T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN 18-49 YAŞ ARASINDAKİ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI İHTİYAÇLARININ TESPİTİ

Dr. YELİZ ÖZENDİ

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2017

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN 18-49 YAŞ ARASINDAKİ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI İHTİYAÇLARININ TESPİTİ

Dr. YELİZ ÖZENDİ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. M. ÇİĞDEM APAYDIN KAYA

İÇİNDEKİLER

	Sayfalar
ÖNSÖZ	4
TABLO LİSTESİ	5
KISALTMALAR	6
ÖZET	7
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)	9
1. GİRİŞ VE AMAÇ	11
2. GENEL BİLGİLER	13
2.1. Üreme Sağlığı	13
2.1.1. Üreme sağlığı kavramının gelişimi	13
2.1.2. Üreme sağlığının kapsamı	15
2.1.3. Üreme sağlığı alanında öncelikli sorunlar	16
2.1.4. Üreme sağlığı alanında dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışmalar	17
2.1.5. Üreme hakları ve üreme sağlığında yasal durumlar	21
2.2.AİLE HEKİMLİĞİNDE ÜREME SAĞLIĞI	24
2.2.1. Dünyada ve Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi	24
2.2.2. Aile hekimliğinde üreme sağlığı hizmetleri	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı	29
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	29
3.3. Katılımcıların Seçimi	29
3.3.1. Çalışmaya dâhil olma kriterleri	29
3.3.2. Çalışmadan hariç tutulma ve araştırmadan çıkarılma kriterleri	30
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	30
3.5. Analiz	31
3.6. Etik	32
4. BULGULAR	33
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	33
4.2. Katılımcılar Genel Sağlık Durumu ile İlgili Bilgileri	35
4.3. Katılımcıların Üreme Sağlığı ile İlgili Bilgileri	35
4.3.1. Gebelikle ilgili veriler	35
4.3.2. Aile planlaması kullanımı ile ilgili veriler	38
4.3.3. Cinsel sağlık-üreme sağlığıyla ilgili diğer veriler	39
4.3.4. Üreme sağlığıyla ilgili yasalar ve üreme hakları ile ilgili bilgi durumu	41
5. TARTIŞMA	47
5.1.Araştırmanın Güçlü Yanları	52
5.2.Araştırmanın Kısıtlılıkları	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
7. EKLER	55
8. KAYNAKLAR	66

ÖNSÖZ

Fakülte yıllarında öğrencisiyken “tez öğrencisi” olduğum, asistanlığım sürecinde bilgi, tecrübe ve desteklerinden sonsuz faydalandığım, tezimin her aşamasında sabırla ve emekle bana yol gösteren ve destek olan sevgili danışmanım Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya’ya,

Öğrencileri olmakla mutluluk duyduğum değerli bölüm hocalarım Prof. Dr. Arzu Uzuner, Prof. Dr. Serap Çifcili, Prof. Dr. Pemra Ünalan ve Prof. Dr. Mehmet Akman’a,

Tez verilerimi toplamamda büyük emekleri olan, desteğini benden hiç esirgemeyen dostum Uzm. Dr. Esma Özçelik ve tez veri girişlerime yardımcı olan dostum Dr. Esra Mercan’a,

Fakültenin bana kattığı, meslektaştan öte canlarım olan dostlarım Canan ve Esin’e

Beni bu yaşa getiren, emekleriyle beni “beyaz önlüğüme” kavuşturan, evlatları olmakla kendimi çok şanslı hissettiğim, canım Anneme ve Babama,

Hayattaki en yakın arkadaşlarım, destekçilerim olan, iyi ki varsınız dediğim canım kardeşlerim Yeşim’e ve Aykut’a,

Son bir yılda hayatıma hayat katan, tez sürecinde benimle aynı zorluğu yaşayan, ömrümdeki en güzel şey, biricik oğlum Mete’ye,

Karşıma çıktığı gün hayatımı tamamen değiştiren, ilk günden beri hayatımdaki her zorluğu paylaşıp birlikte aştığım, bu tez sürecini de desteğiyle atlattığım hayat arkadaşıma, Kenan’a

Sonsuz teşekkürler…

Dr. Yeliz Özendi

Aralık 2017

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özelllikleri

Tablo 2: Katılımcıların Genel Sağlık Algısı

Tablo 3: Katılımcıların Gebelikle İlgili Verileri

Tablo 4: Plansız Gebelikle İlişkili Olabilecek Faktörlerin Karşılaştırılması

Tablo 5: Plansız Gebeliği Olanların Yaş, Eğitim Durumu, Çocuk Sayısı

Tablo 6: Aile Planlaması İle İlgili Veriler

Tablo 7: Katılımcıların Son 1 Yıl İçindeki CS-ÜS ile İlgili Verileri

Tablo 8: Pap-Smear Yaptıran Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 9: Pap-Smear Yaptırma İle Yaş, Eğitim Süresi, Gebelik Ve Çocuk Sayısının Karşılaştırılması

Tablo 10: Kadınların Üreme Sağlığıyla İlgili Yasalar ve Üreme Hakları ile İlgili Bilgi Durumu

Tablo 11: Üreme Hakları Bilgi Puanı İle Sosyodemografik Özellikler, GSA Ve Depresyon Taraması Arasındaki Karşılaştırma

Tablo 12: Üreme Hakları Bilgi Puanı İle İlişkili Olabilecek Durumların Karşılaştırılması

KISALTMALAR:

AP :Aile Planlaması

ASM :Aile Sağlığı Merkezi

BBSH :Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

BM : Birleşmiş Milletler

BMNF : Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

UNFPA : United Nations Population Fund

CS-ÜS : Cinsel Sağlık - Üreme Sağlığı

CYBH : Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

WHO : World Health Organization

EASM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

MKH : Milenyum Kalkınma Hedefleri

MDG : Millennium Development Goals

TNSA :Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

UAPF : Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu

IPPF : International Planned Parenthood Federation

UNKK : Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı

ICPD : International Conference of Population and Development

EAH: : Eğitim ve Araştırma Hastanesi

CEDAW : Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women

CETAD :Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği

ÖZET

Birinci Basamağa Başvuran 18-49 Yaş Arasındaki Kadınların Üreme Sağlığı İhtiyaçlarının Tespiti

Giriş ve Amaç: DSÖ'nün tanımına göre üreme sağlığı; üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır. Aile planlaması hizmetleri, etkin ana sağlığı hizmetleri, genital yol enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü gibi konular toplumların kalkınma hedeflerinden biri olan üreme sağlığının içindedir ve kapsamlı yaklaşımı benimseyen aile hekimliği uygulaması içerisinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Kadınların üreme sağlığı ihtiyaçlarının belirlenmesi sağlık hizmeti sunanlar ve politika yapıcılar için önceliklerin belirlenmesi ve ihtiyaçların karşılanması için bir fırsat oluşturur. Böylece "kadınların güçlendirilmesi" konusunda adım atılmasını sağlar. Bu araştırmanın amacı, Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kaydolan kadınların üreme sağlığı ihtiyaçlarının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Yeni açılan Marmara Üniversitesi Tuzla EASM'ye 5 Eylül 2016 - 5 Aralık 2016 tarihleri arasında ilk kez başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-49 yaş kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik özellikler ile üreme sağlığı ihtiyaçlarını değerlendiren araştırıcılar tarafından yüz yüze uygulanan bir anket ile üreme sağlığı ve hakları ile ilgili bilgi sorularını içeren kendi kendilerine doldurdukları bir anket uygulanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 16.0 programında yapılmış, frekans hesaplamaları yapılmış ve istatistiksel anlamlılık açısından ki-kare ve Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 292 kadın katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 33,19±5,37'dir. Katılımcıların ortalama eğitim süresi 9,96±3,8 yıldır ve %77,4'ü ev hanımıdır. Kadınların %97,3'ü evlidir ve ilk gebelik yaş ortalaması 23±1,25'dir. Gebelik sayısı ortancası 2'dir (iqr 2-3). Katılımcıların %4,4'si ilk gebeliğini 18 yaş altında yaşamıştır. Son gebeliğinde takiplerini ASM'de yaptıranların oranı %63,9'dur (n=175). Yedi kadın (%2,6) son gebeliğinde herhangi bir takip yaptırmamıştır. Kadınların %24,3'ü en az bir kez isteği dışında gebelik yaşamış,

%2,9’u istemli olarak gebeliğini sonlandırmış, 4 kişi de kendi kendine düşük yapmaya çalışmıştır.

Katılımcıların %69,5’i aile planlaması yöntemi kullanmaktadır ve %30,9’u bunu ASM’den temin etmektedir. Katılımcıların yalnızca %17,8’i aile planlaması ile ilgili danışmanlık aldığını ifade etmiştir. Son bir yıl içinde katılımcıların %47,1’i jinekolojik muayene olmuş ve %20,3’ü Pap-smear yaptırmıştır ve yaş, gebelik ve çocuk sayısı arttıkça servikal kanser taraması yaptırma durumu artmaktadır. Katılımcıların çoğu aile planlaması yöntemi kullanmak için eş onayı gerektiğini düşünmektedir ve 10. Haftaya kadar gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılabileceğini bilen kadın oranı oldukça düşüktür. Eğitim süresi, gelir ve ilk evlenme yaşı arttıkça üreme haklarını bilme oranı artmaktadır.

Sonuç: Bulgularımız, kadınların üreme sağlığı ihtiyaçlarının öncelikle aile planlaması, servikal kanser taraması ve üreme hakları konularında bilgilenme olduğunu düşündürmektedir. EASM’de sunulan üreme sağlığı hizmetlerinin duyurulması ve başta üreme hakları konusunda eğitimlerin planlanması bölgemizdeki kadınların üreme sağlığı açısından güçlendirilmesini sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler: üreme sağlığı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM), üreme hakları, sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, 18-49 yaş kadın

ABSTRACT

Determination of Reproductive Health Needs of 18-49 Year-Old Women at Primary Care

Background and Aim: According to WHO definition, reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity. Family planning services, effective maternal health services, prevention and control of genital tract infections and sexually transmitted diseases are within reproductive health; one of the development goals of the communities concerned and have a very important role in family medicine practice which adopts a comprehensive approach. Determination of women's reproductive health needs help to identify the priorities and give chance to meet the needs for politicians. Thus, it enables the step of "empowerment of women". The aim of this research is to determine the reproductive health needs of reproductive-age women whom register to the Tuzla Training Family Health Center (TFHC).

Method: This is a descriptive study. The population of the study is 18-49 year-old women who consult to the Tuzla TFHC for the first time and who accept to participate in the study between 5th September-5th December 2016. Firstly participants were interviewed by the researcher for sociodemographical features with a questionnaire face to face; then the paricipants were asked to fill in a questionnaire that includes reproductive health knowledge under researchers' supervision. SPSS 16.0 package programme was used for statistical analysis and frequencies were calculated; for statistical significance Chi-square and Mann-Whitney U tests were used.

Results: Totally 292 women attended the study. Mean age was 33.19±5.37. Average education time was 9.96±3.8 years and 77,4% of women were housewives. Married women were 97,3% of total population and aveage first pregnancy age was 23±1.25. Median number of pregnancies were 2 (iqr=2-3). 4,4% of the participants' first pregnancy age is under 18. In the last pregnancy, the rate of the women who have their follow-up in Primary Care Center is 63.9% (n=175). Seven women (2.6%) had no follow-up during their last pregnancy. Of the women, 24.3% (n = 69) experienced

at least one unplanned pregnancy, 2.9% (n = 8) terminated their pregnancy voluntarily and four of the women (1.4%) tried to have self-abortion.

69.5% of participants use contraceptive method and 30.9%of this group provide contraceptive method from family health center. Only 17.8% of participants had family planning counselling. In the last year, 47,1% of participants had gynecologically examined and 20.3% of participants had Pap-smear test. As the age, year of education and number of pregnancy increase, having cervical cancer screening test increases. Most of the participants think that partners' approval is needed to use the family planning method and the rate of women who know termination of pregnancy until 10th pregnancy week is very low. As the status of education, income and age of first marriage increase, knowledge about reproductive rights increases too.

.

Conclusion: Our findings suggest that women's reproductive health needs are primarily in family planning, cervical cancer screening and education about reproductive rights. Announcement of reproductive health services offered at TFHC and planning of trainings on reproductive rights can provide that women are strengthened in terms of reproductive health.

Keywords: reproductive health, Training Family Health Center (TFHC), reproductive rights, determination of healthcare needs, 18-49 year-old woman

1. GİRİŞ VE AMAÇ:

Üreme sağlığı; üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması şeklinde tanımlanır. Üreme sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir[1].

Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı bir yaklaşım olarak ilk kez 1994 Kahire "Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (International Conference on Population and Development-ICPD)", uluslararası bir antlaşmada yer almıştır. Konferansta alınan kararlar uluslararası bir antlaşmanın imzalanması ile katılımcılar tarafından güvence altına alınmıştır. Konferansın sonuçları 1995'te Pekin'de gerçekleştirilen "4. Dünya Kadın Konferansı'nda" vurgulanarak eylem planlarının yapılmasına zemin hazırlamıştır[2].

Cinsel sağlık-üreme sağlığı konusunda Türkiye'deki gelişmelere bakılacak olursa, Cumhuriyet'in ilk yıllarında, savaşlarda yaşanan nüfus kayıpları, anne-bebek ölümlerinin yüksek olması nedeni ile 1950'li yılların sonuna kadar pronatalist bir politika izlenmiştir. 1950'lerde rahim tahliyesinin yasal olmaması nedeni ile uygunsuz koşullarda ehil olmayan kişilerce uygulanması, birçok kadının yaşamını yitirmesine neden olmuş ve nüfus planlamasının desteklenmesi ihtiyacı gündeme gelmiştir. Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı'nın işbirliği ile 1965 yılında "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" kabul edilmiş ve modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımı desteklenmiştir. 1983 yılında daha geniş kapsamlı şekliyle "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" çıkartılmıştır[3]. 1990'lı yıllarda kadın sağlığı ve aile planlaması alanlarında kaydedilen ilerlemeler ülkemizi de etkilemiş, 1998 yılında Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Strateji Planı hazırlanarak uygulamaya konulmuştur. Daha sonra bu strateji planı gözden geçirilerek 2005-2015 yıllarını kapsayan Sağlık Sektörü İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı hazırlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda anne

ölümlerinin azaltılması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların artmasının engellenmesi ve azaltılması ve gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı düzeylerinin yükseltilmesi hedeflenmiştir[4]. Bu eylem planında geçen hizmetler birinci basamak kapsamında ele alınan hizmetlerdir. Sağlık hizmet sunumunda ilk temas noktasını oluşturan aile hekimleri, sağlık sistemiyle ve kişinin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimleri sağlığın sürdürülmesi ve hastalıklardan korunma stratejilerini kullanılarak sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesini sağlar[5]. Birinci basamakta sağlık politikalarının belirlenmesinde sağlık ihtiyaçlarının bilinmesi önemlidir. Sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, bölgedeki önceliklerin tanımlanması ve kaynakların etkin dağılımını sağlayarak sağlığın iyileştirilmesi ve var olan eşitsizliklerin giderilmesine katkıda bulunur. Karar verme sürecinde hasta katılımının ve toplum katılımının artmasına, hasta bakımının iyileşmesine ve kaynakların etkin kullanılmasına zemin oluşturur[6].

