyin üzerinde düşük kontrollerinin olduğu davranışlardır. Bireyin ani kayıplardan dolayı aileye bakma sorumluğu yüklenmesi gibi çevresel olayları kapsayan alternatif davranışlardır.[57,92] Tercihler ise bireyin üzerinde nispeten daha yüksek kontrole sahip olduğu alternatif davranışlardır. Bireyin yemekten önce

açlığını gidermek için dondurma ya da elma yemek konusunda kendi tercihlerini kullanmasıdır.[92]

Sağlığı Geliştirme Davranışı: İdeal iyilik hali, bireysel doyum ve üretken bir yaşam gibi olumlu çıktılardır ve son noktadır. Sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, stres yönetimi, yeterli dinlenme, ruhsal denge, olumlu sosyal ilişkiler sağlığı geliştirme davranışının örnekleridir.[92]

2.7. Öz-yeterlilik

Öz-yeterlilik (öz-etkililik) kavramı, ilk defa Bandura tarafından insan davranışının önemli bir belirleyicisi olarak tanımlanmış ve günümüze kadar çok sayıda değişken ile ilişkilendirilerek incelenmiştir.[28,101] Bandura Sosyal Bilişsel Kuramı'nda öz-yeterliliği bireyin davranışlarını değiştirmede önemli rolü olan bilişsel algılama faktörlerinden birisi olarak kabul etmiş[28,102] ve "Bireyin herhangi bir durumda istenilen davranışı gerçekleştirmek için kendine olan güveni, belli bir performans düzeyine ulaşma kapasitesiyle alakalı yargısı" olarak tanımlamıştır.[102-104]

Bireyin öz-yeterlilik düzeyi istenilen eyleme başlama motivasyonunu artırabilir ya da azaltabilir. Güçlü öz-yeterlilik algısına sahip olan bireyler daha büyük görevlere başlama eğilimindedirler, kendilerine büyük hedefler belirler ve ulaşmak için çaba harcarlar. Bu çaba öz-yeterliliği düşük olan bireylerden daha uzun süre devam eder ve olumsuz bir durum karşısında daha çabuk uyum sağlanarak amaç için çabalamaya devam edilir.[102,104]

Bandura bireyin öz-yeterlilik algısını etkileyen dört önemli faktör olduğunu belirtmektedir. Bu faktörlerden biri yapılan işler ve erişilen hedefler, yani gerçek performanstır. Bazı davranışlarla ilgili tekrar eden başarılar bireyin öz-yeterlilik algısını arttırmakta, başarısızlıklar azaltmaktadır. Bireyin öz-yeterlilik algısı geliştirildikten sonra yaşadığı geçici başarısızlıkların ise öz-yeterlilik algısına etkisi olmadığı

belirtilmektedir.[53,103,100] Bireyin öz-yeterlilik algısını etkileyen bir diğer faktör başkalarının deneyimleridir. Birey diğer insanların başarısını görerek 'Eğer o yapabiliyorsa ben de yapabilirim' düşüncesiyle öz-yeterliliğini güçlendirmektedir.[103,100,105] Öz-yeterliliği etkileyen üçüncü faktör davranışın yapılabileceğine yönelik sözel teşviktir. Bireyi bir davranışı yapabilmesi konusunda cesaretlendirmek, istenilen davranışın gösterilme olasılığını artırarak öz-yeterliliği etkilemektedir. Son olarak; bireyin fizyolojik durumu öz-yeterliliği etkileyen faktörlerden biridir.[105]

Bandura'ya göre (2004); öz-yeterlilik odak belirleyicidir, çünkü doğrudan ve diğer belirleyiciler üzerindeki etkisi sayesinde sağlık davranışını etkilemektedir.[107] Güçlü öz-yeterlilik inancına sahip bireyler kendileri için daha yüksek hedefler koyar ve onlara daha bağlı kalırlar. Öz-yeterlilik inancı, insanların çabalarından bekledikleri sonuçları biçimlendirmektedir.[100,106] Yüksek öz-yeterliliğe sahip kişiler olumlu sonuçları gerçekleşeceğini umarlar/düşünürler. Düşük öz-yeterliliği olan bireyler çabalarının düşük sonuçlar getirmesini bekler. Öz-yeterlilik inancı engelleri gözden geçirir ve nasıl engellediğini belirler. Düşük öz-yeterliliğe sahip kişiler zorluklarla karşılaştıklarında çabalarının boşuna olduğuna kolaylıkla ikna olur ve çabucak/ hızla denemekten vazgeçer.[106]

Öz-yeterlilik, bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliktir. Düşük öz-yeterlilik algısı; depresyon, anksiyete ve çaresizlik gibi duyguların oluşmasına neden olmaktadır. Ayrıca düşük öz-yeterliliğe sahip insanların, düşük özgüvene ve bireysel başarıları hakkında olumsuz düşüncelere sahip oldukları belirtilmektedir.[28]

Öz-yeterlilik bireysel değişimlerin merkezinde yer almakta ve insanların harekete ilişkin motivasyonlarını etkilemektedir. Ancak bireyin harekete geçmesi için

öncelikle kendi tutumlarını değiştirme kontrolüne sahip olduğuna inanması gerekmektedir. Sağlık davranışı, beklenen sonuçlardan ve bireyin koyduğu hedeflerden etkilenir. Hem kolaylaştırıcı hem de engelleyici faktörler davranış için önemli belirleyicilerdir ve bu durum öz-yeterliliği incelerken dikkate alınmalıdır.[57,106]

Pek çok sağlık davranışı kuramında öz-yeterliliğin önemli bir belirleyici olduğu vurgulamıştır.[28,57] Pender SGM'de, sağlığı geliştirici unsurları açıklamış ve öz-yeterlilik algısının ortaya çıkması istenilen davranışların başlatılması ile devam ettirilmesinde önemli bir rolü olduğunu belirtmiştir.[107,108] Cinsel risk davranışları, fiziksel egzersiz, beslenme ve sigara kullanımı gibi konularda yapılan pek çok araştırmada da bireyin öz-yeterlilik düzeyinin davranışın kontrolünde önemli bir yeri olduğu belirtilmiştir.[57]

2.8. Üreme Sağlığını Geliştirmede Hemşirenin Rolü

Hemşireler hem bağımsız hem de işbirliği içinde aldığı rollerle; sağlıklı ve hasta her yaşta bireye, aileye, gruba ve topluma her ortamda hizmet vermektedir.[109] Hemşirelik sadece hasta, engelli ve ölmekte olan insanlara bakımla sınırlı kalmaz; aynı zamanda hastalıkları önleme ve sağlığın geliştirilmesini de kapsar.[109-112] Hemşireler, toplumun ve bireylerin sağlık düzeyinin gelişmesi, sürdürülmesi ve potansiyel tehlikelerden korunmasına katkıda bulunma sorumluluğu olan sağlık çalışanlarıdır.[5,113] Hemşirelerin savunucu, güvenli bir ortamı teşvik edici, danışman, araştırmacı, sağlık politikalarını şekillendirici, sağlık sistemlerinde yönetici ve eğitici olmak üzere pek çok önemli rolleri bulunmaktadır.[109,111,114]

Hemşirenin değişen yaşam koşullarına bağlı olarak öne çıkan çağdaş rollerinden eğitici rolü, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde çok önemli bir yere sahiptir. Hemşireler çeşitli konularda düzenleyecekleri sağlık eğitimleri ile sağlıklı yaşam biçimlerinin kazandırılmasını, yaşam kalitesinin artırılmasını ve sağlığın geliştirilmesini sağlayacaktır.[26]

Hemşirelerin vereceği eğitim konularından en önemlilerinden biri üreme sağlığıdır. DSÖ'nün '21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık' hedefleri içinde yer alan 11. Hedefte, sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi gerektiği vurgulanmakta ve özel olarak cinsellik, fiziksel egzersiz ve beslenme ile ilgili sağlık davranışları üzerinde durulması önerilerek, hangi sağlık eğitimi konularına odaklanmak gerektiğine işaret edilmektedir.[95]

Hemşireler yaşam biçiminde olumlu değişiklikler yapabilecek ve değişimin devam ettirilmesini sağlayacak güce sahiptirler. Bu nedenle hemşirelerin kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesinde, kadınlara sağlık eğitimi verme ve destek olma sorumluluğu bulunmaktadır.[4]

Geçmiş yıllarda kadına verilen sağlık hizmetleri 'ana çocuk sağlığı' kavramı çerçevesinde ele alınmış, günümüzde ise 'üreme sağlığı' kavramı gündeme gelmiştir.[13,59] 'Sağlıklı kadın sağlıklı çocukların, sağlıklı çocuklar ise sağlıklı toplumun gerekliliğidir' düşüncesi kabul edilerek, kadın sağlığı sorunları daha geniş bir bakış açısıyla ele alınmaya başlanmıştır.[114,115] Gelişen bu bakış açısı üreme sağlığı konusunda; gerek sağlık hizmetlerinin sunumu, gerekse hemşirelik rol ve sorumluluklarında bazı değişimler yaşanmasına neden olmuştur.[114]

Bu çerçevede birinci basamak sağlık hizmetleri içinde hemşirelerin sunduğu üreme sağlığı hizmetleri; gebelik öncesi danışmanlık, çocuk sahibi olmaya hazırlık, aile planlaması, doğum öncesi sağlığın geliştirilmesi, genital hijyen, üreme sistemi kanserleri, beslenme, bağışıklama, genetik danışmanlık, kadına şiddet taraması gibi kadının yaşam boyu sağlığını koruma ve geliştirilmeye yönelik yapılacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerini kapsamaktadır.[114]

Literatürde; hemşirelerin verdiği eğitimin; genital hijyen, aile planlaması, meme ve serviks kanseri gibi üreme sağlığı konularında oldukça olumlu etkisini gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır.[30,43-46]

Yapılan çalışmalarda hemşireler tarafından verilen eğitim ile kadınların meme kanseri konusunda bilgilerinin ve düzenli meme muayenesi yapma davranışlarının arttığı tespit edilmiştir.[44,47]

Kadınlara verilen hemşirelik eğitiminin genital hijyen davranışlarına etkisi üzerine yapılan çalışmada ise; eğitim programları ile toplumdaki kadınlara doğru hijyen davranışları kazandırılarak genital enfeksiyonların yaygınlığının azaltılacağı, sağlığın korunma ve geliştirilmesine katkı sağlanacağı vurgulanmaktadır.[30]

Uygun yöntem ve teknikler kullanılarak hemşirenin çağdaş eğitimci rolü ile yapılandırılan sağlık eğitimlerinin toplum sağlığının korunması ve gelişmesinde aynı zamanda hemşirelik mesleğinin olumlu yönde ilerlemesinde önemli rol oynayacağı belirtilmektedir.[26]

2.9. Öz-yeterliliği Geliştirmede Hemşirenin Rolü

Eğitimdeki, uygulamadaki ve araştırma ortamındaki hemşirelerin sadece hemşirelik uygulamalarının yaygın hale getirilmesine değil, aynı zamanda sağlığın geliştirilmesinde de önemli role sahip olduğu belirtilmektedir.[112] Sağlığı geliştirme hastalıkların önlenmesinin yanısıra iyilik halini korumayı, sürdürmeyi ve geliştirmeyi kapsamaktadır.[27,96] Sağlığı geliştirme; birey, aile ve toplumun hayat kalitesi, sağlık potansiyeli ve iyilik düzeyini artırmayı amaçlamaktadır.[93] Bu geniş kapsamlı amacın gerçekleşmesi, öncelikle bireyin kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesiyle mümkündür.[96] Hemşirelerin sağlığı geliştirme müdahalelerinin üstesinden gelebilmeleri için, kuramlara dayalı yaklaşımda bulunmaları ve davranışların altında yatan bilişsel faktörleri bilmeleri gerekir.[94]

Bandura'ya göre, "Birey bilişsel ve çevresel faktörlerden etkilenerek bir davranışı ortaya koyar". Bilişsel faktörlerden biri de bireyin davranışıyla ilgili öz-yeterlilik algısıdır.[102] Bireyin, bir davranışı ortaya koyması için sadece davranış hakkında yeterli bilgiye sahip olması yeterli değildir, bununla birlikte davranışa ilişkin öz-yeterlilik algısının da yeterli olması gerekmektedir.[94] Hemşirelik uygulamalarında öz-yeterliliğin artırılması; hemşirenin sağladığı bakımının kalitesini arttırarak, profesyonel hemşirelik uygulamalarına katkı sağlamaktadır.[116] Öz-yeterliliğin kondom kullanımı, güvenli cinsellik gibi pek çok üreme sağlığı konusunda güçlü belirleyici olduğu belirtilmektedir.[100]

Ersin'in (2012) kadınlar ile yaptığı araştırmada, meme ve serviks kanseri ile ilgili verilen hemşirelik eğitimin kadınların KKMM öz-yeterlilik algısını arttırdığı belirlenmiştir.[44] Aydoğdu'nun (2011) yaptığı araştırmada yoksul kadınların eğitim sonrası KKMM öz-yeterlilik algılarının arttığı bulunmuştur.[53] Yapılan bu çalışmalar üreme sağlığı konularında hemşirelerin öz-yeterlilik algısı üzerine etkisini ortaya koymaktadır. Hemşirelerin üreme sağlığı ve cinsel riskli davranışlarla ilgili müdahalelerinde değiştirilebilir özelliği olan öz-yeterlilik kavramını ele almalarının gerektiği belirtilmektedir.[117]

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test- son test kontrol gruplu ve yarı deneysel modelde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma verileri Bingöl İl merkezinde bulunan, Recep Tayyip Erdoğan Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ne bağlı bölgede, Eylül 2013- Aralık 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini söz konusu ASM'ye kayıtlı 3528 kadın, örneklemini ise güç analizi ile belirlenen 120 kadın oluşturmuştur. Örneklem 0.05 yanılgı düzeyinde, 0.6 etki büyüklüğünde, yüzde 95 güven aralığında çift yönlü önem düzeyi ile evreni yüzde 90 temsil gücüne sahiptir.

