

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI DOKTORA PROGRAMI
EBE – 2019 - 0001

**ADÖLESAN DÖNEMDE EVLENEN KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI
DAVRANIŞLARI: BİR KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI**

**Doktora Tezi
Uzm. Ebe Aysegül DÖNMEZ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM**

AYDIN - 2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde Ayşegül DÖNMEZ tarafından hazırlanan “Adölesan Dönemde Evlenen Kadınların Üreme Sağlığı Davranışları: Bir Karma Yöntem Çalışması” başlıklı tez, aşağıda isimleri bulunan juri üyelerince Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma

Tarihi:/...../.....

Ünvanı, Adı Soyadı:

Üniversitesi:

İmzası:

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.....

Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.....

Doç. Dr. Sevgi ÖZSOY

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Doç. Dr. Birsen K. SAYDAM

Ege Üniversitesi

Doç. Dr. Esen ALTUNAY

Ege Üniversitesi

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki juri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih ve sayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı'nda doktora eğitimim ve tez çalışmamın başından sonuna kadar her aşamasında destek olması, rehberlik yapması, görev alması, sağlam bir araştırma yöntemi olmaksızın bilimsel çalışmanın olamayacağını, akademik yazım tekniklerinin nasıl işleneceğini büyük bir sabırla ve özenle öğreten, cesaretlendiren, bana güç veren değerli danışman hocam Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM'a,

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyim paylaşımları ile desteklerini her zaman yanında hissettiren tüm bölüm hocalarına,

Tez izlem ve savunma komitesinde yer alarak önerileri ile önemli katkılar sağlayan, tezime yol gösterici olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM'a, Prof. Dr. Ayden ÇOBAN'a, Doç. Dr. Sevgi ÖZSOY'a, Doç. Dr. Birsen KARACA SAYDAM ve doktora tez sürecinde karma yöntem konusunda ki bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve sürekli yanında olan Doç. Dr. Esen ALTUNAY'a,

Mesleki ve eğitim hayatım boyunca bilgi, deneyim ve desteğiyle her zaman yanında hissettiğim Op. Dr. Kenan ERTOPÇU'ya,

Araştırmaya katılarak, zaman ayıran ve deneyimlerini paylaşan tüm kadınlara,

Heran yanında olan değerli dostlarım İlknur ERGİN'e, Aysun EKİSİOĞLU'na, Mahide DEMİRELÖZ AKYÜZ'e ve Yeşim YEŞİL'e,

Doktora eğitimim boyunca manevi desteklerini esirgemeyen Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Eğitim Birimi ve Aile Planlaması ekip arkadaşlarına,

Yaşamımda en büyük destekçilerim olan ve beni her zaman cesaretlendiren çok değerli ailem; Ali DÖNMEZ'e, Pınar DÖNMEZ KÜLİGCAN'a ve Dinçer KÜLİGCAN'a,

Sonsuz teşekkürler...

Araştırma verilerimin bilime, ebelik mesleğine ve kadın sağlığına katkı sağlamasını, başka araştırma ve araştırmacırlara rehber olmasını umut ediyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLOLAR DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmnanın Amacı.....	6
1.3. Araştırmnanın Soruları.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Üreme Sağlığı.....	7
2.1.1. Üreme Sağlığı Tanımı ve Tarihçesi.....	7
2.2. Adölesan Dönem ve Üreme Sağlığı.....	10
2.2.1. Adölesnlarda Cinsel Sağlık.....	11
2.2.2. Adölesnlarda Gebelikten Korunma Yöntemleri.....	13
2.2.3. Adölesnlar Gebelikler ve Doğum Sonuçları.....	14
2.2.4. Adölesnlarda Düşükler / Küretajlar.....	16
2.2.5. Adölesnlarda Genital Enfeksiyonlar ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	17
2.2.6. Adölesnlarda İnfertilite.....	18
2.2.7. Adölesnlarda Kadına Yönelik Şiddet.....	19
2.3. Adölesan Evlilikleri.....	21
2.3.1. Türkiye'de ve Dünyada Adölesan Evlilikleri.....	22
2.3.2. Adölesan Evlilik Nedenleri	23
2.4. Adölesan Evliliklerin Üreme Sağlığına Etkisi.....	25
2.5. Adölesan Evliliklerde Ebelerin Sorumlulukları.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmnanın Deseni.....	31