Kadınların üreme sağlığı ihtiyaçlarının belirlenmesi sağlık hizmeti sunanlar ve politika yapıcılar için önceliklerin belirlenmesi ve ihtiyaçların karşılanması için bir fırsat oluşturur. Böylece "kadınların güçlendirilmesi" konusunda adım atılmasını sağlar.

Bu araştırmanın amacı, fakültemize bağlı olan ve 2016 yılında hizmete açılan Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (E-ASM)'ye kaydolan 18-49 yaş kadınların üreme sağlığı ihtiyaçlarının belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Üreme Sağlığı

2.1.1. Üreme sağlığı kavramının gelişimi

Üreme sağlığı sadece cinsel konuda hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil; tam anlamıyla fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal yönden bir iyilik halinin olmasıdır. Üreme sağlığı kişilerin, çiftlerin ve ailelerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarına kaynak oluşturur; aynı zamanda toplumların sosyal ve ekonomik gelişmelerine katkı sağlar[1].

Dünya nüfusu 20. yüzyılın başında yaklaşık 1,6 milyar iken, 1950'de 2,5 milyar ve yüzyılın sonunda 6,1 milyar olmuştur. Hızlı nüfus artışının önüne geçilmesi amacıyla 1960lardan itibaren devletler tarafından nüfus politikaları geliştirmesine yol açmıştır. İlk nüfus konferansı, 1954 yılında Birleşmiş Milletler (BM) tarafından gerçekleştirilmiştir. Her on yılda bir tekrarlanan bu konferanslarda 1974 yılından sonra eylem planları hazırlanmıştır[7].

Kahire'de 1994 yılında toplanan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference of Population and Development- ICPD)'nda bir araya gelen 179 ülke; nüfus ve kalkınmanın mutlak şekilde birbiriyle bağlantılı olduğunu, kadınların güçlendirilmesi ve toplumun eğitim ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamanın bireysel gelişmeyi ve sürdürülebilir kalkınmayı güçlendirdiği sonucuna varmıştır[8]. ICPD'de kararlaştırılan eylem planının 20 yıllık hedefleri, dört ana başlık altında toplanmıştır[9]:

- Evrensel eğitim
- Bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması
- Anne ölümlerinin azaltılması
- Aile planlaması da dahil olmak üzere üreme ve cinsel sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik

ICPD konferansının sonuçları 1995 yılında 1995'te Pekin'de yapılan 4. Dünya Kadın Konferansı'nda da bir kez daha vurgulanmış ve eylem planları hazırlanmıştır. Eylem programının ana konularını kalkınma ve nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin sağlanması, kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi, üreme sağlığı ve aile planlaması oluşturmuştur. Eylem programında ayrıca, aile planlaması çalışmalarının daha geniş bir kavram olan "üreme sağlığı" içerisine dahil edilmesinin gereği vurgulanmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin, temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkese sağlanması şart koşulmuştur[9].

ICPD'den sonra kaydedilen ilerlemeye paralel olarak 2000 yılında Milenyum Kalkınma Hedefleri (Millennium Development Goals-MDG) belirlenmiştir. MDG'de yer alan 2. madde "evrensel ilköğretimin gerçekleştirilmesi", 3. madde " kadın-erkek eşitliğinin sağlanması ve kadınların güçlendirilmesi", 4. madde "çocuk ölümlerinin azaltılması" ve 5. madde "anne sağlığının iyileştirilmesi", ICPD hedefleri ile örtüşmektedir[10]. Bu hedeflere 2007 yılında üreme sağlığı hedefi de eklenmiştir. Milenyum Kalkınma Hedefi 5b olarak adlandırılan "üreme sağlığı hizmetine evrensel erişim" hedefi, ICPD eylem planı ve Milenyum Kalkınma Hedeflerine dahil edilmiştir. MDG 5a iki gösterge ile ölçülmektedir: anne ölüm hızı ve sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğum eylemi. MDG 5b ise dört gösterge ile ölçülmektedir: kontraseptif prevelans hızı, adolesan doğum hızı, antenatal bakım kapsamı ve aile planlamasındaki karşılanmamış ihtiyaçlar[11].

Türkiye'deki nüfus politikalarına bakılacak olursa, cumhuriyetin ilk yıllarında savaşta kaybedilen nüfus ve yüksek bebek ve çocuk ölümlülüğü nedeni ile 1950'li yıllara kadar pronatalist politika izlenmiştir. 1950'li yıllardan sonra nüfus politikalarında değişikliğe gidilmiştir. Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı'nın öncülük ettiği Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 1965'te yayınlanmıştır. Bu kanundan sonra ülkemizde aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi Sağlık Bakanlığı'na yüklenmiştir. 1983 yılında Nüfus Planlaması Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir. 2007-2013 yılları arasında Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda nüfusun yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlayan nüfus politikası hedeflenmiştir. 2014-2018 yıllarını kapsayan Onuncu Beş Yıllık Kalkınma

planı, çalışan kadınların iş yaşamından geri kalmasını engellemek amaçlı politika izlenmesini hedeflemiştir; ancak henüz hayata tam anlamıyla geçirilmemiştir[3].

Türkiye'de Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı (CS-ÜS) kavramları ile ilgili olarak Ocak 1996'da Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Strateji Planı ve Haziran 1998'de Ulusal Faaliyet Planı onaylanmıştır. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonunun (BMNF-UNFPA) desteği ile T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması tarafından 2005-2015 yılları arasında Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejik Eylem Planı uygulaması gerçekleşmiştir. Bu kapsamda anne ölümlerinin azaltılması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların artmasının engellenmesi ve azaltılması ve gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı düzeylerinin yükseltilmesi hedeflenmiştir[4].

Görüldüğü üzere cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanındaki ulusal hedeflerin gerçekleştirilmesi için ülkemizde mevcut aile hekimliği uygulamasına büyük görev düşmektedir.

2.1.2. Üreme sağlığının kapsamı

Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen ve Temel Sağlık Hizmetleri kapsamı içinde birinci basamakta verilmesi gereken üreme sağlığı hizmetleri şunlardır[2]:

- Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme-eğitim-iletişim
- Yaygın aile planlaması hizmetleri, aile planlamasında bilgilendirme-eğitim-iletişim ve danışmanlık
- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme
- Genital yol enfeksiyonlarının etkin kontrolü
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi ve AIDS ile mücadele
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi

- Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı sonuçlarda gerekenin yapılması
- Üreme organları malignensilerinin önlenmesi ve tedavisi
- Bebek ve çocuk sağlığı
- Adolesan sağlığı ve cinselliği
- Sağlıklı yaşam biçimi
- Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi

Bu hizmetlerden başka erkeklerin katılımını arttırmak, emzirmeyi teşvik etmek, kızları ve kadınları dikkate alarak CYBH ve komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak, cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak da üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamına girer[12].

2.1.3. Üreme sağlığı alanında öncelikli sorunlar

Milenyum Kalkınma Hedefleri arasında yer alan cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanına verilen önemde artış olmasına karşılık, dünyada ve Türkiye'de bu halen üzerine düşülmesi gereken başlıklar ve çözülmesi gereken sorunlar mevcuttur.

Türkiye'de, "Ulusal Stratejik Eylem Planı" çerçevesinde müdahale edilmesi gereken durumlar şunlardır[4]:

- Güvenli annelik
- Aile planlaması (AP)
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH)
- Adolesan CS-ÜS
- Erkeklerde CS-ÜS ile ilişkili sorunlar
- İnfertilite

- Postmenopozal durumlar
- Yaşlılıkta CS-ÜS
- Üreme sistemi kanserleri
- Cinsel taciz ve cinsel şiddet, cinsiyete dayalı şiddet
- Göçmen, mülteci vb. gruplarda CS-ÜS

Yukarıda bahsedilen müdahale alanları için öncelik belirleme çalışması yapılmıştır. Buna göre söz konusu müdahale alanları içerisinde öncelikli sorunlar şunlardır[4]:

- Anne ölümlerinin yüksek olması
- İstenmeyen gebeliklerin fazla olması
- CYBH sıklığının artıyor olması
- Gençlerin CS/ÜS düzeylerinin düşük olması
- CS/ÜS açısından bölgeler ve yerleşim birimleri arasındaki eşitsizlikler

2.1.4. Üreme sağlığı alanında Dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışmalar

Üreme sağlığının en üst seviyesine ulaşmak için, devletlerin bazı önlemler almaları gerekmektedir. Bunlar arasında hayat boyu cinsel sağlığı destekleme; uygun, karşılanabilir, ulaşılabilir, yeterli ve ırk, etnik grup, yaş, yaşam biçimi, gelir, medeni durum, cinsel yönelim ve cinsel kimlik gözetmeden herkes için iyi kalitede cinsel sağlık hizmeti sunma gelmektedir. Üreme sağlığının geliştirilmesi amacıyla WHO tarafından belirlenen ülkelerin sağlık sistemlerinin sağlaması gereken hizmetler şunlardır[2]:

- Gizlilik ve mahremiyet sağlanarak gençler, bekar yetişkinler ve çiftler için cinsel sağlık eğitimi
- Danışanın sağlık endişeleri ve ihtiyaçları, arzu ettiği cinsellik, üreme sağlığı veya kontraseptif tercihleri doğrultusunda cinsel danışmanlık

- Cinsel şiddet görenlerin belirlenip uygun şekilde refere edilmesi
- CYBH için danışmanlık, tanı, tedavi ve takip yapılması
- Üreme sistemi enfeksiyonları, malignensileri ve bunlara bağlı infertilitenin tarama, tanı, tedavi ve izleminin yapılması
- Cinsel disfonksiyonların tanısı ve uygun birime sevk edilmesi
- Yasal çerçevede güvenli düşüklerin sağlanması
- Kontraseptif danışmanlığın ve metotların sunulduğu düşük sonrası bakımın sağlanması

"Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu" (UNFPA) dört öncelikli alanda çaba sarf etmektedir[13]:

- Aile planlaması, gebelikle ilişkili sağlık hizmetleri, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi teşhisi ve tedavisi, meme ve serviks kanserlerinin önlenmesi ve erken tanısı, adolesan cinsel sağlık ve üreme sağlığının geliştirilmesi, cinsiyete dayalı şiddet mağdurlarının bakımı gibi temel cinsel sağlık-üreme sağlığı hizmetlerinin temininin desteklenmesi
- Cinsel sağlık-üreme sağlığı alanında HIV'in önlenmesi, yönetimi ve bakımının entegrasyonu
- Adolesanlar ve gençler için cinsel sağlık-üreme sağlığı eğitimi
- Acil durum ve kriz zamanında cinsel sağlık-üreme sağlığı hizmeti verilmesi

Türkiye'de, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 1968'den günümüze dek her beş yılda bir nüfus araştırmaları yapılmaktadır. Bu araştırmalar 1993 yılında Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) adını almıştır. Temsiliyet gücü yüksek bir örneklemi olan bu araştırmalarda doğurganlık düzeyi ve değişimi, bebek ve çocuk ölümlülüğü, aile planlaması ve anne ve çocuk sağlığı gibi üreme sağlığı konuları araştırılarak ülkemiz hakkında önemli veriler elde edilmiştir. Sonuncu araştırma olan TNSA-2013, 2012 yılı eylül ayında başlamış ve 36 aylık bir proje olarak gerçekleştirilmiştir[3].

Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizde "Sağlık Sektörü İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015" kapsamında programlar yürütülmektedir. Bu amaçla yürütülmekte olan programlar şunlardır[4]:

- 15-49 yaş Kadın İzlemleri Programı
- Evlilik öncesi danışmanlık programı
- Doğum Öncesi Bakım Programı
- Gebe bilgilendirme sınıfı programı
- Gebe ve lohusalara nutrisyonel destek programı
- Acil obstetrik bakım programı
- Doğum ve sezaryen izlem programı
- Doğum sonu bakım programı
- Anne ölümlerini izleme ve önleme programı
- Anne dostu hastane programı
- Üreme sağlığı hizmetlerine erkek katılımının sağlanması programı

Ayrıca, birinci basamakta verilen Kadın ve Üreme Sağlığı ile Çocuk ve Ergen Sağlığı Hizmetleri kapsamındaki sağlık hizmetleri şu şekildedir[14]:

- Temel yenidoğan bakımı programı
- Bebek ve çocuk izlem programı
- Neonatal tarama programı
- Anne sütünün teşviki ve bebek dostu sağlık kuruluşları programı
- Emzirmenin korunması, özendirilmesi, desteklenmesi ile demir yetersizliği anemisinin önlenmesi ve kontrolü programı: "Demir Gibi Türkiye"
- Bebeklerde D vitamini yetersizliğinin önlenmesi programı
- 6-24 ay bebek ve küçük çocukların beslenmesi programı: "Tamamlayıcı Beslenme Programı"
- Bebek ölümlerini izleme programı
- 15-49 yaş kadın izlemleri
- Evlilik ve gebelik öncesi danışmanlık programı
- Doğum öncesi bakım hizmetleri
- Gebelere demir ve D vitamini destek programı

- Doğum sonu bakım programı
- Acil obstetrik bakım
- Anne ölümleri izleme programı
- Aile planlaması uygulama programı

Programda geçen tüm üreme sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında mutlaka ele alınması gereken hizmetler olduğu görülmektedir. Uygulamalar neticesinde bebek ölüm hızı TNSA-2008 ve TNSA-2013 yılları arasındaki beş yıllık dönemde %24 azalmış, 2008 TNSA'ya göre %92 olan doğum öncesi bakım alma oranının, 2013 TNSA'ya göre %97'ye yükseldiği gözlenmiş, TNSA 2008'de sağlık kuruluşunda doğum yapan kadın oranı %90 iken TNSA 2013'te bu oran %97'ye yükselmiştir[3,15].