Kadınların örnekleme seçilmesinde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Deney ve kontrol gruplarının seçilmesinde bir deney bir kontrol olacak şekilde sıralı olarak 60 deney, 60 kontrol olmak üzere araştırma kriterlerine uyan toplam 120 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya; en az okur-yazar, 20-49 yaş grubunda ve evli olan, menopoza girmemiş, hamilelik ve lohusalık döneminde olmayan, araştırmaya katılmayı engelleyecek düzeyde fiziksel ve ruhsal herhangi bir engeli bulunmayan kadınlar dahil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan formda; kadınların sosyo-demografik özelliklerine yönelik 7, obstetrik özelliklerine yönelik 4 soru olmak üzere toplam 11 soru bulunmaktadır **(EK II).**

Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ): Demirci (2004) tarafından evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla geliştirilen[39] ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.82'dir. Bu çalışmada ÜSBÖ güvenirlilik katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur. ÜSBÖ; kadınların kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, anlaşılması kolay, 39 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan likert tipindedir. Ölçekte her bir madde için; "1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu zaman ve 5=Her zaman/düzenli" seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmektedir. Bu ölçekte 5, 10, 16 ve 28. maddeler ters puanlanmıştır. Diğer bir ifadeyle; yanıt 1 ise 5, 5 ise 1, 2 ise 4, 4 ise 2 olacak şekilde yeniden puanlanmış ve 3 aynı kabul edilmiştir. Ölçekteki 39 maddenin toplanmasıyla elde edilen toplam ham puan 39-195 arasında değişmektedir. Yine her bir alt boyutun ham puanı, alt boyut altında yer alan maddeler toplanarak elde edilmektedir.

Ölçeğin; üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı (13, 14, 15, 16, 24, 25, 33, 39. maddeler), üreme organ ve meme kanserinden korunma (20, 21, 22, 23. maddeler), üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları (1, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38. maddeler), genital yol enfeksiyonlarından korunma (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 29. madde) ve istenmeyen gebeliklerden korunma (26, 27, 28. maddeler) olmak üzere beş alt boyutu vardır **(EK III).**

Genel Öz-yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ): Ölçeğin orijinali Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiş,[118] Türkçe'ye uyarlaması Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından yapılmıştır.[101] Ölçeğin uyarlama sürecinde GÖYÖ ve diğer ölçekler arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa 0.80, bu çalışmada GÖYÖ güvenirlilik katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin; başlama (2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 17. maddeler), yılmama (3, 13, 11, 15, 16. maddeler) ve sürdürme (1, 8, 9. maddeler) olmak üzere üç alt boyutu vardır. Ölçekte 17 madde bulunmaktadır ve her bir madde için; 1-"beni hiç tanımlamıyor", 2-"beni biraz tanımlıyor", 3-"kararsızım", 4-"beni iyi tanımlıyor", 5- "beni çok iyi tanımlıyor" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17. maddeler ters yönde puan almaktadır. Böylece ölçekten en az 17, en fazla 85 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin öz-yeterlilik algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir **(EK IV).**

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Ocak- Haziran 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Ön test verilerinin toplanmasında; deney ve kontrol grubundaki kişilere; "Kişisel Bilgi Formu", ÜSBÖ ve GÖYÖ uygulanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınlar kayıtlardan belirlendikten sonra iletişim bilgileri alınarak aranmış ve araştırma hakkında kısa bir açıklama yapıldıktan sonra ön test uygulanması için ev ziyaretleri planlanmıştır. Ön test verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Ön test verileri toplandıktan sonra deney grubundaki kişilere üç aylık bir eğitim programı uygulanmıştır. Eğitim bittikten sonra üç ay izlem yapılmış toplamda altı ay sonra ÜSBÖ ve GÖYÖ uygulanarak son test verileri toplanmıştır.

Kontrol grubunun son test verileri ön test uygulandıktan 6 ay sonra ÜSBÖ ve GÖYÖ uygulanarak toplanmıştır. Deney grubundaki kadınlara yapılan eğitim ve izlemden sonra kontrol grubundaki kadınlara SGM'ye göre yapılandırılmış bir konferans ve eğitim kitapçığı verilmiştir.

3.6. Hemşirelik Girişimleri

Kadınlara uygulanan hemşirelik girişimi üreme sağlığı geliştirici eğitim ve izlem şeklinde gerçekleştirilmiştir. Eğitim programı; üç aylık 10-15 kişilik küçük grup eğitimi ve eğitim sonrası üç aylık telefonla izlem olmak üzere toplam altı ayda uygulanmıştır. Literatür taranarak "Kadın Üreme Sağlığı Eğitim Kitapçığı" hazırlanmış ve eğitim sunumunda kullanılmıştır.[3,4,6,13,17,57] Eğitimler Bingöl Üniversitesi bünyesinde bir eğitim salonunda verilmiştir. Üreme sağlığı tutumu ve öz-yeterliliği geliştirmeye yönelik eğitim ve izlem programı ayrıntılı olarak Tablo 3.1'de verilmiştir.

3.6.1. Eğitim Programı

Üreme sağlığı konusunda risk faktörlerini kontrol altına almayı, kadınlara olumlu tutum sağlamayı, öz-yeterliliği arttırmayı, üreme sağlığını geliştirici yaşam biçimi kazandırmayı ve sürdürmeyi amaçlayan eğitimin içeriği 'Sağlığı Geliştirme Modeli' rehber alınarak hazırlanmıştır.

Eğitimler; düşük maliyet, geniş kapsam ve pratik olma açısından avantajlı bir sağlık eğitimi yöntemi olarak kabul edilen grup eğitimi kullanılarak yapılmıştır. Kadınlar 10-15 kişilik gruplara ayrılmıştır. Literatürde grup eğitimlerinde kullanılabilecek yöntemler; anlatma, tartışma, demostrasyon (rol yapma), rol yapma, beyin fırtınası ve soru-cevap olarak belirtilmektedir.[113] Bu doğrultuda grup eğitimlerinde; anlatma, tartışma, demontrasyon, beyin fırtınası ve soru cevap yöntemleri; eğitim aracı olarak da power point sunumları, projeksiyon ve yazı tahtası gibi görsel, işitsel eğitim araçları kullanılmıştır.

Eğitimlerde altı ana konu başlığı ele alınmış ve iki haftada bir olmak üzere üç ayda tamamlanarak toplamda altı eğitim verilmiştir. Eğitim görüşmelerinin ayrıntıları aşağıda açıklanmıştır.

Eğitimin 1. Görüşmesi

Kadınlara "Kadın Üreme Sağlığı Eğitim Kitapçığı" eğitimin başlangıcında verilmiştir.

Süre:1 seans şeklinde 45 dakika

Amaç: üreme sistemi ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi vererek, üreme sağlığının önemi konusunda tutum oluşturmak

Öğrenim Hedefleri: kadın üreme organlarının ismini sayabilme, kadın üreme organlarının işlevini açıklayabilme, üreme sağlığının önemini açıklayabilme

Yöntemler: Anlatma, grup tartışması, beyin fırtınası

Eğitimin 2. Görüşmesi

Süre: 2 seans halinde toplam 90 dakika

Amaç: Gebeliğin oluşumu ve etkili aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranış kazandırmak

Öğrenim Hedefleri: Gebeliğin nasıl oluştuğunu açıklayabilme, aile planlamasının tanımını ve önemini söyleyebilme, kadın ve erkeğe ait etkili aile planlaması yöntemlerini sayabilme, kendisine uygun olan etkili bir yöntem kullanabilme

Yöntem: Anlatma, tartışma, soru-cevap ve demonstrasyon

Eğitimin 3. Görüşmesi

Süre: 2 seans halinde toplam 90 dakika

Amaç: CYBH konusunda bilgi, tutum ve davranış kazandırmak

Öğrenim Hedefleri: CYBH'leri tanımlayabilme ve önemini bilme, CYBH'lerin bulaşma yolları sayabilme, CYBH'lerin genel belirtilerini söyleyebilme, CYBH'lerde erken tanı ve tedavinin önemini bilme, CYBH'lerden korunma yollarını açıklayabilme, genital hijyen kurallarını açıklayabilme ve uygulayabilme, düzenli jinekolojik muayene yaptırmaya istekli olma

Yöntem: Anlatma, soru-cevap, demonstrasyon, beyin fırtınası ve hikâye anlatma

Eğitimin 4. Görüşmesi

Süre: 2 seans halinde toplam 90 dakika

Amaç: Meme kanseri hakkında bilgi, tutum ve beceri kazandırmak

Öğrenim Hedefleri: Meme dokusunu görevlerini bilme, meme kanserini tanımlayabilme, meme kanserinde risk gruplarını sayabilme, meme kanserinin belirtilerini söyleyebilme, kendi kendine meme muayenesini öğrenme ve uygulayabilme, klinik meme muayenesi ve mamografi yaptırmanın konusunda istekli olma, meme kanserinde erken tanı ve tedavinin önemini kavrayabilme.

Yöntem: Anlatma, tartışma, soru-cevap ve demonstrasyon

Eğitimin 5. Görüşmesi

Süre: 2 seans halinde toplam 90 dakika

Amaç: Rahim ağzı (serviks) kanseri hakkında bilgi, tutum ve beceri kazandırmak.

Öğrenim Hedefleri: Rahim ağzı kanserini tanıyabilme, rahim ağzı kanserinde risk gruplarını sayabilme, rahim ağzı kanseri belirtilerini söyleyebilme, rahim ağzı kanserinden korunma yollarını söyleyebilme ve uygulama, pap-smear yaptırmayı isteme, düzenli jinekolojik muayeneye gitme, rahim ağzı kanserinde erken tanı ve tedavinin önemini kavrayabilme

Yöntem: Anlatma, tartışma ve soru-cevap

Eğitimin 6. Görüşmesi

Süre: 2 seans halinde toplam 90 dakika

Amaç: Üreme sağlığının geliştirilmesi için önemli bilişsel algıları aktive etmek

Öğrenim Hedefleri: Üreme sağlığını geliştirme konusunda; yarar algısını geliştirme, engel algısına alternatif çözümler üretebilme, öz-yeterliliği geliştirebilme,

deneyimleri paylaşabilme, kişilerarası olumlu ve olumsuz etkileri belirleyerek yönetebilme, engelleyen ve destekleyen durumları belirleyebilme.

Yöntem: Anlatma, tartışma ve soru-cevap

Sağlığı Geliştirme Eğitiminin İçeriği

Yürütülen eğitim programının içeriği SGM'nin alt bileşenleri olan bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özel algılar ve etki, davranış çıktısına göre oluşturulmuştur.

Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Kadınların üreme sağlığı ile ilgili mevcut ailesel ve çevresel durumu öğrenilmiştir (ailede üreme sistemiyle ilgili hastalık ve ölüm öyküsü, kendisinin üreme sistemiyle ilgili sağlık sorunu yaşaması). Kadınların üreme sağlığıyla ilgili önceki davranışları ya da alışkanlıkları ve şimdiki davranışlarına etkisi sorgulanmıştır (etkili aile planlaması kullanma durumu, düzenli olarak jinekolojik kontrollere gitme durumu, genital hijyen alışkanlıkları, kendi kendine meme muayenesi yapma durumu).

Biyolojik özelliklerine yönelik; kadınların üreme organları ve görevleri ile ilgili bir problemleri var mı? Örneğin; meme dokusunda kitle, vulvada yara, servikste yara, myom ve kist gibi sağlık sorunları tartışılmıştır.

Psikolojik özelliklerine yönelik; kadınların üreme sağlığına verdiği önem ve bu konulardaki tutum ve davranışları tartışılmıştır.

Sosyo-kültürel özelliklerine yönelik; eş, aile, arkadaş ve akranların kadın üreme sağlığına bakış açıları ve sosyal çevrelerinde kadın sağlığıyla ilgili geleneksel inanç ve uygulamalar (vajinal duş, günlük bez kullanımı) tartışılmıştır.

Davranışa Özgü Algılar

Davranışa özgü algılanan yarar için; üreme sağlığını geliştirici ve koruyucu davranışların yararları anlatılmıştır. Üreme sağlığının tanımı, anatomisi anlatılarak; aile

planlaması, kendi kendine meme muayenesi, düzenli jinekolojik muayene, genital hijyen uygulamaları gibi üreme sağlığı konularında detaylı bilgi verilmiştir. Üreme sağlığını geliştirici davranışların yararı ve önemi tartışılmıştır.

Davranışa özgü algılanan engel için; kadınların içinde bulunduğu sosyo-ekonomik durum, kültürel yapı, aile, arkadaş ve akranların tutum ve davranışları sorgulanmıştır. Aile planlaması yöntemi kullanma, meme ve vulva muayenesi, düzenli sağlık kontrolü gibi üreme sağlığı davranışlarını benimseme ve uygulamada karşılaşabilecek engeller (ulaşım zorlukları, ekonomik yetersizlik) tartışılmış ve olası engeller için alternatif çözümler üretilmiştir.

Algılanan öz-etkililik/yeterlilik için; kadınlar üreme sağlığı davranışlarına başlamaya yönelik karar verme konusunda desteklenmiştir. Özgüveni destekleyen sözler söylenerek ve geçmiş deneyimler paylaşılarak olumlu davranışlar pekiştirilmiştir.

Davranış ile ilgili etki için; üreme sağlığı davranışlarıyla ilişkili olumlu ve olumsuz duygular sorgulanmıştır. Olumsuz duygular azaltılarak ve olumlu duygular pekiştirilerek, istenilen üreme sağlığı davranışının devam etmesi için teşvik edilmiştir.

Kişilerarası etkiler için; aile üyeleri, komşular, arkadaş çevresi, sağlık personeli gibi üreme sağlığında eyleme geçmek için sosyal ve profesyonel destek sağlayan kişi ve grupların etkileri sorgulanmıştır. Olumsuz etkiler tartışılarak düzeltilmeye çalışılmıştır.

Durumsal etkiler için; Kadınların üreme sağlığı davranışları konusunda tercihleri sorgulanarak, davranışı engelleyen ve kolaylaştıran durumlarla ilgili algıları tartışılmıştır. Örneğin kondom kullandıktan sonra kondomun yırtık olduğunu kontrol ediyor mu? Eğer kontrol sırasında yırtık olduğu fark edilirse acil kontrasepsiyonu kullanıyor mu?

Davranışın Ortaya Çıkması

İhtiyaçları hemen karşılamak ve öncelikleri belirlemek için; kadınların aile planlamasında etkili yöntem kullanma, genital hijyen, meme muayenesi, jinekolojik muayene gibi üreme sağlığını koruyucu ve geliştirici davranışları yapmayı sağlayıcı eğitim verilmiştir. Herhangi bir uygulamaya karar vermeden önce planlı bir davranış için alternatifler üretilerek birey için yarar ve engel durumları belirlenmiştir. Bireyin kontrolü kendisinin alması sağlanarak kontrollü davranışların sayısını arttırması ve bu tür davranışların birbirini izlemesi sağlanmıştır.

Davranışı yapacağına dair söz vermek (bireyin eylem planına karar vermek) için; tüm görüşmelerde üreme sağlığıyla ilgili gelişebilecek sorunları önlenmeye yönelik davranışlar konusunda plan yapılması sağlanmıştır. Hiçbir sağlık sorunu olmasa da düzenli aralıklarla sağlık kontrollerinin yapılmasının, KKMM ve vulva muayenesi yapılarak değişikliklerin kaydedilmesinin, etkili aile planlaması yöntemi kullanmasının önemi anlatılarak bu davranışların sürdürülmesi gerektiği konusunda bilgi verilmiştir.

Sağlığı geliştirme davranışı için; gelişebilecek üreme sağlığı sorunlarını önlemeye yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamanın ve yaşam boyu sürdürmenin önemini vurgulayıcı eğitim programı yürütülmüştür.

İzlem

İzlem bütün eğitimler bittikten sonra ayda bir kez telefon ile hatırlatıcı danışmanlık ve izlem şeklinde üç ay boyunca yürütülmüştür. Bu kapsamda izlem; üreme sağlığı geliştirici davranışları uygulama ve sürdürme konusunda hatırlatmalar yaparak, teşvik ederek ve kadınların ihtiyaçları doğrultusunda danışmanlık vererek yürütülmüştür. Herhangi bir konuda telefonun yetersiz kaldığı durumlarda kadınlara ev ziyaretlerine gidilerek hatırlatma ve danışmanlık yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Kadınların üreme sağlığı tutumları ve öz-yeterlilikleri araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişkenler: Kadınlara sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim ve izlem araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmaktadır.

Kontrol değişkeni: Kadınların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, aile tipi, gelir durumunu içeren tanıtıcı özellikler araştırmanın kontrol değişkenlerini oluşturmaktadır.

Tablo 3.1. Kadınlara Verilen Üreme Sağlığını Geliştirme Eğitimleri

Eğitim Görüşmeleri	Eğitimin Konusu	Eğitim Süresi	Öğretim Yöntemleri	Öğretim Araçları
1. Görüşme	Üreme Sağlığı ve Önemi Kadın Üreme Sistemi Organları Üreme Sistemi Problemleri Üreme Sağlığını Koruma ve Geliştirme	Ocak 2015 45 dk	Anlatım Soru-Cevap Tartışma Beyin Fırtınası	Power Point Sunusu Yazı Tahtası Projeksiyon
2. Görüşme	AÇS Etkileyen Riskli Gebelikler Aile Planlamasının Tanımı ve Önemi Aile Planlamasının Amaçları Aile Planlaması Yöntemleri	Ocak 2015 2x45 dk	Anlatım Soru-Cevap Tartışma Demonstrasyon	Power Point Sunusu Yazı Tahtası Projeksiyon
3. Görüşme	CYBH ve Önemi CYBE'lerin Bulaşma Yolları CYBH Belirtileri CYBH'de Erken Tanı ve Tedavi CYBH'den Korunma Genital Hijyen	Şubat 2015 2x45 dk	Anlatım Soru-Cevap Tartışma Beyin Fırtınası Demonstrasyon	Power Point Sunusu Yazı Tahtası Projeksiyon
4. Görüşme	Meme Dokusu ve Görevleri Meme Kanserinin Tanımı Meme Kanseri Görülme Sıklığı Meme Kanserinde Risk Faktörleri Meme Kanserinin Belirtileri Meme Kanserinde Erken Tanı veTedavi	Şubat 2015 2x45 dk	Anlatım Soru-Cevap Tartışma Demonstrasyon	Power Point Sunusu Yazı Tahtası Projeksiyon
5. Görüşme	Rahim Ağzı (Serviks) Kanserinin Tanımı Rahim Ağzı Kanseri Sıklığı Rahim Ağzı Kanserinin Risk Faktörleri Rahim Ağzı Kanserinin Belirtileri Rahim ağzı Kanseri Erken Tanı ve Tedavisi Meme ve Rahim Ağzı Kanseri İçin Başvurulacak Kuruluşlar	Mart 2015 2x45 dk	Anlatım Soru-Cevap Tartışma	Power Point Sunusu Yazı Tahtası Projeksiyon
6. Görüşme	Üreme Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi İçin Yapılan Uygulamalarda Karşılaşılacak Engeller Üreme Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Konusunda Öz-yeterliliğinizi Nasıl Geliştirebilirsiniz Üreme Sağlığını Geliştirme Konusunda Deneyimler Üreme Sağlığını Geliştirme Konusunda Kişilerarası Destek Üreme Sağlığı Konusunda Durumsal Etkiler	Mart 2015 2x45 dk	Anlatım Soru-Cevap Tartışma	Power Point Sunusu Yazı Tahtası Projeksiyon

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında istatistik paket programı ile yapılmıştır. Verilerin analizinde; frekans, yüzde, ki-kare analizi, student t testi ve pairedsample t testi kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada herhangibir sınırlılık bulunmamaktadır. Elde edilen sonuçlar evrene genellenebilir.

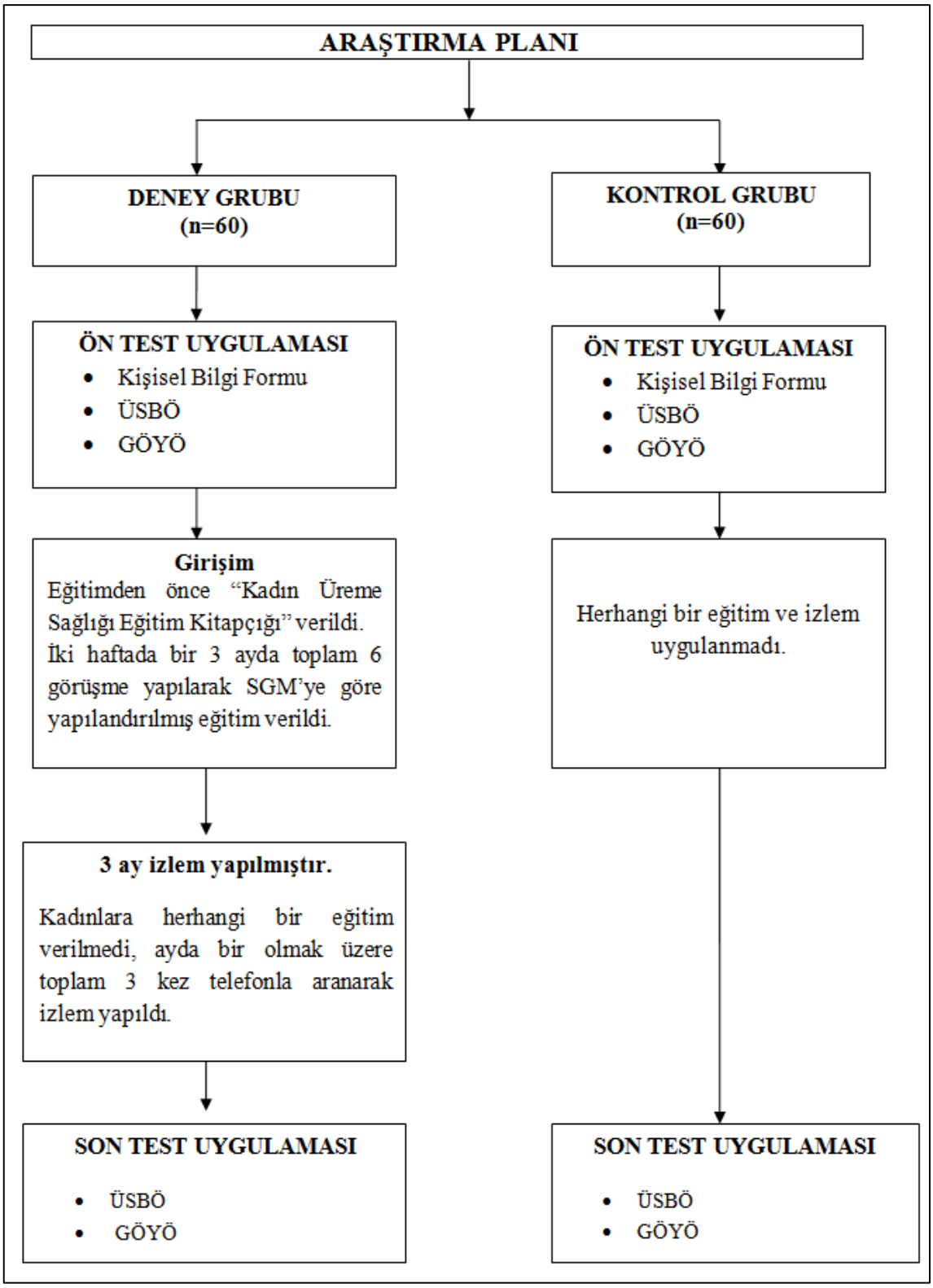
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay (**EK V**) ve Bingöl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden resmi izin (**EK VI**) alınmıştır. Kadınlara soru formları uygulamadan önce gerekli açıklamalar yapılmıştır.

Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce katılımcı haklarının korunması amacı ile "Özerklik" ilkesi doğrultusunda "Bilgilendirilmiş Olur Formu" imzalatılmıştır (**EK VII**). Kadınlara istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilmiştir. Araştırma süresince "Gizlilik" ilkesine saygı gösterilmiş, katılımcı kimliğinin ve elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilmiştir. "İnsan Onuruna Saygı" ilkesi doğrultusunda katılımcılar düşünce ve uygulamalarından dolayı yargılanmamıştır. Deney grubundaki kadınlara verilen eğitimler bittikten sonra; eğitim kitapçığı kontrol grubundaki kadınlara da verilerek "Eşitlik" ilkesine uyulmuştur.

Tablo 3.2. Araştırmanın Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu (n=60)		Deney Grubu (n=60)		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Yaş					
20-24	4	6.7	0	0.0	X^2=6.531 p=0.258
25-29	9	15.0	7	11.7	
30-34	11	18.3	8	13.3	
35-39	16	26.7	18	30.0	
40-44	11	18.3	18	30.0	
45-49	9	15.0	9	15.0	
Eğitim Durumu					
Okur-yazar	14	23.3	17	28.3	X^2=0.711 p=0.701
İlköğretim	24	40.0	25	41.7	
Lise ve üzeri	22	36.7	18	30.0	
Çalışma Durumu					X^2=0.045 p=0.831
Çalışıyor	15	25.0	14	23.3	
Çalışmıyor	45	75.0	46	76.7	
Sosyal Güvence Durumu					X^2=1.976 p=0.160
Var	39	65.0	46	76.7	
Yok	21	35.0	14	23.3	
Ailenin Gelir Durumu					
Gelirim giderimden fazla	7	11.7	2	3.3	X^2=4.458 p=0.108
Gelirim giderime eşit	28	46.7	24	40.0	
Gelirim giderimden az	25	41.7	34	56.7	
En Uzun Yaşadığı Yer					
Köy	11	18.3	8	13.3	X^2=4.384 p=0.112
İlçe	9	15.0	3	5.0	
İl	40	66.7	49	81.7	
AP Yöntemi Kullanma					
Kullanıyor	35	58.3	41	68.3	X^2=1.292 p=0.256
Kullanmıyor	25	41.7	19	31.7	
Adet Döneminde Banyo Yapma Şekli					
Banyo yapmayan	6	10.0	6	10.0	X^2=0.606 p=0.739
Ayakta duş alan	21	35.0	25	41.7	
Oturarak yıkanan	33	55.0	29	48.3	
Hazneyi Yıkama Durumu					X^2=0.063 p=0.803
Yıkıyor	50	83.3	51	85.0	
Yıkamıyor	10	16.7	9	15.0	
Ortalama Değerler	**X**	**Ss**	**X**	**Ss**	**Test ve Önemlilik**
Evlilik Yılı	15.70	7.76	16.90	8.30	t=-0.823 p=0.412
Toplam Gebelik Sayısı	3.30	2.14	3.42	1.86	χ^2=0.318 p=0.751



Şekil 3.1. Araştırma Planı

4. BULGULAR

Bu bölümde; kadınlara Sağlığı Geliştirme Modeli' ne göre verilen eğitim ve izlemin kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarına ve öz-yeterliliklerine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları sunulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.2'de sunulmuştur. Tablo incelendiğinde; gruplar arasında kontrol değişkenleri açısından önemli bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Tablo incelendiğinde; deney grubundaki kadınlardan yüzde 30'unun 35-39 yaş grubunda olduğu, yüzde 41.7'sinin ilköğretim mezunu olduğu, yüzde 76.7'sinin çalışmadığı, yüzde 76.7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, yüzde 56.7'sinin gelirini giderinden az olarak değerlendirdiği, yüzde 81.7'sinin en uzun yaşadığı yerin il olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki kadınlardan yüzde 26.7' sinin 35-39 yaş grubunda, yüzde 40'ının ilköğretim mezunu olduğu, yüzde 75'inin çalışmadığı, yüzde 65'inin sosyal güvencesi olduğu, yüzde 46.7'sinin gelirini giderine eşit olarak değerlendirdiği, yüzde 66.7'sinin en uzun yaşadığı yerin il olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların toplam gebelik sayılarının ortalama 3 olduğu, yarıdan fazlasının aile planlaması yöntemi kullandığı, yarısına yakınının adet döneminde oturarak banyo yaptığı, yüzde 80'den fazlasının cinsel ilişki ve adetten sonra haznesini yıkadığı belirlenmiştir .

Deney ve kontrol grubundaki kadınlar sosyo-demografik özellikler açısından değerlendirildiğinde; gruplar arasında kontrol değişkenleri açısından önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test ölçümlerinde ÜSBÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubunun Ön Test Ölçümlerinde ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Deney grubu Ort. ±SS	Kontrol grubu Ort. ±SS	Test ve önemlilik
Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı	29.47±4.973	29.63±4.857	t=0.186 p=0.853
Üreme organ ve meme kanserinden korunma	8.42±3.707	8.13±4.233	t=-0.390 p=0.697
Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları	30.23±7.352	28.82±6.660	t=-1.106 p=0.271
GYE'den korunma	48.78±5.672	48.40±4.996	t=-0.393 p=0.695
İstenmeyen gebeliklerden korunma	10.55±2.295	10.93±2.393	t=0.896 p=0.372
ÜSBÖ Toplam Puan	129.67±16.190	128.80±15.768	t=-0.297 p=0.767

Tablo incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki kadınların ÜSBÖ puanlarının benzer olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test ölçümlerinde GÖYÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Ön Test Ölçümlerinde GÖYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Deney grubu Ort. ±SS	Kontrol grubu Ort. ±SS	Test ve önemlilik
Başlama	21.57±5.817	19.38±6.592	t=-1.924 p=0.057
Yılmama	15.78±3.747	15.80±3.129	t=0.026 p=0.979
Sürdürme	10.93±2.693	11.18±3.067	t=0.474 p=0.636
GÖYÖ Toplam Puan	48.28±9.361	46.37±8.727	t=-1.160 p=0.248

Tablo incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki kadınların GÖYÖ puanlarının benzer olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki kadınların ÜSBÖ ön test ve son test puan ortalamalarına göre karşılaştırılması Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Deney Grubunun ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Ön Test ve Son Test Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	**Ön Test Ort. ±SS**	**Son Test Ort. ±SS**	**Test ve önemlilik**
Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı	29.47±4.973	32.42±5.490	**t=-4.354 p=0.000**
Üreme organ ve meme kanserinden korunma	8.42±3.707	13.63±4.562	**t=-7.204 p=0.000**
Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları	30.23±7.352	36.45±6.895	**t=-6.129 p=0.000**
GYE'den korunma	48.78±5.672	53.62±5.053	**t=-6.449 p=0.000**
İstenmeyen gebeliklerden korunma	10.55±2.295	12.07±6.772	t=-1.613 p=0.112
ÜSBÖ Toplam Puan	129.67±16.190	150.23±16.492	**t=-9.224 p=0.000**

Tablo incelendiğinde; ÜSBÖ'nün genel ve alt ölçek puan ortalamalarının ön teste göre son testde artış gösterdiği; istatistiksel olarak da ön test ile son test puan ortalamaları arasındaki farkın (istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutu hariç) önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$)

Kontrol grubundaki kadınların ÜSBÖ puan ortalamalarının ön test ve son test ölçümlere göre karşılaştırılması Tablo 4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Kontrol Grubunun ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Ön Test ve Son Test Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	**Ön Test Ort. ±SS**	**Son Test Ort. ±SS**	**Test ve önemlilik**
Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı	29.63±4.857	30.08±5.328	t=-0.687 p=0.495
Üreme organ ve meme kanserinden korunma	8.13±4.233	7.83±3.996	t=0.766 p=0.447
Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları	28.82±6.660	32.07±7.449	**t=-3.283 p=0.002**
GYE'den korunma	48.40±4.996	47.58±6.323	t=1.016 p=.314
İstenmeyen gebeliklerden korunma	10.93±2.393	10.32±2.771	t=1.853 p=0.069
ÜSBÖ Toplam Puan	128.80±15.768	130.37±17.289	t=-0.713 p=0.479

Tablo incelendiğinde; kontrol grubundaki kadınların ÜSBÖ ölçeği genel ve alt ölçek ön test ve son test puan ortalamaları arasında "Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları boyutu" hariç istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$)

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki kadınların son test ölçümlerinde ÜSBÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubunun Son Test Ölçümlerinde ÜSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	**Deney grubu Ort. ±SS**	**Kontrol grubu Ort. ±SS**	**Test ve önemlilik**
Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı	32.42±5.490	30.08±5.328	**t=-2.362 p=0.020**
Üreme organ ve meme kanserinden korunma	13.63±4.562	7.83±3.996	**t=-7.408 p=0.000**
Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları	36.45±6.895	32.07±7.449	**t=-3.345 p=0.001**
GYE'den korunma	53.62±5.053	47.58±6.323	**t=-5.774 p=0.000**
İstenmeyen gebeliklerden korunma	12.07±6.772	10.32±2.771	t=-1.853 p=0.066
ÜSBÖ Toplam Puan	150.23±16.492	130.37±17.289	**t=-6.441 p=0.000**

Tablo incelendiğinde, deney grubundaki kadınların ÜSBÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları (istenmeyen gebelikler alt boyutu hariç) kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş; gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Deney grubundaki kadınların genel öz-yeterlilik ölçeği ön-test son-test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Deney Grubunun GÖYÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	**Öntest Ort. ±SS**	**Sontest Ort. ±SS**	**Test ve önemlilik**
Başlama	21.57±5.817	18.82±8.877	**t=2.262 p=0.027**
Yılmama	15.78±3.747	16.53±3.270	t=-1.445 p=0.154
Sürdürme	10.93±2.693	12.25±2.326	**t=-3.681 p=0.001**
GÖYÖ Toplam Puan	48.28±9.361	47.60±11.411	t=0.422 p=0.674

Tablo incelendiğinde; deney grubundaki kadınların toplam genel öz-yeterlilik ölçeği ve yılmama boyutu ön test ve son test puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). GÖYÖ başlama boyutu son test puan ortalamaları düşük, sürdürme boyutu son test puan ortalamaları yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test GÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Kontrol Grubunun GÖYÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Öntest Ort. ±SS	Sontest Ort. ±SS	Test ve önemlilik
Başlama	19.38±6.592	18.40±7.678	t=1.199 p=0.235
Yılmama	15.80±3.129	15.58±2.726	t=0.509 p=0.612
Sürdürme	11.18±3.067	11.41±2.305	t=-0.361 p=0.720
GÖYÖ Toplam Puan	46.37±8.727	45.36±8.576	t=1.119 p=0.268

Tablo incelendiğinde; kontrol grubundaki kadınların genel öz-yeterlilik toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları ön test ve son test arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki kadınların genel öz-yeterlilik ölçeği son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubunun Son Test Ölçümlerinde GÖYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Deney grubu Ort. ±SS	Kontrol grubu Ort. ±SS	Test ve önemlilik
Başlama	18.82±8.877	18.40±7.678	t=-0.275 p=0.784
Yılmama	16.53±3.270	15.58±2.726	t=-1.728 p=0.087
Sürdürme	12.25±2.326	11.41±2.305	**t=-1.986 p=0.049**
GÖYÖ Toplam Puan	47.60±11.411	45.36±8.576	t=-1.211 p=0.228

Tablo incelendiğinde, deney grubundaki kadınların öz-yeterlilik ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu ancak sadece genel öz-yeterlilik ölçeği sürdürme boyutu hariç gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitiminin üreme sağlığı tutumlarına ve genel öz-yeterliliklerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada deney grubundaki kadınların ön test ÜSBÖ toplam puan ortalamaları 129.67±16.190, kontrol grubundaki kadınların toplam puan ortalamaları 128.80±15.768 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 4.1).