ICPD sonrası üreme sağlığı ile ilgili 2015'e kadar ulaşılması beklenen Milenyum Kalkınma Hedeflerine tam olarak ulaşılamamış olunsa bile, küresel olarak anne ölüm hızında bir azalma meydana gelmiştir. 2005-2008 yılları arasında anne ölüm hızı %36'lık düşüşle 535,900'den 342,000'e gerilemiş; 2008-2011 yılları arasında ise buna ek olarak %20lik bir gerileme kaydederek 273,500'e düşmüştür[11]. ICPD'den sonra önemli gelişmeler olmasına karşın, adolesanlar ve imkanlardan mahrum kadınların üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetine erişiminde sorunlar vardır. Gelişmekte olan ülkelerde, yaklaşık 201 milyon evli kadın kontrasepsiyon hizmetine erişim sıkıntısı yaşamaktadır. Her yıl yaklaşık 340 milyon yeni cinsel yolla bulaşan hastalık vakası görülmekte ve her gün 6000 genç insan HIV ile enfekte olmaktadır. Milyonlarca kadın ve adolesan çağdaki kız gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybetmektedir[13]. Tüm bu göstergeler üreme sağlığı alanında yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

2.1.5. Üreme hakları ve üreme sağlığında yasal durumlar

Üreme hakları, evrensel insan hakları kapsamında çiftlerin ve bireylerin yapacakları çocukların sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu olarak karar verebilmeleri, bunun için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri sırasında hiçbir şiddet baskı ve ayrımcılığa maruz kalmamaları olarak tanımlanmaktadır. Üreme hakları ilk olarak 1968'de Tahran'da yayımlanan BM İnsan Hakları Konferansı'nda insan haklarının bir alt kümesi olarak belirlenmiştir. Bu konferansta ebeveynlerin dünyaya getirecekleri çocukların sayısına ve aralığına serbestçe karar verebilme ve bu çerçevede yeterli eğitim alma haklarının bulunduğuna yer verilmiştir. Bunu takiben 1974'te Bükreş'te yapılan Dünya Nüfus Konferansı'nda üreme haklarının tanımı değiştirilerek, ilk kez "ebeveyn" yerine "çiftler/bireyler" olarak ifadesi kullanılmıştır. Nüfus Konferansı sonrası dünyada doğum kontrolü yaygınlaşarak doğurganlık azalmıştır. Ancak üreme haklarının tam anlamıyla gelişiminin, kadın haklarının gelişimi ile paralel olduğu görülmektedir. 1979 yılında CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women- Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi) yayınlanmış ve Türkiye'nin de içinde bulunduğu birçok ülke tarafından imzalanmıştır. Kahire'de 1994 yılında gerçekleştirilen ICPD'de üreme sağlığı ve hakları, nüfus ve aile planlaması konularının önüne geçmiştir. Bireylerin üreme hakkından özgürce yararlanmaları ve üreme sağlığının geliştirilmesi amaçlanmıştır[16]. Üreme sağlığının, belirli insan hakları korunup gözetilmeden tam anlamıyla gerçekleştirilemeyeceği yönünde bir fikir birliği mevcuttur[1].

Toplumsal cinsiyet, toplumun kadın ve erkeğe cinsiyetinden ötürü çizmiş olduğu rol olarak ifade edilebilir. Bu kavram içerisinde toplumsal cinsiyet, eşitlik ve hakkaniyet kavramlarından bahsetmek gerekir. Toplumsal cinsiyette eşitlik fırsatları kullanma, kaynak ayrılması hizmet alımı açısından cinsiyet nedeniyle ayrımcılık olmaması olarak tanımlanırken; toplumsal cinsiyette hakkaniyet denildiğinde kadın ve erkeklerin sorumluluk ve kazanç dağılımı açısından adil muamele görmesidir[17]. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasının toplumların ilerlemesinde çok önemli bir etmendir. Kadınların çalışma yaşamında güçlendirilmesi, istikrarlı ve adil toplumların oluşmasına, kalkınmaya, toplumların refahının yükselmesine temel oluşturur. Ancak

günümüzde toplumsal cinsiyete ilişkin kalıp yargıların bulunması, kadınların üstlendikleri ev içinde bakım verici pozisyonu, kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması ve bu sebeple iş gücünden ayrı düşmeleri gibi durumlar kadınların güçlenmesi yönünde en büyük engellerdir[18]. Bu sebeple cinsiyet eşitsizliğinin giderilmesi hem kadın haklarının hem de üreme haklarının artmasını sağlar; böylelikle kadınların güçlendirilmesinden bahsedilebilir[19].

İnsan hakları ve toplumsal ilerlemelerden ayrı düşünülemeyen Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi, yaşanan tüm gelişmelerin ışığında Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (IPPF) tarafından 1995'te yayınlanmıştır ve burada yer alan Üreme Hakları on iki maddeden oluşmaktadır[2]:

I. Yaşama Hakkı
II. Özgürlük Hakkı
III. Eşitlik Hakkı
IV. Mahremiyet Hakkı
V. Düşünce Özgürlüğü Hakkı
VI. Bilgilenme ve Eğitim Hakkı
VII. Evlenme ve Aile kurma Konularında Seçim Yapma Hakkı
VIII. Çocuk Sahibi Olup Olmamaya Karar Verme Hakkı
IX. Sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı
X. Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı
XI. Toplanma özgürlüğü ve siyasete katılma hakkı
XII. İşkence ve kötü muameleden özgür olma hakkı

Ülkemizde cinsel sağlık-üreme sağlığı alanında yasal düzenlemeler mevcuttur. Türk Ceza Kanunu (TCK), Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (NPK), Rahim tahliyesi ve sterilizasyon hizmetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesine ilişkin tüzük (RTSHYT) ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile kişilerin üreme sağlığı alanındaki temel hak, özgürlük ve ihtiyaçları yasal çerçevede güvence altına alınmıştır. Kadının talebi olmazken hakim veya savcının izni olmadan yapılan genital muayene, TCK'nın 287. Maddesine göre suç teşkil etmektedir. NPK 5. maddesine göre gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından

tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir. NPK 6. maddeye göre 5. maddede belirtilen müdahale, gebe kadının iznine, küçüklerde küçüğün rızası ile velinin iznine, vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde reşit olmayan kişinin ve vasinin rızası ile birlikte sulh hakiminin izin vermesine bağlıdır. Ancak akıl maluliyeti nedeni ile şuur serbestisine sahip olmayan gebe kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz. Beşinci maddenin birinci fıkralarında belirtilen ve rızaları aranılacak kişiler evli iseler, sterilizasyon veya rahim tahliyesi için eşin de rızası gerekir. RTSHYT madde 13' göre on haftayı geçmeyen gebeliklerde yapılacak rahim tahliyesinde, gebe kadın,

- Reşitse kendisinden
- Küçükse kendisinin rızası alınmakla birlikte velisinden,
- Vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz değilse, kendisinden ve vasisinden (bu halde ayrıca sulh ceza hakiminden de izin alınması gerekir)
- Evliyse eşinden izin belgesinin alınması gerekir[7].

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanununun 63 ve 67. Maddeleri gereğince, sağlık güvencesi olmayan gebelerin muayene ve tetkiki ücretsiz yapılmak durumundadır[9].

Üreme hakları ile ilgili olarak sağlık personelinin de bazı hakları mevcuttur. Örneğin; IPPF Cinsel Haklar Bildirgesinin 5. maddesinde düşünce özgürlüğü kapsamında sağlık personeline hizmete başvuran bireyi bu hizmeti sunmak isteyen başka bir profesyonele sevk etme koşulu ile doğum kontrolü ve gebeliği sonlandırma hizmeti sunmayı reddetme hakkı tanınmıştır. Ancak bildirgede hayati risk taşıyan durumlarda bu hakkın olmadığı vurgulanmaktadır[16].

2.2. AİLE HEKİMLİĞİNDE ÜREME SAĞLIĞI

2.2.1. Dünyada ve Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH), toplum sağlığının korunması ve sağaltımı açısından en temel basamaktır. Hastalıkların morbidite ve mortalitelerini azaltmada, koruyucu hekimliğin büyük rolü vardır[20]. Starfield'in deyişiyle birinci basamak; rasyonel sağlık hizmetleri sisteminin belkemiği olarak algılanmaktadır[21].

Dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimine bakılacak olursa; birinci basamağın günümüzdeki şekle gelmesi 19. yy dönemine dayanır. O döneme kadar, hastanelerde görev yapan cerrahlar ve uzmanlarla, genel pratisyenler birbirlerinden kopuk vaziyetteydi. Lancet tarafından 1950 yılında yayınlanan bir raporda geçen düşük standartlarda hizmet vermeye çabalayan "moralsiz" genel pratisyenlerin var olması; genel pratisyenler için bir değişim fitili ateşlemiştir. Bu amaçla 1951 yılında küçük bir grup genel pratisyen bir araya gelerek bir "akademi" için "yönetim kurulu" kurmayı planlamışlardır. İlk toplantıdan dokuz ay sonra, 1952 yılında College of General Practitioners (Aile Hekimleri Kraliyet Akademisi) kurulmuştur[22]. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise, 1960'lı yıllardaki nüfusa yeterli oranda sağlık hizmeti götürülememesi, sağlık maliyetlerinin yüksek olması, sağlıkta parçalı bir yapılanma olması vb. nedenlerle halkta bir memnuniyetsizlik baş göstermiştir. Bu gelişmeleri takiben, yayınlanan üç raporla (Millis Raporu, Folsom Raporu ve Wilard Raporu) 1966 yılında yeni bir uzmanlık dalına zemin hazırlanmıştır ve Aile Hekimliği uzmanlığı doğmuştur[23]. Dünya Aile Hekimliği Birliği (World Organisation of Family Doctors-WONCA) 1972'de kurulmuştur. WONCA'nın Avrupa bölgesini temsil eden WONCA Avrupa 2002 yılında, aile hekimliğinin temel özelliklerini ve aile hekiminin taşıması gereken çekirdek yeterlilikleri tanımlamıştır.

WONCA Avrupa'ya göre aile hekimliği disiplininin temel özellikleri şunlardır[24]:

a) Sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturarak hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar.

b) Sağlık kaynaklarının etkin kullanımını sağlar.
c) Birey, aile ve topluma yönelik kişi merkezli yaklaşım geliştirir.
d) Kendine özgün hastayla görüşme süreci vardır.
e) Sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
f) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevelans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
g) Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
h) Gelişiminin erken evresinde henüz ayrımlaşmamış bir şekilde ortaya çıkan rahatsızlıkları yönetir.
i) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
k) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır.

WONCA Avrupa'ya göre aile hekimliği disiplininin çekirdek yeterlilikleri şunlardır:

1. Birinci basamak yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. Özgün problem çözme becerileri
4. Kapsamlı yaklaşım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül yaklaşım-modelleme

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişimine bakılacak olursa, 1961 yılında çıkan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu" ile birinci basamağın temelleri atılmıştır. Bu kanun ile kişilerin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması ve sağlığın kişisel kazanç kaynağı olmaktan çıkartılması hedeflenmiştir. Sağlık örgütünün temelini sağlık ocakları oluşturmuş ve sağlık hizmeti en az bir hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personeli ile yürütülmüştür[25,26,27]. Ancak bu konuda yetişmiş uzmanların olmayışı, finansman yetersizliği gibi nedenlerden ötürü sağlıkta sosyalleşme uygulaması yeterli başarıya ulaşamamıştır. Aile hekimliğinin bir uzmanlık disiplini olarak ülkemizde kabul görmesi 1983'te gerçekleşmiştir. İlk uzmanlık eğitimi 1985 yılında Ankara,

İstanbul ve İzmir'de dokuz eğitim ve araştırma hastanesinde başlatılmıştır. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı ise 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuş ancak eğitime başlamamıştır. Üniversitelerde aile hekimliği uzmanlık eğitimi, Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK)'ün kararı sonrası 1993 yılında başlamıştır[28]. Aile hekimliği sistemi uygulaması ise ilk olarak 2005 yılında pilot uygulama şeklinde Düzce'de başlamış ve 2010 yılında ülke genelinde yaygınlaşmıştır[29]. Aile hekimliği sistemi ile birlikte, sağlık ocakları vasıtası ile bölge temelli birinci basamak hizmeti verilmesi yerine nüfus temelli birinci basamak yapısına geçilmiş, her bir aile hekimliği birimine 3500 nüfus bağlanmıştır. Aile hekimi, yönetmelikte belirlenmiş olan görev, yetki ve sorumlulukları çerçevesinde kendi nüfusuna bağlı kişilere koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti ve danışmanlık vermek, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmeti sunmak, nüfusunun periyodik sağlık muayenelerini yapmak, kendisine gelemeyen hastalarına gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlüdür[30]. Sağlık bakanlığının 2015 verilerine[31] dayanarak, aile hekimliği birimlerinde toplam 21696 aile hekimi çalışmaktadır. Bu hekimlerden 1212 (%5,6) kişi uzman, 20484 kişi pratisyen hekimdir. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM), aile hekimleri saha eğitimleri için aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu veya Üniversite Rektörlükleri ile Kurum arasında sözleşme yapılarak öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle eğitim kurumları tarafından açılan aile sağlığı merkezleridir. Eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda aile sağlığı birimi/merkezinde asistanlar tarafından aile hekimliği hizmeti verilir[30]. Ülkemizde 2017 yılında halihazırda Marmara Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), Şişli Hamidiye Etfal EAH, Okmeydanı EAH, Dokuz Eylül Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas EAH, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Tepecik EAH ve Konya EAH'de olmak üzere toplam dokuz tane EASM bulunmaktadır. Marmara Üniversitesi'ne bağlı Tuzla'da üç birimlik EASM ve Marmara üniversitesi Başıbüyük Yerleşkesi içerisinde iki birimlik olmak üzere toplam beş birimlik EASM hizmet vermektedir[32].

2.2.2. Aile Hekimliğinde Üreme Sağlığı Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü, toplumların genel sağlık hedeflerine ulaşması için cinsel sağlık-üreme sağlığının sağlanması gerektiğini belirtmektedir. Bu amaçla WHO tarafından gerçekleştirilen Üreme Sağlığı Araştırması'nın sonucunda, birinci basamakta gerçekleştirilmesi beklenen "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Alanında Birinci Basamağın Çekirdek Yeterlilikleri" 2011 yılında yayınlanmıştır. Buna göre, tüm dünyada birinci basamak hizmetleri çerçevesinde cinsel sağlık-üreme sağlığı alanında beklenen çekirdek yeterlilikler şunlardır[33]:

1. Birinci basamak sağlık ekibi üyesinin etkin çalışabileceği ortam yaratmak için liderlik etmek
2. Etkili sağlık bakımı ve cinsel sağlık-üreme sağlığı hizmetleri sunmak için birinci basamak sağlık ekibini etkin bir şekilde yönetmek
3. Toplum içinde etkin şekilde çalışarak kapsamlı ve entegre cinsel sağlık-üreme sağlığı hizmeti sunmak
4. Cinsel sağlık-üreme sağlığıyla ilgili yüksek kaliteli sağlık eğitimi hizmeti sunmak
5. Cinsel sağlık-üreme sağlığı için yüksek kaliteli danışmanlık hizmeti vermek
6. Birinci basamağa başvuran bireyin cinsel sağlık-üreme sağlığıyla ilgili ihtiyacını değerlendirmek, tedavi etmek ve gerektiği takdirde sevk etmek
7. Yüksek kalitede aile planlaması hizmeti vermek
8. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon ve genital sistem enfeksiyonu için yüksek kalitede bakım sağlamak
9. Üreme sistemi kanserleri için tarama ve tedavi/ sevk etme hizmeti sunmak
10. Gerçekleşen düşük için yüksek kalitede ve kapsamlı bakım sağlamak
11. Yüksek kaliteli antenatal bakım sağlamak
12. Doğum ve postpartum için yüksek kalitede bakım sağlamak
13. Anne ve yenidoğan için kapsamlı ve yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunmak.

Milenyum kalkınma hedeflerini gerçekleştirmek ve birinci basamakta entegre cinsel sağlık-üreme sağlığı sonuçlarını iyileştirmek için, şimdiye dek etkin şekilde kullanılamamış olan sağlıkta insan kaynaklarının etkin kullanımının sağlanması önerilmektedir. Böylelikle, maddi olanakları kısıtlı olan ülkelerin de cinsel sağlık-üreme sağlığı alanında ilerlemesi sağlanabilir[33].

Aile hekimliği ilkeleri ve çekirdek yeterliliklere dayanarak aile hekimleri tarafından üreme sağlığı hizmeti verilmektedir. Ülkemizde, Kadın ve Üreme Sağlığı ile Çocuk ve Ergen Sağlığı Hizmetleri kapsamında verilen sağlık hizmetleri yukarıda 2.1.4. numaralı "Üreme Sağlığı Alanında Dünyada ve Türkiye'de Yapılan Çalışmalar" bölümünde bahsedilmiştir.

Bebek ve çocuk izlem programı, neonatal tarama programı, emzirmenin korunması, özendirilmesi, desteklenmesi ile demir yetersizliği anemisinin önlenmesi ve kontrolü programı gibi izlem programları öncülüğünde aile hekimliği uygulamasında koruyucu hekimlik bağlamında çalışmalar gerçekleştirmektedir. Evlilik ve gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi ve doğum sonu bakımı, emzirmenin teşvik edilmesi, aile planlaması hizmetleri aracılığıyla hastalara kişi merkezli bakım uygulanmaktadır ve hastaların ilgili sağlık ihtiyaçlarının giderilmesiyle aile hekiminin birinci basamaktaki hasta savunuculuğu rolü öne çıkmaktadır. Aile hekimliğindeki kapsamlı yaklaşım, sağlığın iyileştirilmesinde ve hastalıkların önlenmesinde etkin görev üstlenmektedir. Böylelikle sağlık kaynaklarının etkin bir biçimde kullanıldığından bahsedilebilir. Üreme sağlığı alanında aile hekimliğinde verilen hizmet, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ihtiyaçlarının giderilmesinde çok büyük paya sahiptir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM:

3.1.Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı:

Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde (EASM) 5 Eylül 2016 - 5 Aralık 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini Marmara Üniversitesi Tuzla EASM'deki üç Aile Hekimliği biriminden birisine yeni kayıt yaptıran ve 5 Eylül-5 Aralık 2016 arasında EASM'ye herhangi bir nedenle başvuran 18-49 yaş kadınlar oluşturmaktadır. Tuzla EASM, 1 Temmuz 2016 tarihinde kayıtlı nüfusu olmadan hizmete başlamıştır. EASM'ye kayıt yaptıran hasta sayısı haftada yaklaşık 50 kişi olduğu ve 15 kişinin de 18-49 yaş kadın olduğu gözlenmiştir. Buna göre Aralık 2016 başında toplam nüfusun yaklaşık 4000, 18-49 yaş kadın nüfusunun ise 1200 kişi olacağı öngörülmüştür. Buna göre %5 hata payı ve %95 güven düzeyi ile ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü 291 olarak belirlenmiştir. Çalışmanın sonlandığı tarihte olan toplam nüfus 4372 ve 18-49 yaş kadın nüfusu ise 1312'dir.

Dahil etme kriterlerine uygun olan 18-49 yaş arası kadınlar çalışmaya katılmayı kabul etmeleri halinde, EASM'ye başvurma sırasına göre olasılıksız gelişigüzel yöntem ile çalışmaya alınmıştır.

3.3.Katılımcıların Seçimi

3.3.1. Çalışmaya dahil olma kriterleri

- 18-49 yaş kadın olması
- Tuzla EASM'ye kayıt yaptırmış olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- Okur yazar olması
- Anlama ve ifade probleminin olmaması

3.3.2. Çalışmadan Hariç Tutulma ve Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Katılımcılar tarafından doldurulması beklenen anket formunun yarısından fazlasını tamamlamamış olanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket araştırıcılar tarafından oluşturulmuştur ve iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm araştırıcılar tarafından yüz yüze uygulanmış, ikinci bölümü ise araştırıcı gözetiminde katılımcılar tarafından kendi kendilerine doldurulmuştur.

1-Araştırıcı Tarafından Yüz Yüze Uygulanan Anket Formu (Ek-1)

Araştırıcı tarafından uygulanan anket formunda katılımcıların yaş, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişiler, aylık gelir, sosyal güvence gibi sosyodemografik bilgilerini ve ilk gebelik yaşı, gebe takiplerinin yapıldığı yer, aile planlaması yöntemi kullanımı, üreme sağlığı danışmanlığı alıp almadığı gibi cinsel sağlık-üreme sağlığı ile ilgili bilgilerini içeren açık uçlu ve çoktan seçmeli sorular bulunmaktadır. Ayrıca iki soruluk kısa depresyon tarama ve kişinin genel sağlık algısını sorgulayan iki soru olmak üzere anket toplam 47 sorudan oluşmaktadır. Depresyon taraması için Whooley soruları olarak da bilinen iki soruluk kısa depresyon tarama testi kullanılmıştır[34]. Kişinin genel sağlık algısı ise "çok kötü" den "çok iyi" ye doğru yanıtlanan 5'li likert skala ile değerlendirilmiştir.

2- Araştırıcı Gözetiminde Uygulanan Anket Formu (Ek-2)

Çalışmaya katılan kişilerin araştırıcı gözetiminde doldurmuş oldukları anket formunun 1. sayfası, kişinin son 1 yıl içindeki cinsel sağlık-üreme sağlığı ile ilgili tutum ve davranışlarını sorgulayan evet-hayır seçeneklerini barındıran bir formdur. Toplamda 16 ifade bulunmaktadır. Doğum ve gebelik öyküsü gibi durumların yanı sıra vajinismus, vajinal akıntı, cinsel şiddet, cinsel istek arttırıcı ürün kullanımı gibi cinsel sağlıkla ilgili bazı durumlar sorgulanmıştır. Katılımcıların doldurduğu anket formunun ikinci sayfasında ise kişilerin CS/ÜS ile ilgili yasal durumlar ve Cinsel

Haklar Bildirgesi'nde geçen üreme hakları konusundaki bilgi düzeyini öğrenmeyi amaçlayan doğru/yanlış/bilmiyorum seçenekleri olan ifadeler mevcuttur. Bu formun hazırlanmasında Rahim tahliyesi ve sterilizasyon hizmetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesine ilişkin tüzük (RTSHYT), Türk Ceza Kanunu (TCK), Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (NPK), 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve IPPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi'nden faydalanılmıştır. Toplamda 20 ifade vardır. Bu amaçla yasal şekilde gebeliği sonlandırma süresi, sağlık verilerinin gizliliği, aile planlaması yöntemlerine herkesin erişimi hakkı gibi konularda ifadeler verilerek kişinin bu ifadelerin doğru olup olmadığını bilme durumunu öğrenmek hedeflenmiştir. Verilen her bir doğru cevap 1 puan olarak değerlendirilmiş ve toplam 20 puan üzerinden üreme hakları konusunda "bilgi puanı" hesaplanmıştır.

Anketlerin doldurulması her bir katılımcı için yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.5.Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS.16 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. Analizde tanımlayıcı istatistikler için frekans analizleri yapılmış, karşılaştırmalı veriler için Ki-Kare testi uygulanmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığının saptanması için Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmış ve normal dağılmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sebeple parametrik olmayan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sürekli veriler arasında ilişkiyi göstermek adına korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık açısından $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

3.6.Etik

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (09.2016.475 Protokol numaralı Etik Kurul Onay Formu) (Ek-3 Etik Kurul Onam Formu).

Ayrıca İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi'nden izin alınmıştır (Ek-4 64222187-030.03 sayılı izin formu).

Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülerin sözlü onayı alındıktan sonra bilgilendirme formunu (Ek-5) okumaları sağlanmış ve kişiler gönüllü onam formunu (Ek-6) imzalamışlardır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri:

Çalışma 292 kadın ile sonlandırılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 33,19±5,37 (min:21- max:49), ortalama eğitim süresi 9,96±3,8 yıldır ve %77,4'ü ev hanımıdır. Katılımcıların %97,3'ü evli, %96,2'sinin herhangi bir sosyal güvencesi var ve %80,2'sinin hane aylık geliri 1370-4462 TL arasıdır. Tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özelllikleri

	n	%
Eğitim Durumu (n=292)		
Okur-yazar	2	0,7
İlkokul	75	25,7
Ortaokul	54	18,5
Lise	88	30,1
Ön lisans	19	6,5
Lisans	52	17,8
Lisans Üstü	2	0,7
Meslek (n=292)		
Ev hanımı	226	77,4
Memur	28	9,6
İşçi	10	3,4
Muhasebeci	5	1,7
Temizlik görevlisi	5	1,7
Diğer*	18	6,2
Sosyal Güvence (n=291)**		
SGK	278	95,5
Özel Sigorta	2	0,7
Güvence yok	11	3,8
Medeni Durum (n=292)		
Evli	284	97,3
Bekar	3	1,0
Eşinden ayrı-eşi vefat etmiş	5	1,7
Hane Aylık Geliri* (n=252)****		
1370 TL ve altı	20	7,9
1371-4462 TL arası	202	80,2
4463 TL ve üzeri	30	11,9

*Diğer: öğrenci, mühendis, hemşire, bankacı gibi meslek gruplarıdır

**Cevap verenlerin sayısıdır.

***Temmuz 2016'da dört kişilik bir ailenin açlık sınırı 1370 TL ve yoksulluk sınırı 4462 TL'dir (Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu'nun Temmuz 2016 araştırması sonucu)

4.2.Katılımcıların Genel Sağlık Durumu ile İlgili Bilgileri

Çalışmada "'Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna katılımcıların %61,6'sı (n=180) "iyi" ve %11,6'sı "çok iyi" yanıtını vermiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Genel Sağlık Algısı

	N	%
Çok kötü	3	1
Kötü	12	4,1
Orta	63	21,6
İyi	180	61,6
Çok iyi	34	11,6

İki soruluk kısa depresyon tarama testi sorularından bir tanesine "evet" yanıtı veren yani depresyon tarama testi pozitif olan kadınların sıklığı %43,6 (n=127) olarak bulunmuştur.

4.3.Katılımcıların Üreme Sağlığı ile İlgili Bilgileri

4.3.1. Gebelikle ilgili veriler

Katılımcıların gebelik ile ilgili verileri Tablo 3'te gösterilmiştir. Hayatının bir döneminde en az bir gebelik geçirenlerin sayısı 278 (%95,2), kişi başı gebelik sayısı ortancası 2 (iqr 2-3) ve ilk gebelik yaşı ortalaması 23±1,25 (min=15-max=41)'dir. Katılımcıların %4,4'ü (n=12) ilk gebeliğini 18 yaş altında yaşamıştır ve ortalama 2±0,87 çocukları vardır.

Son gebeliklerinin takibi değerlendirildiğinde kadınların %97,4'ünün takipli olduğu, %64,2'sinin (n=176) gebelik takiplerini daha önce kayıtlı oldukları ASM veya sağlık ocaklarında yaptırdıkları bildirilmiştir. Yedi kadın (%2,6) son gebeliğinde herhangi bir takip yaptırmamıştır. Katılımcıların %3,5'i (n=10) infertilite tedavisi gördüğünü, %24,3'ü (n=69) en az bir kez isteği dışında gebelik yaşadığını, %2,9'u (n= 8) istemli olarak gebeliğini sonlandırdığını ifade etmiş, 4 kişi (%1,4) de kendi kendine düşük yapmaya çalıştığını bildirmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Gebelikle İlgili Verileri

	n	%
Doğum yapma (n=289)*		
Evet	54	18,7
Hayır	235	81,3
Son gebeliğin takip yeri (n=274)**		
Hastane	194	70,8
ASM-sağlık ocağı	176	64,2
Tıp merk- özel muayeneh.	29	10,5
Takipsiz	7	2,6
Gebe kalmak isteme (n=287)		
Evet	30	10,5
Hayır	257	89,5
Gebelik Öncesi Danışmanlık Alma (n=278)		
Evet	27	9,7
Hayır	251	90,3
Plansız Gebelik Yaşama (n=284)		
Evet	69	24,3
Hayır	215	75,7
Gebeliği İstemli Sonlandırma (n=283)		
Evet	8	2,9
Hayır	275	97,1
Kendi kendine düşük yapmaya çalışma(n=283)		
Evet	4	1,4
Hayır	279	98,6
İnfertilite tedavisi görme (n=282)		
Evet	10	3,5
Hayır	272	96,5
Gebe kalmak için bitkisel ürün kullanma (n=283)		
Evet	4	1,4
Hayır	279	98,6

*Son 1 yılda
**Birden fazla kurumdan hizmet almış katılımcılar mevcuttur.