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki kadınların ÜSBÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre artış gösterdiği (ön test 129.67±16.190, son test 150.23±16.492) ve ön test ile son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.3).

Bu konu ile ilgili ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir.[39,45] Demirci'nin[39] çalışan kadınlar ile yaptığı araştırmada, kadınların aldıkları ÜSBÖ toplam puan ortalamalarının eğitim öncesi 138±13.48, eğitimden üç ay sonrası 151±15.07 olduğu ve arada farkın önemli olduğu bulunmuştur. Topatan'nın[45] yaptığı araştırmada, deney grubundaki adölesanların ÜSBÖ toplam puan ortalamaları eğitim öncesi 103.10±11.43, eğitimden sonraki 6. ayda 122.74±10.89 olduğu ve arada önemli bir fark olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda deney grubunda ÜSBÖ toplam puan ortalamalarındaki artışın sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim ve izlemden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada deney grubundaki kadınların, ÜSBÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde ise; istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutu hariç diğer alt boyutlarında (üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme, üreme

organ ve meme kanserinden korunma, üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları, GYE' dan korunma) ön test ve son test arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 4.3). Kontrol grubunun ön test ve son test ölçümleri arasında üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları hariç diğer alt boyutlarının puan ortalamalarında ve ÜSBÖ toplam puan ortalamalarında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Kontrol grubundaki kadınlarda son test puan ortalamalarının sadece ÜSBÖ üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları boyutunda yükselmesinin sebebinin; ön test uygulamalarının kadınların genel üreme sağlığı konusunda farkında olma düzeylerini arttırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu konuda farkında olma düzeyi yükselen kadın, medyadan konu hakkında kolaylıkla bilgi almış ve genel üreme sağlığı düzeyini geliştirmiş olabilir.

Çalışmada deney ve kontrol grubunun son test ÜSBÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun puan ortalamalarının kontrol grubundan yüksek olduğu ve bu farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.5). Bu bulgu, araştırmanın "**Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre verilen eğitim kadınların üreme sağlığı tutumlarını olumlu yönde etkiler"** şeklinde ifade edilen **H_1 hipotezini** doğrulamaktadır.

Bu çalışmada deney ve kontrol grubu son test ÜSBÖ alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda deney grubunun puan ortalamaları daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Bu araştırmada, deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri sonrası ÜSBÖ **üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı** puanları kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Demirci'nin[39] çalışmasında, kadınların ÜSBÖ üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme

davranışı boyutu puanları eğitim sonrasında eğitim öncesine göre yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Topatan'ın[45] çalışmasında, deney grubunun ÜSBÖ üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı boyutu puanları eğitim sonrasında kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır. Demirbağ ve ark.'ın[56] üreme sağlığı konusunda anneye verilen eğitimin kızlara aktarılmasını inceledikleri çalışmada, anne ve kızlarının eğitim sonrası "üreme sağlığıyla ilgili sorunlarda doktora gitme konusundaki bilgi düzeylerinin" arttığı belirlenmiştir. Arslan ve ark.'ın[46] genital akıntılarla ilgili çalışmasında, eğitim sonucunda deney grubunda doktora gitme davranışı alt boyutunda bir artış olurken kontrol grubunda da aynı artış gözlenmiştir. Bu artışda kadınlardaki akıntıdan dolayı "sağlık kuruluşuna gitmelisin" önerisin etkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada deney grubunda üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı boyutundaki yükselmenin nedeninin SGM'ye göre verilen eğitimden kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim üreme sorunlarıyla ilgili belirtileri, bu belirtilerin nedenlerini ve erken tanının önemini kavrayan kadınlar doktora gitmeyi daha çok önemsemiş olabilirler.

Bu araştırmada, hemşirelik girişimleri sonrası ÜSBÖ **üreme organ ve meme kanserlerinden korunma boyutu** puanları deney grubundaki kadınlarda kontrol grubuna göre yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (Tablo 4.5). Demirci'nin[39] çalışmasında, deney grubunun ÜSBÖ üreme organ ve meme kanserlerinden korunma boyutu puanlarında eğitim sonrası önemli bir yükselme saptanmıştır. Topatan'ın[45] çalışmasında, ÜSBÖ üreme organ ve meme kanserlerinden korunma boyutu puanları eğitim sonrasında deney grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş ve aralarındaki fark önemli bulunmuştur. Moustafa ve ark.'ın[119] kendi kendine meme muayenesi (KKMM) konusunda verilen eğitimin öğrencilerin bilgi,

tutum ve davranışlarına etkisini değerlendirdikleri çalışmada; eğitim müdahalelerinin bilgi, tutum ve davranışları geliştirmede etkili olduğu belirlenmiştir. Pou ve ark.'ın[54] yaptığı çalışmada eğitimin KKMM konusunda bilgi tutum ve davranışları arttırdığı tespit edilmiştir. Ersin'in[44] çalışmasında, Sağlığı Geliştirme Modelleri kullanarak yapılandırdığı eğitim sonrasında kadınların KKMM yapma, mamografi çektirme ve pap smear testi yaptırma sıklığında deney grubunda kontrol grubuna göre önemli bir artış belirlenmiştir. Aydoğdu'nun[53] çalışmasında verilen eğitimden sonra KKMM yapma, mamografi çektirme ve pap smear testi yaptırma sıklığının deney grubunda kontrol grubunda göre arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, üreme sağlığı kanserleri konusunda verilen eğitimin kadınların bilgi, tutum ve davranışları üzerindeki etkisinin ortaya konduğu diğer çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. SGM'ye göre verilen üreme sağlığı eğitiminin, kadınların üreme organ kanserlerinden korunma tutumlarını attırdığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, hemşirelik girişimleri sonrası ÜSBÖ **üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları boyutu** puanları deney grubunda yer alan kadınlarda kontrol grubuna göre yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (Tablo 4.5) Demirci'nin[39]çalışmasında, ÜSBÖ üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları boyutu puanlarında deney grubunda eğitim sonrasında eğitim öncesine göre yükselme olmuş ve aralarında önemli bir fark bulunmuştur. Topatan'ın[45] çalışmasında, ÜSBÖ üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları boyutu puanları eğitim sonrasında deney grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur. Demirbağ ve ark.'ın[56] üreme sağlığını koruma ve geliştirmeyle ilgili anne eğitiminin kızlara aktarılmasını incelendikleri çalışmada; anne ve kızlarının eğitim sonrası bilgi düzeyi ve üreme sağlığını koruyucu tutumlarında artış saptanmıştır. Padhy ve ark.'ın[55] adölesanlar ile

yapmış olduğu araştırmada; üreme sağlığı, ergen cinselliği ve cinsellikte yüksek riskli davranışlar konusunda verilen sağlık eğitiminin üreme sağlığı bilgi düzeyinde önemli ölçüde artış sağladığı belirlenmiştir. Rabieipoor ve ark.'ın[33] üreme sağlığı konusunda akran eğitimi yöntemi ile eğitim verdikleri grupta, üreme sağlığı konusunda bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Bu araştırmadan elde edilen ÜSBÖ üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları boyutu ile ilgili sonuçlar diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada deney grubunda kadınlarda tespit edilen üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları boyutundaki artışın nedeninin, SGM'ye göre verilen eğitim olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada, hemşirelik girişimleri sonrası deney grubunun ÜSBÖ **genital yol enfeksiyonlarından korunma boyutu** puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Demirci'nin[39] çalışmasında, ÜSBÖ genital yol enfeksiyonlarından korunma boyutu deney grubu puanlarında eğitim sonrası yükselme görülmüş ve eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir. Topatan'ın[45] çalışmasında, ÜSBÖ genital yol enfeksiyonlarından korunma boyutu puanları eğitim sonrasında deney grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur. Davey-Rothwell ve ark.'ın[120] çok sayıda davranışsal müdahalelere rağmen HIV ve CYBH oranları artan Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı bir araştırmada, verilen eğitim ve üç aylık izlemin riskli cinsel davranışları azalttığı belirlenmiştir. Demirbağ ve ark'ın[43] kadınları telefonla bilgilendirerek eğitimden iki ay sonra genital hijyen davranışları açısından değerlendirdikleri araştırmada, genital hijyen davranışının olumlu yönde etkilendiği tespit edilmiştir. Ege ve Eryılmaz'ın[30] planlı genital hijyen davranışları eğitiminin etkinliğini inceledikleri araştırmada, deney grubunun eğitim sonrası genital hijyen davranış envanter puanları

eğitim öncesine göre yüksek ve aradaki fark önemli bulunmuştur. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Deney grubunun son test ÜSBÖ genital yol enfeksiyonlarından korunma boyutu puan ortalamasının kontrol grubuna göre artmış olmasında, üreme sağlığı konusunda SGM'ye göre verilen eğitimin ve izleminin etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada, hemşirelik girişimleri sonrası ÜSBÖ **istenmeyen gebeliklerden korunma boyutu** puanları deney grubundaki kadınlarda (12.07±6.772) kontrol grubuna göre (10.32±2.771) yüksek bulunmuş ancak arada önemli bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.5). Demirci'nin[39] araştırmasında da benzer bir şekilde üreme sağlığı eğitimi verilen kadınların eğitim öncesi ve sonrası ÜSBÖ istenmeyen gebeliklerden korunma boyutu puanlarında önemli bir fark bulunmamıştır. Topatan'ın[45] adölesan kadınlarla yaptığı çalışmada; verilen üreme sağlığı eğitiminden sonraki 6. ayda uygulanan ÜSBÖ istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutu puan ortalamalarında deney grubunda kontrol grubuna göre önemli bir fark bulunmazken, eğitimden sonraki 12. ayda deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak önemli bir fark belirlenmiştir. Topatan'ın çalışmasında ÜSBÖ istenmeyen gebelikler alt boyutunda deney ve kontrol grubu arasındaki farkın 12. ayda belirlenmesi; aile planlaması konusunda verilen eğitim ve izlemlerin uzun vadede olumlu sağlık davranışı geliştirdiği şeklinde açıklamıştır.[57] Anjum ve ark.'ın[121] yaptıkları araştırmada, eğitimin evli kadınlarda aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyini geliştirdiği saptanmıştır. Naçar ve ark.'ın[122] yaptığı araştırmada, kadınlara doğum sonrası aile planlaması eğitimi verilmiş ve doğum sonu 6. ayda kullanılan aile planlaması yöntemleri incelenmiştir. Naçar ve ark.'ın çalışmasında doğum sonu erken dönemde verilen eğitimin kadınların aile planlaması yöntemi kullanım oranını arttırdığı saptanmıştır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar Demirci ve Topatan'ın sonuçlarıyla benzerlik göstermekte, Anjum ve Naçar'ın

sonuçları ile farklılık göstermektedir. Literatürde; erkeklerin çocuk sayısı, cinsiyet kararı, doğum aralığı, aile planlaması yöntemlerini kullanma gibi konulardaki bilgi ve tutumlarının kadınların doğurganlık davranışını etkilediği belirtilmektedir.[13,123] Akın ve ark.'ın (2006) yaptıkları çalışmaya göre; aile planlaması konusunda kadınların eşi ile konuşması herhangi bir modern yöntem kullanımını artırmaktadır.[124] Bu literatürler doğrultusunda; kadınlarda istenmeyen gebeliklerden korunma konusunda tutum değişikliği oluşturmak için daha uzun bir süre izlem yapılması ve eşlerinin de eğitime katılması gerektiği düşünülmektedir.

Öz-yeterlilik; bireyin herhangi bir durumda istenilen davranışı gerçekleştirmek için kendine olan güvenidir. [102,104] Cinsel risk davranışlarının kontrolünde bireyin öz-yeterlilik düzeyinin önemli bir rolü vardır.[57]

Deney grubundaki kadınların GÖYÖ puan ortalamaları incelendiğinde; GÖYÖ ön test ile son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.6). Kontrol grubunun ön test son test ölçümlerinde GÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında önemli fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.7) Deney ve kontrol grubunun ön test GÖYÖ puan ortalamaları arasında önemli bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2). Deney ve kontrol gruplarının son test GÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamış ($p>0.05$, Tablo 4.8). Bu bulgu "**Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre verilen eğitim kadınların öz-yeterlilik düzeylerini yükseltir"** şeklinde ifade edilen **H_2 hipotezini** doğrulamamaktadır. Deney ve kontrol gruplarının son test GÖYÖ sürdürme alt boyutun puanları yükselmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.8).