Plansız gebelikle ilgili veriler Tablo 4 ve Tablo 5'te gösterilmiştir. Yaşı yüksek olan grupta plansız gebelik yaşama durumu fazladır (p=0,03). Erken yaşta evlenenler ve çocuk sayısı fazla olanların plansız gebelik yaşama durumu yüksektir. Plansız gebelik yaşama durumu ile eğitim düzeyi, gelir, meslek, genel sağlık algısı ve depresyon tarama testi sonucu açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4: Plansız gebelikle ilişkili olabilecek faktörlerin karşılaştırılması

		Plansız gebelik				
		Var		Yok		p
		n	%	N	%	
Gelir	1370 TL ve altı	8	0,42	11	0,58	0,06
	1370-4462 TL	48	0,24	150	0,76	
	4462 TL ve üstü	5	0,17	24	0,83	
Eğitim	Ortaokul ve altı	57	0,26	157	0,74	0,14
	Lise ve üzeri	12	0,17	58	0,83	
Yaş	35'in altı	34	0,20	138	0,80	**0,03**
	35 ve üzeri	35	0,31	77	0,69	
Kısa depresyon tarama testi	Pozitif	31	0,25	89	0,75	0,67
	Negatif	38	0,23	125	0,77	
Genel sağlık algısı	Çok kötü	2	0,67	1	0,33	0,13
	Kötü	4	0,36	7	0,64	
	Orta	18	0,31	41	0,69	
	İyi	40	0,23	137	0,77	
	Çok iyi	5	0,16	29	0,84	

Satır yüzdesi alınmıştır.
Ki-kare testi uygulanmıştır.

Evlenme yaşı arttıkça plansız gebelik yaşama durumu azalmakta, gebelik sayısı ve çocuk sayısı arttıkça ise plansız gebelik yaşama durumu artmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5: Plansız gebeliği olanların yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı

	Plansız gebeliği olanlar	**Plansız gebeliği olmayanlar**	**P**
Yaş	34±4,70	32±5,44	0,008
Eğitim süresi (yıl)	9±3,94	10±3,73	0,06
Evlilik yaşı	21±3,56	23±4,13	**0,001**
Gebelik sayısı	3±1,30	2±1,08	**<0,001**
Çocuk sayısı	3±0,86	2±0,77	**<0,001**

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır

Plansız gebelik ile aile planlaması kullanma ve aile planlaması danışmanlığı alma arasında ilişki bulunmamıştır.

4.3.2. Aile planlaması kullanımı ile ilgili veriler:

Katılımcıların %69,5'i (n=203) modern veya geleneksel bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır ve %30,9'u (n=38)'i bunu ASM'den temin etmektedir. En sık kullanılan yöntem %41,3 (n=81) ile kondom iken bunu geleneksel yöntem olan geri çekme %26,5 (n=52) izlemektedir. Aile planlaması yöntemi kullanmayanların %39,3'ü (n=33) gebe oldukları için, %25'i (n=21) de çocuk sahibi olmak istedikleri için doğum kontrol yöntemi kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların yalnızca %17,8 (n=51)'i aile planlaması ile ilgili danışmanlık aldığını ifade etmiştir. Katılımcıların aile planlaması ile ilgili verileri Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6: Aile planlaması ile ilgili veriler

	N	**%**
Aile planlaması yöntem kullanıyor mu (n=292)		
Evet	203	69,5
Hayır	89	30,5
Kullandığı aile planlaması (AP) yöntemi (n=196)		
Kondom	81	41,3
Geri çekme	52	26,5
Hormonal yöntem	43	21,9
Rahim içi araç	9	4,6
Tüp ligasyonu	8	4,1
Doğal yöntem	3	1,5
AP Yöntem temin yeri (n=123)		
ASM	38	30,9
Eczane	37	30,1
Hastane	22	17,9
Market	21	17,1
AÇSAP	5	4,1
AP Yöntem kullanmama nedeni (n=84)		
Gebelik	33	39,3
Çocuk istemi	21	25,0
Lohusalık	9	10,7
Cinsel aktif olmama	8	9,5
İnfertilite	4	4,8
Yan etki korkusu	1	1,2
Son 1 yılda yeni AP yöntem uygulama (n=270)		
Evet	41	15,2
Hayır	229	84,8
AP danışmanlık alma (n=286)		
Evet	51	17,8
Hayır	235	82,2

4.3.3. Cinsel sağlık-üreme sağlığıyla ilgili diğer veriler

Cinsel sağlık-üreme sağlığıyla ilgili son bir yıl içindeki Tablo 7'de gösterilmiştir. Son bir yıl içinde katılımcıların %47,1'i (n=137) jinekolojik muayene olmuş ve %20,3'ü (n=58) Pap-smear yaptırmıştır. Daha önce hiç Pap-smear yaptırmamış katılımcı sayısı 115 (%39,7)'dir. Katılımcıların %66,7'sinin (n=188) vajinal akıntısı olmuş, %31,9'u (n=90) vajinal akıntı tedavi almış, %36,5'i de (n=103) idrar yolu enfeksiyonu geçirdiğini beyan etmiştir. İki katılımcı (%0,7) hayatının bir döneminde sifiliz, gonore gibi cinsel yolla bulaşan hastalık nedeni ile tedavi gördüğünü belirtmiştir.

Katılımcıların 18'i (%6,5) son 1 yıl içerisinde istemediği halde cinsel ilişki yaşadığını, %3,6'sı (n=10) vajinismus yaşadığını, %1,8'i (n=5) ise bu nedenle tedavi gördüğünü, 4 katılımcı (%1,4) cinsel yaşamdan zevk almadığı için bir profesyonele başvurduğunu, 3 katılımcı (%1,1) ise cinsel istek arttıran bitkisel ürün kullandığını ifade etmişlerdir. İki katılımcı (%0,7) cinsel şiddet gördüğünü, bir katılımcı (%0,4) ise zorla cinsel ilişki yaşadığını belirtmiştir. "Cinsel sağlığımla ilgili olarak sağlık çalışanları ile rahat bir şekilde görüştüm" ifadesine katılımcıların %58,4'ü (n=163) olumlu yanıt vermişlerdir.

Tablo 7: Katılımcıların Son 1 Yıl İçindeki Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı ile İlgili Verileri

	Evet (n,%)
Jinekolojik muayene olma (n=286)	137 (47,1)
Pap-smear yaptırma (n=285)	58 (20,3)
Vajinal akıntısı olma (n=282)	188 (66,7)
Vajinal akıntı tedavisi alma (n=282)	90 (31,9)
İdrar yolu enfeksiyonu yaşama (n=282)	103 (36,5)
İstemsiz cinsel ilişki yaşama (n=275)	18 (6,5)
Vajinismus yaşama (n=277)	10 (3,6)
Vajinismus tedavisi görme (n=279)	5 (1,8)
Cinsel yaşamdan zevk alamadığı için profesyonele başvurma (n=283)	4 (1,4)
Cinsel istek artıran bitkisel ürün kullanma (n=284)	3 (1,1)
Cinsel şiddet görme (n=284)	2 (0,7)
Zorla cinsel ilişki yaşama(n=283)	1 (0,4)

Çalışmaya katılan kadınların %60,3'ü (n=175) en az bir kez Pap-smear yaptırmıştır. Pap smear yaptırma ile ilişkili durumlar Tablo-8 ve Tablo-9'da gösterilmiştir. Buna göre yaş, gebelik ve çocuk sayısı arttıkça Pap-smear yaptırma davranışı artmaktadır. Çalışmayan kadınlarda Pap-smear yaptırma davranışı çalışan kadınlara göre yüksektir.

Tablo 8: Pap-smear yaptıran kadınların sosyodemografik özellikleri

		Pap-smear yaptıran n (%)	Pap-smear yaptırmayan n (%)	p
Yaş	35 yaş altı	98 (56)	79 (68)	**0,03**
	35 yaş ve üstü	77 (44)	36 (32)	
		n=175	n=115	
Eğitim	Ortaokul ve altı	137 (78)	81 (70)	0,13
	Lise ve üzeri	38 (22)	34 (30)	
		n=175	n=115	
Gelir düzeyi	1370 TL ve altı	9 (5)	11 (11)	0,20
	1370-4462 TL arası	122 (80)	80 (80)	
	4462 TL ve üstü	21 (15)	9 (9)	
		n=152	n=100	
İş	Çalışıyor	32 (18)	33 (28)	**0,04**
	Çalışmıyor	143 (82)	82 (72)	
		n=175	n=115	

Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 9: Pap-smear Yaptırma ile Yaş, Eğitim Süresi, Gebelik ve Çocuk Sayısının Karşılaştırılması

	Pap-smear yaptıran	Pap-smear yaptırmayan	p
Yaş	34±4,98	32±5,82	**0,008**
Eğitim süresi (yıl)	10±3,66	10±4,00	0,43
Gebelik sayısı	3±1,25	2±1,22	**0,01**
Çocuk sayısı	2±0,82	2±0,93	**0,01**

Mann Whitney-U testi kullanılmıştır.

Pap-smear yaptırma davranışının depresyon taraması testi sonucu ve genel sağlık algısı açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Kişilerin yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, kısa depresyon tarama testi sonucu ve genel sağlık algısı ile jinekolojik muayene yaptırma davranışı arasında ilişki saptanmamıştır. Çocuk sayısı arttıkça jinekolojik muayene olma davranışı artmaktadır (p=0,002). Yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, kısa depresyon tarama testi sonucu ve genel sağlık algısı ile vajinal akıntısı olma durumu arasında ilişki saptanmamıştır. Ancak vajinal akıntısı olan kişilerde idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu yüksektir (p=0,002).

Çalışmada gebelik-çocuk ve evlenme nedeniyle iş yaşamı veya sosyal yaşamdan geri kaldığını düşünen kadın oranı %34,3'tür (n=97). Bunların %51,4'ü gebelik-çocuk nedeni ile işten ayrıldıklarını/işe devam edemediklerini, %16,7'si evlendikten sonra işten ayrıldıklarını, %27'si evlenme/çocuk sahibi olma nedeniyle sosyal yaşamlarının aksadığını, %4,2'si de evlenme nedeniyle eğitimlerini yarıda bıraktıklarını ifade etmişlerdir.

4.3.4. Üreme sağlığıyla ilgili yasalar ve üreme hakları ile ilgili bilgi durumu

Katılımcıların üreme sağlığıyla ilgili yasalar ve üreme hakları ile ilgili ifadelere doğru yanıt verme yüzdeleri sırasıyla Tablo 10'da gösterilmiştir. Buna göre en az bilinen ifadeler; aile planlaması yöntem kullanımı için eş onayının gerekli olduğu,

gebeliğin 10. Haftasına kadar isteğe bağlı olarak sonlandırılabileceği ve hekimin aile planlaması ve gebeliği sonlandırma hizmeti vermeyi reddedebileceğidir.

Tablo 10: Kadınların Üreme Sağlığıyla İlgili Yasalar ve Üreme Hakları ile İlgili Bilgi Durumu	Doğru bilenler n (%)	İfadenin Doğru Yanıtı*
Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizli kalması sağlanmalıdır. (n=277)	275 (99,3)	*D*
Her türlü cinsel şiddetten korunmaya hakkım vardır. (n=269)	267 (99,3)	*D*
İstenmeyen gebelikten korunma hakkına sahibim. (n=261)	256 (98,1)	*D*
Doktorum bana doğum kontrol yöntemi uygularken yan etkileri konusunda beni bilgilendirmekle yükümlüdür. (n=269)	263 (97,8)	*D*
Kadınlar yaşamlarını tehlikeye atan gebeliklerden korunma hakkına sahiptir. (n=264)	258 (97,7)	*D*
Kadınlar sigortasız olsa da gebe oldukları takdirde ücretsiz şekilde muayene olma ve ücretsiz şekilde tahlil yaptırma hakkına sahiptir. (n=224)	217 (96,9)	*D*
Kadınlar istemedikleri takdirde cinsel ilişkiye zorlanamaz. (n=279)	268 (96,1)	*D*
Hiç kimse inancı ve siyasi görüşü nedeniyle üreme sağlığı hizmeti alırken ayrımcılığa tabi tutulamaz. (n=255)	243 (95,3)	*D*
Kısır olanlar ya da cinsel yolla bulaşan hastalık nedeniyle doğurganlığı aksamış olanlar üreme sağlığı hizmetinden yararlanamaz. (n=197)	180 (91,4)	*Y*
Doktorum ben istemesem de bana herhangi bir doğum kontrol yöntemi uygulayabilir. (n=262)	238 (90,8)	*Y*
İnsanlar başkalarının haklarına saygı göstererek, cinsel yaşamlarından hoşlanma hakkına sahiptir. (n=199)	165 (82,9)	*D*
Kadınlar 10 haftaya kadar isteğe bağlı olarak gebeliklerini sonlandıracaksa eş onayı gerekir. (n=225)	183 (81,3)	*D*
Aile üyelerimin isteği halinde, doktorum bana bekaret (kızlık zarı) muayenesi yapabilir. (n=223)	174 (78)	*Y*
Kadınlar kaç tane çocuk sahibi olacağına kendileri karar verebilirler. (n=268)	207 (77,2)	*D*
Doktorum benimle ilgili sağlık bilgilerini eşi veya yakın akrabalarımla paylaşma hakkına sahiptir. (n=265)	192 (72,5)	*Y*
Üreme sağlığıyla ilgili eğitim alabilmem için eşimin onay vermesi gereklidir. (n=253)	138 (54,5)	*Y*
Evli olmayan kadınlara doğum kontrol yöntemi hizmeti verilmez. (n=217)	107 (49,3)	*Y*
Doktorum bana doğum kontrolü ve gebeliği sonlandırma hizmeti sunmayı reddedebilir. (n=209)	83 (39,7)	*D*
Gebeliğin ilk 10 haftasına kadar yasal olarak kadınlar kendi kararlarıyla isteğe bağlı olarak gebeliklerine son verebilirler. (n=222)	70 (31,5)	*D*
Herhangi bir doğum kontrol yöntemini kullanmam konusunda eşimin onayı gerekir. (n=258)	70 (27,1)	*Y*

* Rahim tahliyesi ve sterilizasyon hizmetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesine ilişkin tüzük (RTSHYT), Türk Ceza Kanunu(TCK), Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (NPK), 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve IPPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi'nden faydalanılmıştır.