Ersin'nin[54] kadınlar ile meme ve serviks kanserine yönelik eğitim vererek yaptığı araştırmada; deney ve kontrol grubunun KKMM öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında eğitim öncesi istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmaz iken, eğitim sonrası önemli bir fark bulunmuştur.[44] Aydoğdu'nun[53] yaptığı araştırmada kadınlara verilen eğitim sonrası KKMM öz-etkililik algılarının arttığı belirlenmiştir. Kılıç ve ark.'ın[125] üniversite öğrencileri ile yaptığı araştırmada, KKMM hakkında bilgi sahibi olan öğrencilerin KKMM öz-etkililik düzeyleri, KKMM hakkında bilgisi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Kılıç ve ark.'ın[126] premenapoz dönemdeki kadınlarla yaptıkları araştırmada verilen sağlık eğitiminden sonra deney grubu kadınlarda kontrol grubu kadınlara göre osteoporoz öz-etkililik puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Lindberg ve ark.'ın[50] kadınlar ile yapmış olduğu araştırmada, kondom kullanım bilgisi ile öz-etkililik arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Tanrıverdi'nin[127] klimakterik dönemdeki kadınlara menapozal yakınmalar ve baş etme yolları hakkında eğitim vererek ve altı aylık izlem yaptığı çalışmada; deney ve kontrol grubunun son test öz-etkililik puan ortalamaları arasında önemli bir fark saptanmıştır.

Bu araştırmada kadınların eğitim sonrası genel öz-yeterlilik ölçeğinin toplam puan ortalamalarında deney ve kontrol arasında önemli bir fark bulunmamış, fakat genel öz-yeterlilik ölçeği sürdürme boyutunda önemli bir fark bulunmuştur. Bu bulgu verilen üreme sağlığı eğitiminin kadınların bir işi sürdürme ile ilgili kendilerine olan inançlarını arttırdığını göstermektedir. Bu çalışmada öz-yeterlilik toplam puan ortalamalarında deney ve kontrol arasında önemli bir fark ortaya çıkmamasında; eğitim, kültürel yapı, aile yapısı gibi değişkenlerin etkili olduğu ve bu değişkenler açısından durumun incelenmesinin gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca izlem süresi bu çalışmaya göre daha

uzun olan çalışmalarda toplam öz-yeterlilik puan ortalamalarının yükselmiş olması, izlem süresinin üç ay olmasının sonuç üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınlara sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin kadınların üreme sağlığı tutumlarına ve öz-yeterliliklerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- SGM'ye göre verilen eğitim ve izlem kadınların üreme sağlığı tutumlarını olumlu yönde etkilemiştir.
- SGM' ye göre verilen eğitim ve izlem kadınların üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışını olumlu yönde etkilemiştir.
- SGM' ye göre verilen eğitim ve izlem kadınların üreme organ ve meme kanserinden korunmasını olumlu yönde etkilemiştir.
- SGM' ye göre verilen eğitim ve izlem kadınların üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemiştir.
- SGM' ye göre verilen eğitim ve izlem kadınların genital yol enfeksiyonlarından korunmasını olumlu etkilemiştir
- SGM' ye göre verilen eğitim ve izlem kadınları istenmeyen gebeliklerden korunma boyutuyla etkilememiştir.
- SGM' ye göre verilen eğitim ve izlem kadınların öz-yeterliliği sürdürme boyutu hariç diğer alt boyutlarını ve toplam öz-yeterliliklerini etkilememiştir.
- Bu sonuçlar; genel olarak SGM' ye göre verilen eğitim ve izlemin kadınların üreme sağlığı tutumlarını olumlu yönde etkilediğini ve genel öz-yeterliliğin sürdürme boyutunda etkili bir yöntem olduğunu göstermiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Kadınların üreme sağlığı tutumlarının geliştirilmesinde eğitimlerin SGM'ye göre yapılandırılarak verilmesi
- Evli kadınlardan farklı gruplarda SGM'ye göre çalışmaların yapılması

- Aile planlaması konusunda yürütülecek çalışmalarda araştırmacıların davranış değişikliğini daha uzun dönem izlemeleri
- Üreme sağlığına yönelik geniş çaplı araştırmalar yapılarak, elde edilen sonuçların kamuoyuyla paylaşılması
- Bu çalışmadan elde edilen sonuçların aile sağlığı merkezleri ve ana-çocuk sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlardaki hemşireler tarafından kullanılması
- Üreme sağlığı konusunda öz-yeterliliği ölçen farklı spesifik ölçüm araçlarının geliştirilmesi önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Koluaçık S, Güneş G, Pehlivan E. İnönü üniversitesi öğrencilerinin üreme sağlığı konularında bilgi düzeyleri ve hizmetten beklentileri. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 17:7-14.
2. Er S, Şen S. Lisansüstü eğitime devam eden evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2008, 7:231-236.
3. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 8. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007: 1-17.
4. Şentürk A. Kadın Sağlığı Hizmetlerinin Tarihçesi ve Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı Sorunları. İçinde: Şirin A, Kavlak O (editörler). *Kadın Sağlığı,* 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008: 124-135.
5. World Health Organization (WHO). Maternal Mortality. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/. 25 Nisan 2015.
6. Özvarış ŞB. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İçinde: Akın A, Aytaç U, Bertan M, Çalı Ş, Fincancıoğlu N, Özalp S, Pekcan H, Pekin S (editörler). *Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması*, 4. Baskı. İstanbul, Damla Matbaacılık, 2003: 1-5.
7. Ege E, Eryılmaz G. Genital hijyen davranışının envanterinin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005, 8:67-75.
8. Koştu N, Taşçı KR. 15-49 yaş evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12:91-97.
9. Öztürk Y. Ankara'da Bir Hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine Başvuran Doğuranlık Yaş Grubundaki Bir Grup Kadının Üreme Sağlığı ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2010.

10. Özbaş S, Özkan S. Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımı. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2010, 9:541-546.
11. Aytaç A. Kadınların Üreme Sağlığı Davranışlarının ve Geliştirilen Vajinal Akıntı Tanılama Formu (VATF) İle Konulan Tanı Sonucunun Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
12. Shah I.H, Åhman E. Unsafe abortion in: 2008 global and regional levels and trend. *Reproductive Health Matters*, 2010, 18:90–101.
13. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme Sağlığına Giriş El Kitabı, 1. Baskı, 2009: 1-13.
14. World Health Organization. Women and Health, Today's Evıdence Tomorrow's Agenda, 1nd ed. 2009: 49-57.
15. World Health Organization.World Health Statistics 2014, 1.Baskı, 2014:13-19.
16. UNDP. Binyıl Kalkınma Hedefleri Türkiye 8. http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/mdgoverview/overview/mdg6/. 29 Haziran 2015.
17. Coşkun MA. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012: 16-38.
18. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. UNDP Binyıl Kalkınma Hedefi Türkiye Raporu 2010, 1. Baskı, 2000: 37-44.
19. T C. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2010-2014, 1. Baskı, 2010: 55.

20. UNDP. Binyıl Kalkınma Hedefleri Türkiye 5. http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/mdgoverview/overview/mdg5/. 29 Nisan 2015.
21. Türkiye Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, 1. Baskı, 2014: 15-25.
22. Akın A, Mıhçıokur S. Kadın Statüsü ve Anne Ölümleri. İçinde: Akın A. (editör). *Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın*, 1. Baskı. İstanbul, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003: 128-140.
23. Biliker MA, Akın A. Anne Ölümleri. İçinde: Ertem M, Çan G (editörler). *Türkiye Sağlık Raporu 2014*, 1. Baskı, Ankara, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. 2014: 132-138.
24. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 1 Baskı, 2013: 60-103.
25. TÜİK. www.tuik.gov.tr 09 Mayıs 2015.
26. Özpulat F. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: eğitici kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010: Sempozyum Özel Sayısı:294-297.
27. Yardım N, Göğen S, Mollahaliloğlu S. Sağlığın geliştirilmesi: dünya ve Türkiye'de mevcut durum, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 72:29-35.
28. Schwarzer R , Fuchs R. Self-Efficacy and health behaviours. http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/publicat/conner9.htm 09 Aralık 2015.
29. Akın A, Özvarış ŞB. Üreme Sağlığı. İçinde: Güler Ç. Akın L (editörler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 1. Baskı. Ankara, Hacettepe Yayınları, 2006:208-213.
30. Ege E, Eryılmaz G. Kadınlara verilen planlı eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergis,* 2006, 9:8-16.

31. Ünsal A, Özyacıoğlu N, Sezgin S. Doğu Karadeniz' deki bir belde ve ona bağlı dokuz köyde yaşayan bireylerin genital hijyen davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13:2-13.

32. Taylor CP. Whiteman MK. Dual use of condoms with other contraceptive methods among adolescents and young women in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 2014, 54:169-175.

33. Rabiepoor S, Taşkın L. Empowering of oromieh university female students in related to their sexual and reproductive health by peer education method. *Annals of Biological Research*, 2011, 2:149-156.

34. Rao RSP, Lena A. Effecctiveness of reproductiveness health education among rural adolescent girls: a school based intervention study in Udupi Taluk, Karnataka. *Indian J Medical Science*, 2008, 62:439-443.

35. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. SHÇEK Toplum Merkezleri Kadın Sağlığı Eğitim Programı Değerlendirme Raporu, 1. Baskı, 2010,1-5.

36. Erbil N, Göktaşlar Z. Evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetrikleri Dergisi*, 2010, 20:295-303.

37. Ünsal A. Üniversitede okuyan kız öğrencilerin genital hijyen davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010, 5:79-93.

38. Babadağlı B, Şahin S. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi'nde doğurganlık dönemi kadınların aile planlaması ve danışmanlığı konusunda bilgi ve tutumlarının karşılaştırılması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006, 1:51-64.

39. Demirci H. Çalışan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışların Geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.

40. Hacıalioğlu N. 2000. İnandı T. Pasinoğlu T. Erzurum Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezine başvuran kadınlarda genital yol enfeksiyonlarının sıklığı ve risk faktörleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 3:11-18.

41. Turan S. Mamak Halk Eğitim Merkezi kadın kursiyerlerinin kadın sağlığı ile İlgili eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2004, 14:34-42.

42. Can HÖ, Soğukpınar N, Saydam BK, Çeber E. Sivil Toplum Kuruluşları ve Üniversite işbirliği ile kadın sağlığını güçlendirme programı. *Üniversite ve Toplum Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*, 2008, 8:1-13.

43. Demirbağ CB, Çan G, Köksal İ, Kaya S. Rahim içi araç ve oral kontraseptif kullanan 18-49 yaş arasındaki kadınlara verilen eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012, 9:15-20.

44. Ersin F. Sağlığı Geliştirme Modellerine Göre Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012.

45. Topatan S. Postpartum Dönemde Adölesanlara Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2012.

46. Arslan H, Kömürcü N, Eryılmaz YH. Gençalp NS, Yiğit FE, Ekşi Z, Gürkan ÖC, Potur DC, Sayın D, Bilgin NÇ. Üreme sağlığı bilinci geliştirme projesi: genital akıntılar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2008, 5:34-40.

47. Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz H. Hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınlarım meme kanseri/ kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2007, 3:53-57.

48. Tyler CP, Whiteman MK, Kraft MJ, Zapata LB, Hillis SD, Curtis KM, Anderson J, Pazol K, Marchbanks PA. Dual use of condoms with other contraceptive methods among adolescents and young women in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 2014, 54:169-175.

49. Charron-Prochownik D, Sereika SM, Falsetti D, Wang SL, Becker D, Jacober S, Mansfield J, White NH. Knowledge attitudes and behaviors related to sexuality and family planning in adolescent women with and without diabetes. *Pediatric Diabetes*, 2006, 7:267-273.

50. Lindberg CE. Konowledge, self-efficacy, coping and condom use among urban women. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 2000, 11:80-90.

51. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci SE. Bingöl İli Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi,* 2008, 22:185-191.

52. Adıbelli D, Kılınç NÖ, Akpak YK, Kılıç D. Hygine bahviors and associated factors in women living in rural areas of Turkey. *El Mednifico Journal*, 2014, 2:210-214.

53. Aydoğdu NG. Sağlığı Geliştirme Modellerine Göre Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2011.

54. Adogu POU, Omosivwe O, Ilika AL, Egenti NB. The effectiveness of health education on knowledge attitude and practice of breast self-examination among

secondary school Girls in Nnewi North Local Government Area, Anambra State, Nigeria. *British Journal Medicine Health Research*, 2015, 2:1-14.

55. Padhy GK, Pattanayak A, Jena D, Effectiveness of planned teaching programme on reproductive health among adolescent girls Indian, *Medical Gazette*, 2013, Agust:287-291.

56. Demirbağ CB, Çan G, Köksal İ, Kaya S. Üreme sağlığını koruma ve geliştirmede farklı yaklaşım: anne eğitiminin kızlarına aktarılmasının değerlendirilmesi. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2013, May: 136-148.

57. Pender NJ. Murdaugh LC. Parsons AM. *Health Promotion in Nursing Practice*. 6 th ed. USA:Pearson , 2011; 44-61.

58. Hatton D, Kaiser L, Gross M. Women's and men's health. In: Stanhope M, Jeanette L (eds). *Publich Health Nursing*, 7 nd ed.Canada, Mosby Elsevier, 2004: 633-657.

59. Akın A. Kadın sağlığında eşitsizlikler ve toplumsal cinsiyet. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2010: 73-82.

60. Akın A, Gülay T. Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı. İçinde: Ertem M, Çan G (editörler). *Türkiye Sağlık Raporu 2014*, 1. Baskı, Ankara, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. 2014: 113-131.

61. Akın A, Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı. İçinde: Ertem M, İnandı T, Çan G, Ergör A, Şaşmaz T, Ayoğlu F,Kaya M (editörler). *Türkiye Sağlık Raporu 2012*, 1. Baskı, Ankara, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. 2012: 307-312.

62. World Health Organization (WHO). Reproductive health http://www.who.int/topics/reproductivehealth/en/. 20 Şubat 2014.

63. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Üreme sağlığı Nedir? http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/ureme-sagligi/903-%C3%BCreme-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-nedir.html. 19 Haziran 2015.

64. *Maskey* M. Globalization,trade liberalization, and women's health: A nepalese perspective, In: Kickbusch I, Hartwig KA, List JM (eds). *Globalization,Women, and Health in the Twenty-First Century*, 1nded. The United States of America, Palgrave Macmillan, 2005: 77-85.

65. Yanıkkerem UE. Şirin A. Kadın ve sağlık bakım sistemi, politikalar, yasalar. İçinde: Şirin A, Kavlak O (editörler). *Kadın Sağlığı,* 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., 2008: 1-32.

66. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. 21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek, 1. Baskı, 2007: 16-35.

67. UNDP. 2015 Sonrası Yeni Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/mdgoverview/. 30 Temmuz 2015.

68. Baysal P.Cinsel yolla bulaşabilen hastalıklar. İçinde: Ertem M, Çan G (editörler). *Türkiye Sağlık Raporu 2014*, 1. Baskı. Ankara, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. 2014: 92-101.

69. Özvarış ŞB, Ertan AE. Üreme sağlığında yaşamboyu yaklaşım, İçinde: Akın A (editör). *Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın*, 1. Baskı. İstanbul, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003: 113-126.

70. World Health Organization.World Health Statistics 2011, 1. Baskı, 2011: 12-22.

71. World Health Organization.World Health Statistics 2013, 1. Baskı, 2013: 13-18.

72. UNDP Binyıl Kalkınma Hedefleri Türkiye. Anne Sağlığını İyileştirmek, Son Durum. http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/mdgoverview/overview/mdg5/ 29 Temmuz 2015.

73. Wingood GM, Sıonean C, Mccree DH. Women's sexual and reproductive health: an overview. In: Diclemente RJ, Wingood GM (eds). *Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health*, 1. nd ed. New York, Springer Science+Business Media, 2002:3-7.

74. Csete J. A Comfortable home: globalization and changing gender roles in the fight against HIV/AIDS, In: Kickbusch İ, Hartwig KA, List JM (eds). *Globalization,Women, and Health in the Twenty-First Century*, 1nd ed. The United States of America, Palgrave Macmillan, 2005:157-166.

75. Health Knowledge. Breast cancer. http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2b-epidemiology-diseases-phs/cancers/breast-cancer. 21 Temmuz 2015.

76. OECD. Health at a Glance: Europe 2014 http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8114211e.pdf?expires=1434889962&id=id&accname=guest&checksum=A380A26A2B13C8D58E0CDC3B5098D920. 21 Temmuz 2015.

77. OECD. *Health at a Glance: Europe 2012*. http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en. 19 Ocak 2015.

78. GLOBOCAN 2008. International Agency for Research on Cancer. http://globocan.iarc.fr/Default.aspx. 21 Temmuz 2014.

79. WHO. Women and Cervical and Breast Cancer. http://www.who.int/gho/women_and_health/diseases_risk_factors/cancer_text/en/ 20 Temmuz 2015.

80. WHO. Human Papillomavirus and Cervical Cancer http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/. 25 Kasım 2015.

81. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Raporu, 1. Baskı, 2005: 51-56.

82. Akın A, Biliker A. İstenmeyen Gebelikler ve Düşükler. İçinde: Ertem M, Çan G (editörler). *Türkiye Sağlık Raporu 2014*, 1. Baskı, Ankara, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. 2014: 139-149.

83. Aykut NB. Aile Planlaması. İçinde: Ertem M, Çan G (editörler). *Türkiye Sağlık Raporu 2014*, 1. Baskı, Ankara, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. 2014: 150-157.

84. Dursun P, Gültekin M, Ayhan A. Türkiye'de Kadın Genital Kanserleri. İçinde: Ertem M, Çan G (editörler). *Türkiye Sağlık Raporu 2014*, 1. Baskı, Ankara, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. 2014: 158-166.

85. Dursun P, Ayhan A, Mutlu L, Çağlar M1, Haberal A, Güngör T, Özat M, Özgü E, Anıl Onan A, Taşkıran Ç, Güner H, Yetimalar H, Kasap B, Yüce K, Salman CM, Sayal B, Doğan S, Harma M,Harma M, Başaran M, Aydoğmuş H, Ergün Y, Şehirali S, Gültekin E, Köse Ş, Yıldırım Y, Yenen M, Dede M, Alanbay İ, Karaca R, Jale , Metindir J, Üstüner I, Avaşar F, Yüksel H, Kırdar S. Türkiye'deki HPV tipleri: Türk Jinekolojik Onkoloji Grubuna üye merkezlere başvuran 6388 hastanın retrospektif analizi. *Türk Pataloji Dergisi,* 2013, 29:210-216.

86. Goldrick BA. Risk of infectious and communicable diseases, In: Harkness GA. Demarco RF (eds). *Community and Publich Health Nursing Evidence for Practice*, 1. nd ed. New York, Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins, 2012: 237-263.

87. Yağmur Y, Malatya İlinde 15-34 Yaş Arası Kadınlarda Osteoporoz Risk Faktörlerini Belirleme ve Osteoporozdan Korunmada Sağlıklı Yaşam Biçimi

Davranışlarını Geliştirme. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2003.

88. Çetinkaya F, Naçar M, Öztürk Y. Sağlık Eğitimi, İçinde: Öztürk Y, Günay O (editörler). *Halk Sağlığı Genel Bilgiler*, 1. Baskı. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Yayınları, 2011: 423-465.
89. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY, Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6:409-420.
90. Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik "Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi", 1.Baskı, Ankara, Deniz Matbaacılık, 2011: 6-14.
91. Cole GN. Nola Pender and the health promotion model. http://www.nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender. 12 Ocak 2014.
92. Sakraida TJ. Nursing theories, Nola J. Pender: health promotion model, In: Allıgood MR (ed), *Nursing Theorists and Their Work*, United States of America, Elsevier Mosby, 2014: 398-411.
93. Stewart P. *Health Promotion for Nurses*, Newyork, 1 th ed. Taylor & Francis e-Library, 2009: 88-89.
94. Aluş Tokat M, Okumuş H. Başarılı emzirme için kuram ve modele dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2008, 3:51-58.
95. Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme İçinde: Güler Ç, Akın L (editörler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 1. Baskı. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006: 1131-1186.
96. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,* 2014, 7:59-67.

97. Bahar Z, Sağlığı geliştirme modeli.kavramsal yapı, 16. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Antalya, 2013: 89-100.

98. Ersin F, Bahar Z. Sağlığı geliştirme modellerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,* 2012, 5:28-38.

99. Ay FA, Mesleki Temel Kavramlar. İçinde: Ay FA (editör). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2011: 1-21.

100. Champion CL, Skinner CG. The health belief model. İn: Glanz K,Rımer BK, Vıswanath K (eds). *Health Behavıor and Health Educatıon Theory*, Research, and Practice, Orleans, T.. 4 th ed. Jossey Bass, 2008: 45-62.

101. Yıldırım F, İlhan İÖ. Genel öz-yeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21:301-308.

102. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 1982, 37: 47-122.

103. Brannon L, Feist B. *Health Psychology*, 7th ed. USA, Wadworth, 2010: 71.

104. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2:35-42.

105. Shaw D, Gorely T, Corban R. *Instant Notes in Sport &Exercise Psychology*, 5th ed UK,Garland Science. 2005: 116.

106. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 2004, 31:143-164.

107. Jhonson JL. An exploration of Pender's health promotion model using lirsel. *Nursing Research*, 1993, 42:37-132.

108. Palank CL. Determinants of health promotive behavior. *Nursing Clinics of North America*, 1991, 26:31-815.

109. İnternational Council of Nurses. Definition of Nursing http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/. 15 Temmuz 2015.

110. Güngör İ, Rtahfisch G, Beji NK. Kadın sağlığı hemşirelerinin rol, yetki ve sorumluluklarının uluslar arası düzeyde irdelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2013, 21:49-56.

111. Kemppaınen V, Tossavaınen K, Turunen H. Nurses' role in health promotion practice: an integrative review, *Health Promotion İnternational Advance Access Published*, 2012, August 10:1-12.

112. Onega LL, Divers E. Health education and grup process. In: Stanhope M, Lancaster J (eds). *Publich Health Nursing*, 7nd.ed Canada, Mosby Elsevier, 2008:289-315.

113. Hacıalioğlu N. *Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim.* 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2011: 91-102.

114. Eroğlu K, Koç G. Dünden bugüne sağlık mevzuatında kadın sağlığı kapsamında ana çocuk sağlığı hemşirelik hizmetleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15:136-151.

115. Hacıalioğlu N. Anne Çocuk Sağlığı. İçinde: Erci B (editör). *Halk Sağlığı Hemşireliği*, Ankara, Fırat Matbaacılık, 2009: 78-91.

116. Manojlovich M. Promoting nurses' self-efficacy. *Journal of Nursing Administration*, 2005, 35:273-280.

117. Jenkins MA. Concept analysis of self-efficacy and adolescent sexual risk-taking behavior. *Nursing Forum*, 2015, 50:31-36.

118. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B. The selfefficacy scale: construction and validation. *Psychological Report*, 1982, 51:663-671.

119. Moustafa DG, Abd-Allah1 ES, Taha NM, Effect of a breast-self examination (BSE) educational intervention among female university students. *American Journal of Nursing Science*, 2015, 4:159-165.

120. Davey-Rothwell MA, Tobin K, Yang C, Sun CJ, Latkin CA. Results of a randomized controlled trial of a peer mentor HIV/STI prevention intervention for women over an 18month followup. *AIDS and Behav*ior, 2011, 15:1654–1663.

121. Anjum S , Durgawale PM, Shinde M. Knowledge of contraceptives methods and appraisal of health education among married woman. *International Journal of Science and Research,* 2014, 3:584-590.

122. Naçar M, Öztürk A, Öztürk Y. Doğum sonrası dönemde verilen aile planlaması eğitminin yöntem kullanmaya etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi,* 2003, 25:122-130.

123. Ceylan S, Tekbaş Ö. Aile planlamasına bütüncül bir yaklaşım. Erkeklerin katılımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*.2000, 3:16-21.