Üreme hakları ile ilgili olarak 10. gebelik haftasına kadar rahim tahliyesinin yasal olduğunu bilenlerin oranı lise ve üzeri eğitimli olanlar arasında daha düşük eğitimlilere oranla daha yüksektir (%48,3, %25,6; p=0,001). Tüm bireylerin istenmeyen gebeliklerden korunma ve üreme sağlığı hakkında bilgi edinme hakkı mevcutken, düşük eğitim grubunda olanlar yüksek eğitimli gruba göre daha fazla "evli olmayan kadınlara aile planlaması hizmeti verilemeyeceğini" (ki-kare: %55,8, %35,2; p=0,009); "üreme sağlığı eğitimleri için eş onayı gerektiğini" (ki-kare: %50,8, %30,3; p=0,004) düşünmektedir.

Uygulanan cinsel sağlık-üreme sağlığı ile ilgili yasal durumlar ve üreme hakları konusundaki 20 ifade içeren anketi 20 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özelliklere, genel sağlık algısı ve depresyon taramasına göre yapılan karşılaştırılması Tablo 11'de gösterilmiştir. Buna göre ilişkili çıkan durumlar aşağıda listelenmiştir:

- Eğitim durumu ortaokul ve altı olanlarda ortalama puan 13 iken, lise ve üzeri olanlarda 15'tir (p<0,001).
- Yüksek gelir düzeyine sahip olanlar düşük gelir düzeyindekilere göre daha yüksek puan almışlardır (p=0,001).
- Kısa depresyon tarama testi pozitif olanların testten aldıkları puan daha düşüktür (p=0,033).

Tablo 11: Üreme Hakları bilgi puanı ile sosyodemografik özellikler, GSA ve depresyon taraması arasındaki karşılaştırma

		Bilgi Puanı Ortalaması	S.S.	p
Eğitim düzeyi	Ortaokul ve altı	12,68	3,82	<0,001
	Lise ve üzeri	14,75	2,74	
Yaş	35 yaş altı	13,35	3,44	0,69
	35 yaş ve üstü	12,97	4,04	
Gelir düzeyi	1370 TL ve altı	11,65	4,23	0,001
	1370-4462 TL arası	13,20	3,53	
	4462 TL ve üzeri	14,97	3,44	
Genel sağlık algısı (GSA)	Çok kötü	12,33	2,52	0,25
	Kötü	13,75	2,30	
	Orta	12,44	4,11	
	İyi	13,25	3,82	
	Çok iyi	14,21	2,13	
Kısa depresyon tarama testi	Pozitif	12,75	3,91	0,033
	Negatif	13,54	3,45	

Eğitim süresi, evlenme yaşı, gebelik ve çocuk sayısı ile bilgi puanı arasındaki korelasyon Tablo 12'de gösterilmiştir. Buna göre;

- Eğitim süresi ve evlenme yaşı arttıkça testten alınan puan artmaktadır (p<0,001, rho:0,330; p=0,005, rho:0,164).
- Gebelik ve çocuk sayısı ile bilgi puanı arasında negatif korelasyon vardır (p=0,17 rho:-0,143; p=0,035, rho:-0,127).

Tablo 12: Üreme Hakları Bilgi Puanı ile İlişkili Olabilecek Durumlar

	Rho*	p
Yaş	-,055	,349
Eğitim süresi	,330	*,000*
Evlenme yaşı	,164	*,005*
Gebelik sayısı	-,143	,017
Çocuk sayısı	-,127	*,035*

* Spearman korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA

" Birinci Basamağa Başvuran 18-49 Yaş Arasındaki Kadınları Üreme Sağlığı İhtiyaçlarının Tespiti " isimli tıpta uzmanlık tezi Marmara Üniversitesi Tuzla EASM'ye kayıtlı üreme çağındaki yetişkin kadınların üreme sağlığı ihtiyaçlarını belirlemeyi hedefleyen, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın bulgularına göre EASM'de üreme sağlığı alanındaki öncelikli ihtiyaçların yıllık jinekolojik kontroller, aile planlaması hizmeti ve danışmanlık, gebelik öncesi danışmanlık, servikal kanser taraması ve üreme hakları alanlarında olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğu evli (%97,3), en az ortaokul düzeyinde öğrenim görmüş (%72,6), orta gelir grubunda (%80,2), sosyal güvenceye sahip (%96,2) ve ev hanımıdır (%77,4), ilk evlenme yaş ortancası 22'dir. Bu bulgulara göre araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeyi Türkiye ortalamasının üzerindedir. İnsani Gelişim Raporu- 2016'ya göre Türkiye'de yetişkin kadınların %43,5'i en az orta öğrenim görmüştür[35]. Araştırmada evli ve sosyal güvencesi olan kadın oranı ve kadınların ilk evlenme yaş ortancası, TNSA-2013 verilerinin üzerindedir. Türkiye'yi temsil eden TNSA verilerinden farklı olmasının nedeni bu araştırmanın sahada değil de ASM'ye başvuran kadınlar üzerinde yapılmış olması olabilir. Evli kadın sayısının fazla olmasının nedeni ASM'de özellikle çocuk sağlığı ile ilgili verilen hizmetlerden yararlanmak üzere başvuran evli kadınların sayısının yüksek olması ile ilişkili olabilir. Çalışan kadın oranı, %31 olan TNSA-2013 verisinin altındadır. Çalışmamızda çalışan kadın yüzdesinin düşük olmasına, çalışmayan kadınların ASM'ye gelmek için daha çok uygun vaktinin olması sebep olmuş olabilir. Çalışmamızda ortalama doğum sayısı 2,08'dir ve bu rakam 2,10 olan Türkiye 2016 yılı toplam doğurganlık hızına benzerdir[36].

Çalışmamızda katılımcıların %73,2'si genel sağlık durumunu "iyi" veya "çok iyi" olarak ifade etmiştir. Benzeri şekilde birinci basamakta Kaya ve arkadaşları tarafından Bingöl'de üreme çağındaki kadınlar üzerinde aile planlaması konusunda yapılan araştırmada (2008) "sağlık açısından kendilerini nasıl

hissettikleri" sorusuna katılımcıların %77,6'sının "iyi" veya "çok iyi" yanıtı verdiği bildirilmiştir[37].

Çalışmamızda kadınların %43,6'sının 2 soruluk depresyon tarama testinin pozitif olduğu bulunmuştur. Kayahan ve arkadaşlarının İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş kadınlarda üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada (2003) gözlenen depresyon taramasının pozitif olma durumu %25,8'dir[38]. Ergöl ve arkadaşının Zonguldak'ta bir sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş evli kadınlarda gerçekleştirdiği çalışmada (2010) ise depresyon sıklığı %29,1 olarak bulunmuştur[39]. Bu araştırmalardan ilkinde depresyonun araştırılması için Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), ikincisinde BDE kullanılmıştır. Çalışmamızda ise Whooley soruları olarak da bilinen iki soruluk kısa depresyon taraması kullanılmıştır ve bu tarama testinin sensitivitesi 0,95 (0,89-0,98) ve spesivitesi 56 (0,52-0,61)'dır[34]. Bu farktan ötürü çalışmamızda depresyon yüzdesi daha yüksek çıkmış olabilir. Bu bulgu araştırma bölgesinde kadınların depresyon açısından değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Gebelikle ilgili veriler TNSA-2013 verileriyle karşılaştırıldığında; çalışmamızda gebeliği istemli sonlandırma oranı düşük, son gebeliklerinde gebelik takibi yaptırma oranı ve ilk gebeliğini 18 yaş altında yaşama oranı benzer olarak tespit edilmiştir (sırasıyla: %2,9, %97,4, %4,4 / %5, %97, %5).

Çalışmamızda plansız gebelik yaşama oranı %24,3'tür. Yaşı yüksek olan grupta plansız gebelik yaşama durumu fazladır (p=0,03). Erken yaşta evlenenler ve çocuk sayısı fazla olanların plansız gebelik yaşama durumu yüksektir. Tekiner ve arkadaşlarının Malatya'da üniversite hastanesinde doğum yapan kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada plansız gebelik oranı %38 olarak tespit edilmiştir[40]. Görüldüğü üzere ülkemizde plansız gebelik oranı yüksektir. Oysa Ulusal Stratejik Eylem Planı çerçevesinde istenmeyen gebeliklerin önlenmesi hedeflenmiştir. İstenmeyen gebeliklerin anne ve çocuk açısından birçok sağlık riski bulunmaktadır. İleri yaşta gerçekleşen ve sık aralıkla olan gebelikler annenin bedensel sağlığını olumsuz etkiler. Bebeklerde erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibi durumlara yol açabilir. Ayrıca planlanmayan zamanda olan gebelikler annenin beden sağlığı yanında ruh sağlığını da etkileyebilir. Bu

nedenle Ulusal Stratejik Eylem Planı hedefi de göz önünde bulundurularak gebelik öncesi danışmanlık verilmesi, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması oldukça önemlidir.

Çalışmamızda katılımcıların %69,5'u herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Katılımcıların %97,3'ünün evli olması nedeni ile evli kadınlar için ayrıca bir hesaplama yapılmamıştır ve aile planlaması yöntem kullanımı (evli kadınlarda) %73,5 olarak tespit edilen TNSA-2013 verisindeki oranın altındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Ekim 2016 verilerine göre[41] üreme çağındaki kadınların %62'si herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır.

TNSA-2013 ile karşılaştırıldığında çalışmamızda kondom kullanım oranı (%41,3) yüksek, RİA kullanımı (%4,6) düşük ve geri çekme oranı (%26,5) benzer bulunmuştur (TNSA-2013'e göre sırasıyla %16, %17, %26). Çalışmamızda geri çekme kullanım oranının TNSA-2013 verisine benzer bulunması dikkat çekicidir. Ertop ve arkadaşının Samsun'da il merkezinde bir ASM'de üreme çağındaki kadınlarla gerçekleştirdiği araştırmada (2012) en sık kullanılan yöntem %33,3 ile kondom iken bunu %25,8 ile RİA izlemektedir ve geri çekme oranı %19,9'dur[42]. Bahsedilen araştırmanın ASM'de yapılmış olması, çalışmamızla birtakım bulgularının benzerliğini açıklayabilir. TNSA-2013'te herhangi bir aile planlaması yöntem kullanmayan kadınların yaklaşık %76'sı menopoz/histerektomi, infertilite ve cinsel ilişkisi olmama nedenli kullanmama verisi mevcutken çalışmamızda yöntem kullanmayan kadınların %75'i gebelik/lohusalık ve çocuk sahibi olmak istemini sebep olarak göstermişlerdir.

Çalışmamızda aile planlaması yöntemi temin edilmesinde en sık hizmet alınan yer ASM (%30,9) iken bunu eczane (%30,1) ve hastane (%17,9) izlemektedir. TNSA-2013 verilerinde ise %56 ile kamu kuruluşları ön plana çıkarken kamu kuruluşları içerisinde en sık sağlık ocağı/sağlık evi, devlet hastanesi ve doğumevlerinin kullanıldığı verisi mevcuttur. Birinci basamağın aile planlaması hizmeti sunumunda ne kadar önemli olduğu tartışmasız bir gerçektir. Ancak çalışmamızdaki kadınların sadece %31'inin bu hizmeti ASM'den alması düşündürücüdür. ASM'lerin aile planlaması hizmeti alması için malzeme ve araç-gereç eksiklerinin giderilmesi, hizmet sürekliliğinin sağlanması elzemdir.

ASM'lerde aile planlaması hizmetinde aksama yaşanıp yaşanmadığına dair çalışma yapılması planlanabilir.

Serviks kanseri erken teşhis edildiği takdirde mortalitesi oldukça azalan, tarama programı olarak etkinliği kanıtlanmış bir malignitedir. Ülkemizde Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları çerçevesinde aile hekimlerine kayıtlı 30-65 yaş aralığındaki kadınlara beş yılda bir Pap-smear veya HPV testi yapılması önerilmektedir[43]. Çalışmamızda katılımcıların %20,3'ü son bir yıl içinde Pap-smear yaptırmıştır ve daha önce hiç Pap-smear yaptırmamış katılımcı oranı %39,7'dir. Malatya'da bir ilçe devlet hastanesi aile hekimliği polikliniğinde 2009 yılında yapılan çalışmaya katılan 18-49 yaş kadınların %19,4'ü Pap-smear yaptırmıştır[44]. Gücük ve arkadaşlarının Van'da Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Polikliniklerinde (AÇSAP) yaptıkları araştırmada 15-49 yaş kadınların %14,4'ü Pap-smear yaptırmıştır[45]. Çalışmamızdaki oran bu örneklerin üzerinde gibi gözükse de, servikal kanser taramasının hedef popülasyondaki tüm bireylere uygulanması son derece önemlidir. Çalışmanın dikkat çekici bulgularından birisi de ev hanımlarında Pap-smear yaptırma davranışının çalışan kadınlara göre yüksek olmasıdır. Gücük ve arkadaşlarının Van'da AÇSAP'ta gerçekleştirdiği çalışmada çalışan kadınlarda Pap-smear yaptırma davranışı anlamlı şekilde yüksektir[45]. Çalışmamızda buradan farklı bir bulgu edinilmesinin sebebi, Van'daki çalışmada eğitim düzeyinin çalışmamızdakinden düşük olması olabilir. Çalışmamıza katılanların eğitim düzeyi yüksek ancak istihdam oranı düşüktür. Pap-smear uygulama oranının arttırılması amacıyla eğitimler planlanarak kadınların bu tarama yöntemi hakkındaki bilgi düzeyi yükseltilerek servikal kanser taraması için başvurular arttırılabilir.

Hindistan'da sahada yapılan bir çalışmada evli kadınların %9'u ve evli olmayan kadınların sadece %3'ü, çocuk sayısına ve zamanına karar verme konusunda söz hakkı olduğunu belirtmiştir[46]. Çalışmamızda ise kadınların büyük çoğunluğu (%96,7) sahip oldukları çocuk sayısına müdahale eden kimsenin olmadığını ifade etmişlerdir. Çiftlerin sahip olacakları çocuk sayısına serbestçe karar vermeleri önemli bir üreme hakkıdır ve çalışmamızda bu hakka sahip olduğunu ifade eden kadın oranı yüksek çıkmıştır.

Çalışmada kadınların yaklaşık üçte biri gebelik-çocuk ve evlenme nedeniyle iş yaşamı veya sosyal yaşamdan geri kaldığını düşünmektedir ve bu kadınların yarısından çoğu gebelik-çocuk nedeni ile işten ayrıldıklarını/işe devam edemediklerini belirtmişlerdir. TNSA-2013 verilerine göre kadınların %25'i evlendikten sonra, %14'ü de gebelik veya çocuk bakımı nedeni ile işten ayrılmıştır. Çalışmamızda gebelik-çocuk nedeniyle işten ayrılan kadın oranı daha yüksek bulunmuştur. Kadınların çocuk sahibi olduktan sonra çalışma hayatına geri dönebilmelerini sağlayacak yasal düzenlemelere ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen ve birinci basamakta verilmesi gereken üreme sağlığı hizmetlerinde, sorumlu üreme davranışı için bilgilendirme ifadesi bulunmaktadır. Sorumlu üreme davranışı gerçekleşmesi için üreme haklarının bilinmesi gereklidir. Yapılan literatür taramasında Türkiye'de cinsel haklar-üreme hakları konularında sağlıkla ilgili öğrenim gören yüksekokul/üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış çalışmalara rastlanmış ancak doğurganlık çağındaki kadınlar üzerinde yapılmış, üreme haklarını sorgulayan araştırma ve ölçeğe rastlanılmamıştır. Uluslararası literatürde bulunan, Rashad ve arkadaşlarının yürüttüğü ve kadınların üreme hakları bilgi düzeyini araştırmayı amaçlayan çalışma Mısır'da Anne ve Çocuk Sağlığı Merkezleri'nde yapılmıştır. Bu araştırmada üreme hakları konusundaki bilgileri ölçmek amacıyla yapılandırılmış görüşme programı düzenlemişler ve katılımcılara sosyodemografik özellikleri yanı sıra obstetrik öyküsünü sorgulayan sorular sormuş ve sonuncu olarak da üreme hakları ile ilgili 23 soru yöneltmişlerdir[47]. Kullanılan veri toplama araçlarında ülkeler arası kültür farkından ötürü farklılıklar bulunması çok olasıdır. Tuzla EASM'de yaptığımız çalışmanın veri toplama aracı, Rashad ve arkadaşlarının[47] çalışmasına benzer bir plan dahilinde, ülkemiz mevcut yasal düzenlemeleri göz önünde bulundurularak araştırıcılar tarafından oluşturulmuştur. Bu anket formu 20 puan üzerinden değerlendirilerek bir "bilgi puanı" hesaplanmıştır. Bilgi puanı katılımcıların eğitim süresi, hane geliri, ilk evlenme yaşı arttıkça artmaktadır. Ancak çocuk sayısı arttıkça testten alınan bilgi puanı ortalaması düşmektedir. Bunun nedeni olarak, çocuk sayısı fazla olan kişilerin düşük eğitim seviyesinde olmaları gösterilebilir. Kadınların %77,2'si kaç çocuk sahibi olacaklarına kendilerinin karar verebileceklerini ifade etmekte

ve istenmeyen gebelikten korunma hakkına sahip olduklarını yüksek oranda bilmektedirler (%98,1). Buna rağmen aile planlaması yöntemi kullanma oranının düşük olduğu söylenebilir (%69,5). Çalışmamızın bulgularına göre kadınların bilgi eksiğinin olduğu dikkat çekici başlıklar; kadının isteği halinde on hafta içinde gebeliği yasal olarak sonlandırabilme hakkı, aile planlaması yöntem kullanmak için eş onayı gerekliliğinin olmayışı, evli olmayan kadınların da eşit şekilde aile planlaması hizmetlerinden yararlanabileceğidir (Tablo 10).

Ülkemizde cinsel sağlık-üreme sağlığı alanında kişilerin danışmanlık ihtiyacının yüksek olduğundan söz edilebilir. Örneğin 2006 yılında CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği) gerçekleştirdiği araştırmada katılımcıların %65'inin cinsel sağlık-üreme sağlığı alanında danışmanlık almadığı sonucuna ulaşılmıştır[48]. Çalışmamızda da benzer şekilde bir sonuç elde edilmiş, katılımcıların yalnızca %17,8'si aile planlaması danışmanlığı aldığını ifade etmiştir. Lee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada[49], birinci basamak hekimi tarafından aile planlaması danışmanlığı verilen kadınların son cinsel ilişkisinde hormonal kontraseptif metod kullandığı sonucuna ulaşılmıştır ve bu durum birinci basamakta aile planlaması danışmanlığı verilmesinin kontraseptif kullanımını arttırdığı görüşünü desteklemektedir.

5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin "aile hekimliği uygulama yeri" olan birinci basamağa "kavuşmasında" rol oynayan ve uzmanlık eğitimi standartlarını yükselten EASM kavramının ilk örneklerinden birinde gerçekleşmesi çalışmanın güçlü yanlarından birisidir. Araştırmanın bulguları üreme sağlığı açısından müdahale alanları için fikir vermektedir. Dünyada ve ülkemizde üreme sağlığı konusunda yapılmış çalışmaların sayısı oldukça fazladır. Ancak ülkemizde üreme çağındaki yetişkin kadınlarda üreme hakları konusunda bilgi düzeyini ölçen çalışma yoktur. Çalışmanın bulguları bu nedenle dikkat çekicidir.

5.2. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın kısıtlılıklarından birisi tanımlayıcı tipte olmasıdır ve araştırmanın temsiliyeti yoktur. Tanımlayıcı tipte çalışma olması sebebiyle neden sonuç ilişkisi tespit edilememiştir. Çalışmanın Tuzla EASM'nin yeni açıldığı dönemde gerçekleştirilmesi sebebiyle ulaşılan kadın sayısı azdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bulgularına göre Tuzla EASM'ye kayıtlı üreme çağındaki yetişkin kadın nüfusun üreme sağlığı ihtiyaçlarının yıllık jinekolojik kontroller, aile planlaması ve gebelik öncesi hizmeti ve danışmanlık, aile planlaması hizmet sunumu, kanser taramaları ve üreme hakları alanında bilgilendirme olduğu sonucuna varılmıştır. EASM'nin hizmet sunumunda bu başlıklara öncelik verilmesi düşünülebilir.

Çalışmaya katılan kadınlarda plansız gebelik yüzdesinin yüksek oluşu, aile planlaması hizmet sunumunun yaygınlaştırılması ve aile planlaması ile ilgili eğitim düzenlenmesi, kadınların üreme sağlığını arttırmaya katkıda bulunacaktır.

Serviks kanseri taramalarının hedef grupta uygulanmasının yaygınlaşması, sekonder korunma açısından oldukça kıymetlidir ve bununla ilgili kadınların bilgilendirilmesi ve taranması gerekmektedir.

Çalışmanın sonuçlarına kadınların göre üreme hakları ve üreme sağlığı konusunda bilgi eksiğinin olduğu görülmektedir. Bu durum kadınlar tarafından hizmet alınmasını engelleyici olabilir. Kadınların yeterli bilgiye sahip olmaması konusunda sağlık hizmet sunucularına önemli görevler düşmektedir. Bu konuda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Üreme hakları ve üreme sağlığında yasal durumlar hakkında eğitimler planlanmalı ve kadınların bilgi düzeyini yükseltecek girişimlerde bulunulması gerekmektedir.

ASM ve benzer şekilde EASM'ler bireylerin sağlık hizmeti almada ilk başvuracağı yerlerdir. ASM'de yürütülmekte olan 15-49 yaş kadın izlemleri, kadın sağlığının yükseltilmesi için büyük fırsattır ve bu fırsatların sağlık hizmet sunucuları tarafından değerlendirilmesi çok önemlidir.

EKLER

Ek-1 Araştırıcı Tarafından Uygulanan Anket Formu

Ek-2 Katılımcılar Tarafından Doldurulan Anket Formu

Ek-3 Etik Kurul Onay Formu

Ek-4 İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi İzin Formu

Ek-5 Bilgilendirme Formu

Ek-6 Gönüllü Onay Formu

EK-1 : ARAŞTIRICI TARAFINDAN UYGULANAN ANKET FORMU

Anket numarası: **Tarih:**

1. **Yaş:**
2. **Eğitim durumu:**
   Kaç yıl okula gittiniz?.....
3. **Birlikte yaşadığı kişiler:……..**
4. **Hanenizin aylık geliri:**
   □ 1370 TL ve altında □1370 ile 4462 TL arası □4462 TL üzeri
5. **Mesleğiniz:**
   □Memur □İşçi □Emekli □Serbest □Öğrenci □Ev hanımı □Diğer……
6. **Sosyal güvence durumu:**
   □SSK □Bağ-Kur □Emekli Sandığı □Özel sigorta □Güvencem yok □Diğer……..
7. **Medeni durumunuz:**
   □Evli □Bekar □Eşinden ayrılmış/eşi vefat etmiş
8. **Evli iseniz kaç yaşında evlendiniz?**
   …….
9. **Evli iseniz, eşinizle nasıl evlendiniz?**
   □kendimiz tanıştık □görücü usulü ile □diğer…….
10. **Gebelik/doğum/düşük-kürtaj/yaşayan çocuk sayınız?**……../……/……/…….
11. **Çocuklarınızın yaşı ve cinsiyeti**
    1)…….
    2)…….
    3)…….
    4)…….
12. **Daha önce gebelik geçirdiyseniz, ilk gebelik yaşınız kaçtır?**
13. **Gebe iseniz gebe takipleriniz nerede yapılıyor? Şu an gebe değilse son gebelik takibi nerede yapıldı?**
    □ ASM □ Hastane □Tıp Merkezi-Özel muayenehane □ Takipsiz
    □diğer (yazınız)……
14. **Daha önce gebelik yaşadıysanız, gebe kalmadan önce danışmanlık aldınız mı?**
    □Evet(ne zaman, nereden)…… □Hayır
15. **Çocuğunuz varsa, doğum sonrasında bebek takibi için sağlık hizmetine ulaşımda herhangi bir problem yaşadınız mı?**
    □Evet □Hayır
16. **Gebelik planlıyor musunuz?**
    □Evet □Hayır
17. **Adetleriniz düzenli mi?**
    □Adet görmüyorum(süre)…… □düzenli(26-32 günde bir)
    □düzensiz
18. **Herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?**

□Evet □Hayır

19. Hayır ise sebebi nedir?

□ Gebelik □Çocuk istemi □ Yan etki

□Diğer……..

20. Evet ise kullandığınız yöntem?

□Doğal yöntemler (takvim yöntemi, emzirme)

□Geri çekme

□Bariyer yöntemler (erkek kondomu, kadın kondomu)

□Rahim içi araç

□Hormonal yöntemler (OKS, enjektabl hormonal kontraseptif)

□Tüp ligasyonu

□Vazektomi

□Diğer……

21. Kullandığınız yöntemi nereden temin ettiniz/ediyorsunuz?

□ AÇSAP □Sağlık Ocağı-ASM □Hastane

□Diğer(yazınız)……

22. Şu anda bir yöntem kullanmıyorsanız, daha önce herhangi bir yöntem kullandınız mı?

□Kullanmadım

□Doğal yöntemler (takvim yöntemi, emzirme)

□Geri çekme

□Bariyer yöntemler (erkek kondomu, kadın kondomu)

□Rahim içi araç

□Hormonal yöntemler (OKS, enjektabl hormonal kontraseptif)

□Tüp ligasyonu

□Vazektomi

□Diğer……

23. Geçmişte kullandığınız doğum kontrol yöntemine ulaşmakta sorun yaşadınız mı?

□Evet …… □Hayır

24. Daha önce kullandığınız yöntemi artık kullanmama nedeni?

□Gebelik □Çocuk istemi □Yan etki……..

□Diğer……..

25. İlk cinsel ilişki yaşı?.....

…….. □Cinsel ilişki yok

26. Herhangi bir sağlık çalışanı tarafından aile planlaması-üreme sağlığı ile ilgili eğitim/danışmanlık aldınız mı?

□Evet □Hayır

27. Cevabınız evet ise bu eğitimi nereden aldınız?

□ AÇSAP □Sağlık Ocağı-ASM □Hastane

□Diğer(yazınız)……

28. Daha önce kısırlık yaşadınız mı? (istediği halde çocuk sahibi olamama)

□Evet □Hayır

29. Kısırlık tedavisi gördünüz mü?

□Evet …….kere □Hayır

30. Evet ise nasıl sonuçlandı?.....

31. Sahip olduğunuz çocuk sayısına veya aralarındaki yaş farkına, eşiniz ve sizin fikriniz dışında müdahale eden kimse oldu mu?

□Evet …… □Hayır

32. Geçmişte planlı olmayan gebelik geçirdiniz mi?

□Evet …… tane □Hayır

33. Geçmişte planlı olmayan gebelik nedeniyle istemli küretaj oldunuz mu?

□Evet…….. tane □Hayır

34. Evet dediyseniz hangi kurumda küretaj oldunuz?

□Sağlık Ocağı/ASM □Devlet Hast □Özel Hastane

□Üniversite Hastanesi □Özel Poliklinik/Tıp Merkezi

□Diğer…….

35. Daha önce kendi kendinizbitkbie düşük yapmaya çalıştınız mı?

□Evet …… □Hayır

36. Daha önce isteyerek düşük yapmak için hekim olmayan birisinden yardım aldınız mı?

□Evet …… □Hayır

37. Daha önce isteyerek düşük yapmak için hekim olmayan birisinden ilaç temin ettiniz mi/bitkisel ürün kullandınız mı?

□Evet …… □Hayır

38. Daha önce, gebe olduğunuz için veya evlendiğiniz için iş yaşamı veya sosyal yaşamdan geri kaldığınızı düşünüyor musunuz?

□Evet(belirtin)…….. □Hayır

39. Bilinen hastalığınız var mı? Varsa neler?

□Yok □ Diyabet □Hipertansiyon □Hipotiroidi

□Hipertiroidi □Diğer……

40. Düzenli kullandığınız ilaç var mı?

……..

…….....

41. En son ne zaman jinekolojik muayene oldunuz?

…….. □ Hiç olmadım

42. En son ne zaman Pap Smear yaptırdınız?

……ay/yıl önce □hiç yaptırmadım

…….

43. Daha önce sifiliz, bel soğukluğu gibi cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirdiniz mi?

□Evet……... □Hayır

44. Daha önce hiç üreme sağlığı/cinsel sağlık ile ilgili bir hizmet aldığınızda sağlık personeli tarafından yargılandığınızı hissettiniz mi?