124. Akın L, Özaydın N, Aslan D. Türkiye'de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2006, 48:63-69.

125. Kılıç D, Sağlam R, Kara Ö. Üniversite öğrencilerinde meme kanseri farkındalığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *The Journal of Breast Health*, 2009, 5(4):195-199.

126. Kılıç D, Erci B. Premenopozal dönemdeki kadınlara verilen eğitimin osteoporoza ilişkin sağlık inançları ve bilgi düzeylerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10:34-44.

127. Tanrıverdi G, Erci B. Klimakterik Dönemde Kadınlara Verilen Sağlık Eğitiminin Menapozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2003.

EKLER

EK-I. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Nur Özlem KILINÇ
Doğum tarihi:	14.05.1980
Doğum Yeri:	Çemişgezek
Medeni Hali:	Bekar
Uyruğu:	T.C
Adres:	Bingöl Üniversitesi Lojmanları, F Blok, No:3/BİNGÖL
Tel:	0 505 452 88 60
Faks:	
E-mail:	nozlemkilinc@gmail.com
Eğitim	
Lise:	Fatih Lisesi
Lisans:	Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Yüksek Lisans:	Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	İyi (UDS: 63.75)
Almanca:	-
Rusça:	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-II. TANIMLAYICI ANKET FORMU

Anket No:……

1. **Kaç yaşındasınız?.....**
2. **Eğitim durumuz nedir?**
   a. Okur-yazar
   b. İlköğretim
   c. Lise ve üzeri
3. **Çalışma durumunuz nedir?** a. Çalışıyor b. Ev hanımı
4. **Kaç yıldır evlisiniz?.....**
5. **Sosyal güvenceniz var mı?** a. Evet b. Hayır
6. **Ailenizin gelir durumunu nedir?**
   a. Gelirim giderimden fazla
   b. Gelirim giderime eşit
   c. Gelirim giderimden az
7. **En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?**
   a. Köy
   b. İlçe/kaza
   c. İl
8. **Toplam gebelik sayınız nedir? ……..**
9. **Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?**
   a. Kullanıyorum
   b. Kullanmıyorum
10. **Adet döneminde banyo yapma şeklinizi tanımlar mısınız?**
    a. Adet döneminde banyo yapmam
    b. Adet döneminde ayakta duş alırım
    c. Adet döneminde oturarak yıkanırım
11. **Cinsel ilişkiden ve adetten sonra hazneyi yıkar mısınız?**

a. Evet
b. b. Hayır

EK-III. EVLİ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞINI KORUYUCU TUTUMLARINI BELİRLEME ÖLÇEĞİ

	Hiç bir zaman	**Nadiren (Çok seyrek)**	**Bazen**	**Çoğu zaman**	**Her zaman (Düzenli)**
1.Kadın sağlığıyla ilgili çeşitli kitap, dergi ve gazete haberi okurum.					
2.Tuvalete gitmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkarım.					
3.Tuvaletten çıktıktan sonra ellerimi su ve sabunla yıkarım					
4.Adetliyken banyo yaparım					
5.Halka açık yerlerde klozet tipi tuvaletlere otururum					
6.Külotumu değiştirmek için kirlenmesini beklemem, her gün değiştirmeye özen gösteririm.					
7.Dış üreme organlarımı kuru tutmak için taharetlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurularım.					
8.Külotumun pamuklu kumaştan yapılmış olmasına dikkat ederim					
9.Külotlarımı ütülerim					
10.Yüzmeye gittiğimde zorunlu kalırsam arkadaşımın mayosunu giyebilirim.					
11.Evdeki tuvalet banyo ve lavaboların temizliğinde çamaşırsuyu gibi mikrop öldürücü maddeler kullanırım					
12.Taharetlenmeyi idrar yaptığım bölgeden büyük abdestimi yaptığım bölgeye doğru yaparım.					
13. Alışılmış miktardan fazla akıntım olursa hemen doktora giderim.					
14. Kötü kokulu akıntım olursa hemen doktora giderim.					
15.Üreme organlarımda kaşıntım olursa hemen doktora giderim					
16. Akıntıyla ilgili bir şikâyetim olsa da utandığım için doktora gitmem.					
17.Akıntım için doktora gidersem doktorun verdiği tedaviyi sonuna kadar eksiksiz uygularım.					
18.Adetliyken kullandığım ped veya bezi 3-4 saatte bir değiştiririm.					
19. Hazneme herhangi bir ilaç uygulamam gerekirse önce ellerimi yıkarım.					

	Hiç bir zaman	Nadiren (Çok seyrek)	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman (Düzenli)
20.Şikâyetim olmasa da her yıl düzenli olarak kadın hastalıkları doktoruna muayene olurum.					
21.Yılda bir kez kontrol amacıyla akıntı örneği aldırırım.					
22.Şikayetim olmasa da meme muayenesi yaptırmak için doktora giderim.					
23.Her ay kendi kendime meme muayenesi yaparım.					
24.Adet kanaması dışında ara kanamam olursa hemen doktora giderim.					
25.Kürtaj olmam gerekirse doktora/hastaneye giderim.					
26.İstemediğim bir gebelikten korunmak için sağlık personelinden (doktor,ebe, hemşire) bilgi alırım.					
27.Gebe kalmamak için etkili bir yöntem (doğum kontrol hapı, spiral, kondom, tüplerin bağlanması) kullanırım.					
28.İstemediğimiz bir gebelikten korunmak için eşimin korunması(geri çekme) yeterlidir.					
29. Hazne akıntımı izleyerek hangi hangi günlerde gebe kalacağımı anlayabilirim.					
30.Adetimin ilk gününü unutmamak için her ay takvim üzerinde işaretlerim.					
31.Adetliyken ayaklarımı sıcak tutmaya özen gösteririm.					
32. Hazne, idrar yolu ve makat çevresindeki kaslarımı güçlendirmek için bu kasları kasıp gevşetme şeklinde egzersiz yaparım.					
33.İdrarımı yaparken ağrı, sızı yanma gibi şikayetlerim olursa doktora giderim.					
34.Günde en az 6-8 bardak su içerim.					
35. İdrarım geldiğinde hemen tuvalete giderim.					
36.Kabız olmamaya özen gösteririm.					
37.Cinsel ilişki sırasında bulaşıcı hastalıklardan korunmak için prezervatif (kondom/kılıf)kullanmanın gerekli olduğuna inanırım					
38.Cinsel ilişki sırasında kuruluk ve ağrım olursa kayganlaştırıcı kremler kullanırım.					
39.Cinsel ilişki sırasında ağrı ve kanamam olursa hemen doktora giderim.					

EK-IV. ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

İFADELER	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1.Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	1	2	3	4	5
2.Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.	1	2	3	4	5
3.Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım.	1	2	3	4	5
4.Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada pek başarılı olamam.	1	2	3	4	5
5.Her şeyi yarım bırakırım.	1	2	3	4	5
6.Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım	1	2	3	4	5
7.Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	1	2	3	4	5
8.Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	1	2	3	4	5
9.Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	1	2	3	4	5
10.Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11.Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5
12.Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeğe çalışmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
13.Başarısızlık benim azmimi arttırır.	1	2	3	4	5
14.Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	1	2	3	4	5
15.Kendine güvenen biriyim.	1	2	3	4	5
16.Kolayca pes ederim.	1	2	3	4	5
17.Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5

EK-V. ETİK KURUL SONUÇ FORMU

	ETİK KURUL SONUÇ FORMU	

Araştırmanın Adı: "Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kadınların Üreme Sağlığı Tutumlarına ve Öz –Etkililiklerine Etkisi"

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur	**(X)**
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur	**( )**
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir	**( )**

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 10.10.2013 tarihinde yapılan toplantısında "Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kadınların Üreme Sağlığı Tutumlarına ve Öz –Etkililiklerine Etkisi" konulu Yrd.Doç.Dr.Nazlı HACIALİOĞLU ve Nur Özlem KILINÇ'ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan

Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

Doç.Dr.Nadiye ÖZER
Üye

Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-VI. ANKET UYGULAMA İZİN YAZISI

BİNGÖL
HALK SAĞLIĞI
MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
BİNGÖL VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

09 OCA 2015

Sayı : 13833168/232/209
Konu : Tez Çalışması

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 31.12.2014 tarih ve 26718 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Nur Özlem KILINÇ'ın "Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kadınların Üreme Sağlığı Tutumlarına ve Öz Etkinliklerine Etkisi" konulu tez çalışması anket uygulamasının Recep Tayyip Erdoğan, Yenişehir ve Kültür Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Vedat SÖYLER
Halk Sağlığı Müdürü

Yenişehir Mah. Güldiken Sokak No: 11 Merkez/BİNGÖL.
Telefon: (0426) 213 10 88 Fax : (0426) 214 47 41
e-posta bingol.hsm@saglik.gov.tr Elektronik Ağ. www.bingolhsm.gov.tr

EK-VII. BİLGİLENDİRİLMİŞ KATILIMCI ONAY FORMU

Kadınlara üreme sağlığı konusunda verilen eğitimin etkisini belirlemek amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın adı "Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kadınların Üreme Sağlığı Tutumlarına ve Öz-etkililiklerine Etkisi" dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgiyi okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni;

Kadınlar gerek nüfustaki oranları, gerekse toplum içindeki rolleri nedeniyle toplumun sağlıklı olması açısından en önemli gruptur. Sağlıklı kadınlar sağlıklı çocuklar doğurur, sağlıklı çocuklar büyütür ve bu sayede sağlıklı bir toplum oluşur. Buna rağmen Türkiye'de kadınların hala pek çok problemleri vardır. Günümüzde cinsel yolla bulaşan hastalıklar, rahim ağzı kanseri, meme kanseri gibi problemler kadın sağlığını tehdit etmektedir. Sağlığı koruma ve geliştirme ile önlenebilecek bu problemler hakkında kadınlar çok fazla bilgiye sahip değildirler. Dünyada kadınlar ile yapılan pek çok çalışmada kadınların üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olduğu ve sağlık eğitimiyle bilgi düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir. Bu araştırma ile kadınların kendi sağlıkları hakkında bilgi düzeyleri belirlenecek ve sonrasında eğitim verilecektir.

Eğer araştırmayı kabul ederseniz Bingöl Üniversitesi'nde öğretim görevlisi Nur Özlem Kılınç ve ya onun görevlendirdiği başka bir eleman tarafından size anketler yapılacaktır. Bu çalışma esnasında Nur Özlem Kılınç'la telefonla (0426 216 00 12-XXX) irtibat kurarak bu konuyla ilgili her türlü problem rahatlıkla anlatılabilecektir. Anket yapılarak elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden eğitim amacıyla ve bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilecek ancak başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve aynı zamanda size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmanın riskleri; Herhangi bir zararlı etki ve riski olmayan bir çalışmadır.

Katılımcının Beyanı

Bingöl Üniversitesi'nde Nur Özlem Kılınç yürüteceği araştırma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı.

Eğer bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin büyük bir gizlilikle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için) araştırmadan çekileceğimi 1 ay önceden bildirmemin uygun olacağımın bilincindeyim. Ayrıca bana herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacak.

İster doğrudan, isterse dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan herhangi bir sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; Nur Özlem Kılınç'ı telefonla

(0426 216 00 12- XX) arayabileceğimi biliyorum. (Bingöl Üniversitesi)

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılım konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana ve okuldaki ilişkilerime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamı bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

EK-VIII. DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI
(Tez başlığı değişiklik önerisi olanlar için)
(FORM: 22)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Nur Özlem KILINÇ
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışmanı : Yrd. Doç. Nazlı HACIALİOĞLU
Ortak Danışman : .....

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 15./12./2015 ve 2015.39.316 sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kadınların Üreme Sağlığı Tutumlarına ve Özetkililiklerine Etkisi
başlıklı **doktora tezini** incelemiş ve adayı 25./12./2015 tarihinde, saat 14. : 00.'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

☒ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda **başarıyla** savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE,**

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ... **ay ek süre** verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE,**

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE,**

☐ ancak **konu ve içeriği değişmeksizin** tez başlığının Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kadınların Üreme Sağlığı Tutumlarına ve Öz-yeterliliklerine Etkisi
Metin girmek için burayı tıklatın. olarak düzenlenmesine,

☒ **OY BİRLİĞİ** ☐ **OY ÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	:Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU	
Üye	:Prof. Dr. Behice ERCİ	
Üye	:Doç. Dr. Ayşe ÇEVİRME	
Üye	:Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU	
Üye	:Doç. Dr. Dilek KILIÇ	
Üye	:.....	.....
Üye	:.....	.....