□Evet ……. □Hayır

45. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

□ çok kötü □kötü □orta □iyi □çok iyi

46. Geçtiğimiz iki hafta içinde sıklıkla kendinizi düşkün, çökkün veya çaresiz hissettiniz mi?

□Evet □Hayır

47. Geçtiğimiz iki hafta içinde sıklıkla kendinizi ilgisiz veya keyifsiz hissettiniz mi?

□Evet □Hayır

EK-2: KATILIMCILAR TARAFINDAN DOLDURULAN ANKET FORMU

Aşağıdaki soruları son 1 yılı düşünerek yanıtlayınız.

	Evet	Hayır
Doğum yaptım		
Gebelik nedeniyle sağlık hizmeti aldım		
İsteğime bağlı olarak gebe kaldım		
Vajinal akıntım oldu.		
Vajinal akıntı nedeniyle tedavi oldum.		
Sistit oldum (idrar yolu enfeksiyonu)		
İstemediğim halde cinsel ilişkide bulundum		
Cinsel sağlığımla ilgili olarak sağlık çalışanları ile rahat bir şekilde görüştüm		
Yardımcı üreme tedavisi aldım/başvurdum (tüp bebek, aşılama gibi)		
Vajinismus yaşadım		
Vajinismus nedeni ile doktora başvurdum		
Cinsel yaşamdan zevk alamadığım için bir profesyonele başvurdum.		
Cinsel istek artırıcı bitkisel ürün kullandım		
Gebe kalmak için bitkisel ürün kullandım		
Cinsel şiddet gördüm		
İstemediğim halde zorla cinsel ilişki yaşadım.		

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Gebeliğin ilk 10 haftasına kadar yasal olarak kadınlar kendi kararlarıyla isteğe bağlı olarak gebeliklerine son verebilirler.			
Kadınlar 10 haftaya kadar isteğe bağlı olarak gebeliklerini sonlandıracaksa eş onayı gerekir.			
Herhangi bir doğum kontrol yöntemini kullanmam konusunda eşimin onayı gerekir			
Doktorum ben istemesem de bana herhangi bir doğum kontrol yöntemi uygulayabilir.			
Doktorum bana doğum kontrol yöntemi uygularken yan etkileri konusunda beni bilgilendirmekle yükümlüdür.			
Kadınlar kaç tane çocuk sahibi olacağına kendileri karar verebilirler.			
Kadınlar istemedikleri takdirde cinsel ilişkiye zorlanamaz.			
Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizli kalması sağlanmalıdır.			
Evli olmayan kadınlara doğum kontrol yöntemi hizmeti verilmez.			
Hiç kimse inancı ve siyasi görüşü nedeniyle üreme sağlığı hizmeti alırken ayrımcılığa tabi tutulamaz.			
Doktorum bana doğum kontrolü ve gebeliği sonlandırma hizmeti sunmayı reddedebilir.			
Kadınlar yaşamlarını tehlikeye atan gebeliklerden korunma hakkına sahiptir.			
İnsanlar başkalarının haklarına saygı göstererek, cinsel yaşamlarından hoşlanma hakkına sahiptir.			
İstenmeyen gebelikten korunma hakkına sahibim.			
Üreme sağlığıyla ilgili eğitim alabilmem için eşimin onay vermesi gereklidir.			
Doktorum benimle ilgili sağlık bilgilerini eşi veya yakın akrabalarımla paylaşma hakkına sahiptir.			
Kısır olanlar ya da cinsel yolla bulaşan hastalık nedeniyle doğurganlığı aksamış olanlar üreme sağlığı hizmetinden yararlanamaz.			
Her türlü cinsel şiddetten korunmaya hakkım vardır.			
Aile üyelerimin isteği halinde, doktorum bana bekaret (kızlık zarı) muayenesi yapabilir.			
Kadınlar sigortasız olsa da gebe oldukları takdirde ücretsiz şekilde muayene olma ve ücretsiz şekilde tahlil yaptırma hakkına sahiptir.			

EK-3: ETİK KURUL ONAY FORMU

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	**PROTOKOL KODU**	**09.2016.475**
	PROJE ADI	Birinci Basamağa Başvuran 18-49 Yaş Arasındaki Kadınların Üreme Sağlığı İhtiyaçlarının Tespiti
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Çiğdem APAYDIN KAYA

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 02.09.2016 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gönüllülerin haklarının korunması için katılımcıya onaylanmasına uygunluğu ile ilgili görüş oybirliği ile verilmiştir. Daha sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, kullanılacak ilaç vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılımı	İmza
Prof.Dr. Hüner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var / Yok	Evet / Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var / Yok	Evet / Hayır	
Prof.Dr. Hanifen KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var / Yok	Evet / Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var / Yok	Evet / Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var / Yok	Evet / Hayır	
Prof.Dr. Sevra SARDAS	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var / Yok	Evet / Hayır	
Prof.Dr. Burak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var / Yok	Evet / Hayır	
Prof. Dr. Resit Melek ATANOY	Radyasyon Onkoloğisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var / Yok	Evet / Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var / Yok	Evet / Hayır	
Doç.Dr. Mehtap KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var / Yok	Evet / Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var / Yok	Evet / Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var / Yok	Evet / Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var / Yok	Evet / Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Müge TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var / Yok	Evet / Hayır	
Gönül Aynur MİRZA	Sağlık Meslekle olmayan kişi	Serbest	Var / Yok	Evet / Hayır	

EK-4: İSTANBUL HALK SAĞLIĞI İZİN FORMU



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 64222187-030.03
Konu : Araştırma İzni

SAYIN DR. YELİZ ÖZENDİ
(Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Fevzi Çakmak Mah. Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No: 10 Kaynarca Pendik İstanbul)

Dilekçenize istinaden, "Birinci Basamağa Başvuran 18-49 Yaş Arasındaki Kadınların Üreme Sağlığı İhtiyaçlarının Tespiti" başlıklı araştırmaya ilişkin izin talebiniz görüşülmüş ve uygun bulunmuştur. Karşılıklı imza altına alınan Protokol ekte sunulmuştur.

Çalışma süresince protokolün dışına çıkılmaması ve araştırma tamamlandıktan sonra sonuç raporunun bir nüshasının tarafımıza iletilmesi hususu;

Bilgilerinize sunulur.

Uz. Dr. Onur Özlem KÖSE
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

EK: Protokol

EK-5: BİLGİLERDİRME FORMU

"Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi "Birinci Basamağa Başvuran 18-49 Yaş Arasındaki Kadınların Üreme Sağlığı İhtiyaçlarının Tespiti"

Bu araştırma Marmara Üniversitesi Pendik EAH. Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, Marmara Üniversitesi Tuzla e-ASM'ye başvuran kadınların üreme sağlığı ihtiyaçlarının tespit edilmesidir. Bu amaçla sizden bir anket doldurmanız istenecektir. Sizden kan gibi herhangi bir biyolojik örnek alınmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı reddetme ve yürütülmesi sırasında her hangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz yansımaları olmayacaktır.

Araştırmaya katılanlara her hangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de her hangi maddi talepte bulunulmayacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Bu koşullar altında araştırmamıza katılmayı kabul etmenizi dileriz. Araştırma süresince sorularınız olması durumunda, mesai saatleri içinde Dr. Yeliz Özendi'ye 0216 625 4545-9099 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla.

Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Araştırma ekibi adına araştırma danışmanı

EK-6: GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Araştırmacılar tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı olan Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili açıklayıcı bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırma hakkında soruların olması durumunda ulaşabileceğim bir iletişim telefonu ve imzalamış bulunduğum bu form kağıdının bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün;
Adı-soyadı:
Adresi: (varsa telefon no.)
İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;
Adı-soyadı:
İmza:

KAYNAKLAR

[1] World Health Organization. Developing sexual health programmes. s.3 [Internet]. [cited 2017 Oct 25.].availablefrom:http=//apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf

[2] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Kitabı. s.2-14, Ankara, 2010.

[3].Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye

[4]T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015

[5] O'Kelly CM, Cullen W, O'Kelly SM, O'Kelly FD, Bury G. A primary care based health need assesment in inner city Dublin. Ir J Med Sci. 2010;179(3):399-403

[6] Aydın S, Hatırlı Y. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2003; 7(3) : 131-134

[7] Sert G. Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme. s.18-20, 1. Basım, Yukarı Deniz Yayınları, İstanbul, 2013.

[8] Cairo to 2015- the Road to Success. s.1-2. United Nations Population Fund. New York, 2007 [Internet]. [cited 2017 Oct 30.]. available from vhttps://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cairo_eng.pdf

[9] Özaydın N. Adolesanların Cinsel ve Üreme Sağlığı. In: Apaydın Kaya Ç, editor. Adolesan Sağlığı "Koruyucu Hekimlik ve Erken Tanı". 1. Baskı, İstanbul: Medikal Akademi Yayınları,2015; 327-329.

[10] ICPD and MDGs: How They ara Linked?. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific United Nations. [Internet]. [cited 2017 Oct 30.]. available from: http=//www.un.org/esa/population/publications/PopAspectsMDG/03_ESCAP.pdf

[11] Thomas TN et al. Improved maternal health since the ICPD: 20 years of progress. Contraception 90 (2014) S32-S38

[12] Özvarış ŞB, Ertan A. Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşımı. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. HÜKSAM Hacettepe Yayınları 2003; 113-25

[13] Reproductive rights and sexual and reproductive health framework: making reproductive rights and sexual and reproductive health for all. United Nations Population Fund, 2008. [Internet]. [cited 2017 Oct 30.]. available from http=//www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SRH_Framework.pdf

[14] Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi. [Internet]. [cited 2017 Oct 30.]. available from https://www.muglahsm.gov.tr/files/hsbs_rehber_son.pdf

[15]Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

[16] Sert G. Vakalarla Türkiye'de Üreme Hakları. s.4-26. 1. Basım, Turap Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti, İstanbul, 2012.

[17] Akın A. (2007). Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayrımcılığı ve Sağlık. Toplum Hekimliği Bülteni, 26(2):1-9

[18] Kadının Güçlendirilmesi Prensipleri (WEPs) Uygulama Rehberi, UN Women Avrupa ve Orta Asya Bölge Ofisi (2017). ISBN: 978-1-63214-069-2

[19] Global Health Action 2011, 4: 8423 - DOI: 10.3402/gha.v4i0.8423

[20] Özdemir O, Ocaktan E, Akdur R. (2003). Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 56 (4); 207-216.
[21] Starfield B. (1994). Is primary care essential? The Lancet. 344(8930); 1129-1133.
[22] History of the Royal Collage of General Practitioners. [Internet]. [cited 2017 Oct 30.] available from http=//www.rcgp.org.uk/about-us/history-heritage-and-archive/history-of-the-college.aspx
[23] Gutierrez C, Scheid P. The history of family medicine and its impact in US health care delivery [Internet]. [cited 2017 Oct 30.]. available from https://www.aafpfoundation.org/content/dam/foundation/documents/who-we-are/cfhm/FMImpactGutierrezScheid.pdf
[24] WONCA. Aile Hekimliği- Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. 2002.
[25] Fişek N. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi üzerinde çalışmalar. Sağlık Dergisi 1963; 37(3) [Internet]. [cited 2017 Nov 2.]. available from http=//www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/20.html
[26] Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. [Internet]. [cited 2017 Nov 2.]. available from: http=//www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf
[27] Başak O, Atay E, Polatlı D. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği: pratisyen hekimlerin yaklaşımları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2002; 6(1): 36-41
[28] Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye'de Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği'nin Gelişimi. GeroFam 2010; 1(1):29-40. http=//dx.doi.org/10.5490/gerofam.2010.1.1.4
[29] Yardımcı Y, Akbıyık Dİ, Aypak C, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. TJFM&PC. 2016;10(2):81-90. DOI:10.5455/tjfmpc.207946
[30] Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. [Internet]. [cited 2017 Nov 2.]. available from: http=//www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he
[31] Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. [Internet]. [cited 2017 Dec 18.]. available from: www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf
[32] Apaydın Kaya Ç. ve ark. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Kurma Deneyimi Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (1): 14-20. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00115.
[33] Sexual and Reproductive Health Care Competencies in Primary Care: attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision. WHO, 2011. ISBN: 978 92 4 150100 2
[34] Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browser WS. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12:439-4
[35] Human development report 2016. . [Internet]. [cited 2017 Dec 10.]. available from:http=//www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/countryinfo.html
[36] İstatistiklerle kadın, 2016. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. [Internet]. [cited 2017 Dec 12.]. available from:http=//www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24643
[37] 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 Dergisi 2008: 22 (4): 185-191
[38] Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş- kırk dokuz yaş arasındaki kadınlarda depresyon prevelansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anatolian Journal of Psychiatry 2003;4'208-219
[39] Ergöl Ş, Kuzu A. 15-49 yaş evli kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtileri ile evlilik özelliklerinin ilişkisi. International Journal of Human Sciences, 13(1), 1023-1035. doi: 10.14687/ijhs.v13i1.3555
[40] Tekiner AS ve ark. Planlanmamış gebelikler ile kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki. Dirim tıp gazetesi 2010;85(2):65-71
[41] Contraceptive use in the United States. [Internet]. [cited 2017 Dec 12.]. available from:https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_contr_use_0.pdf
[42] Ertop NG, Altay B. 15-49 yaş kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisinin incelenmesi. KÜ Tıp Fak Derg 2012;15(3)
[43] Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. [Internet]. [cited 2017 Dec 12.]. available from: http=//kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/886-serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1.html

[44] Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Papsmear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2010;2(2):1-4.
[45] Gücük S, Alkan S, Arıca S, Ateş A. Van Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Konusundaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. TAF Preventive Bulletin, 2011:10(5): 527-532
[46] Banerjee SK et al. How prepared are young, rural women in India to address their sexual and reproductive health needs? A cross sectional assessment of youth in Jharkhand. Reproductive Helath (2015) 12:97 DOI 10.1186/s12978-015-0086-8
[47] Wafaa A Rashad, Abeer H Shamekh, Seham S Ragheb. Assessment of women's awareness about reproductive rights. American Journal of Research Communication, 2013, 1(9): 65-83} www.usa-journals.com, ISSN: 2325-4076.
[48] CETAD Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştrması 2006. [Internet]. [cited 2017 Dec 12.]. available from: http=//www.cetad.org.tr/CetadData/Book/10/2692011154421-Arastirma_sonuclari_Dosyasi_1.pdf
[49] Lee et al. The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use. J Gen Intern Med 26(7):731-6