3.1.1.	Araştırmamanın Nicel Boyutu.....	33
3.1.2.	Araştırmamanın Nitel Boyutu.....	34
3.2.	Araştırmamanın Yeri.....	34
3.3.	Araştırmamanın Zamanı.....	34
3.4.	Araştırmamanın Evren ve Örneklemi.....	36
3.4.1.	Araştırmamanın Nicel Boyutuna Yönelik Örneklem.....	36
3.4.2.	Araştırmamanın Nitel Boyutuna Yönelik Çalışma Grubu	36
3.5.	Araştırmadan Dışlanması Kriterleri.....	37
3.6.	Veri Toplama Araçları.....	37
3.6.1.	Anket Formu (Ek - 2)	37
3.6.2.	Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek - 3).....	38
3.7.	Ön Uygulama.....	38
3.8.	Araştırma Verilerinin Toplanması.....	39
3.8.1.	Araştırmamanın Nicel Boyutuna İlişkin Verilerin Toplanması.....	39
3.8.2.	Araştırmamanın Nitel Boyutuna İlişkin Veri Toplanması.....	39
3.8.3.	Nitel Verilerin Geçerlik ve Güvenirliği.....	42
3.9.	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	43
3.9.1.	Araştırmamanın Nicel Boyutuna İlişkin Verilerin Analizi.....	43
3.9.2.	Araştırmamanın Nitel Boyutuna İlişkin Verilerin Analizi.....	43
3.10.	Araştırmamanın Güçlükleri.....	47
3.11.	Araştırmada Etik.....	48
4.	BULGULAR.....	49
4.1.	Kadınların, Eşlerinin ve Ailesinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	50
4.2.	Kadınların Üreme Sağlığı Özellikleri ve Davranışlarına Yönelik Bulgular.....	60
5.	TARTIŞMA.....	108
5.1.	Kadınların, Eşlerinin ve Ailesinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	108
5.2.	Kadınların Üreme Sağlığı Özellikleri ve Davranışlarına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	110
6.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	126
6.1.	Sonuçlar.....	126

6.2. Öneriler.....	128
KAYNAKLAR.....	129
EKLER.....	146
ÖZGEÇMIŞ.....	176

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AP	: Aile Planlaması
CDC	: Centers For Disease Control
CEDAW	: Committee On The Elimination Of Discrimination Against Women
CMV	: Cytomegalovirus
CSÜS	: Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
EFM	: Elektronik Fetal Monitörizasyon
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
MVA	: Manual Vacuum Aspirator
PID	: Pelvic Inflammatory Disease
RİA	: Rahim İçi Araç
SB	: Sağlık Bakanlığı
STK	: Sivil Toplum Kuruluşları
TAYA	: Türkiye Aile Yapısı Araştırması
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TÜSEB	: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
UNFPA	: United Nations Fund for Population Activities
WHO	: World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığının Köşe Taşları.....	9
Şekil 2.	Yakınsayan Paralel Desen.....	33
Şekil 3.	Zaman Çizelgesi.....	35
Şekil 4.	Yakınsayan Paralel Desen Çalışma Diyagramı.....	40
Şekil 5.	Veri Toplama Akış Şeması.....	41

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Verilerin analizi sonucu ortaya çıkan temalar.....	45
Tablo 2.	Kadınların sosyo - demografik özellikleri ile ilgili nicel verileri.....	50
Tablo 3.	Kadınların sosyo - demografik özellikleri ile ilgili nitel verileri.....	52
Tablo 4.	Kadınların evlilik özellikleri ile ilgili nicel verileri.....	53
Tablo 5.	Kadınların evlilik özellikleri ile ilgili nitel verileri.....	54
Tablo 6.	Eşlerin sosyo - demografik özellikleri ile ilgili nicel verileri.....	56
Tablo 7.	Eşlerin sosyo - demografik özellikleri ile ilgili nitel verileri.....	57
Tablo 8.	Aile yapısı ve ekonomik özellikleri ile ilgili nicel verileri.....	58
Tablo 9.	Aile yapısı ve ekonomik özellikleri ile ilgili nitel verileri.....	59
Tablo 10.	Kadınların gebelik özellikleri ile ilgili nicel verileri.....	60
Tablo 11.	Kadınların gebelik özellikleri ile ilgili nitel verileri.....	62
Tablo 12.	Kadınların doğum özellikleri ile ilgili nicel verileri.....	64
Tablo 13.	Kadınların doğum özellikleri ile ilgili nitel verileri.....	65
Tablo 14.	Kadınların menarş özellikleri ile ilgili nicel verileri.....	67
Tablo 15.	Kadınların menarş özellikleri ile ilgili nitel verileri.....	68
Tablo 16.	Kadınların menstrüasyon döneminde enfeksiyon gelişmemesi için uygulamaları ile ilgili nicel verileri.....	69
Tablo 17.	Kadınların cinsel yaşama yönelik uygulamaları ile ilgili nicel verileri	70
Tablo 18.	Kadınların cinsel yaşama yönelik bilgi ve yardım alma durumları ile ilgili nitel verileri.....	71
Tablo 19.	Kadınların cinsel yaşama yönelik uygulamaları ile ilgili nitel verileri	73
Tablo 20.	Kadınların istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunma uygulamaları ile ilgili nicel verileri.....	75
Tablo 21.	Kadınların istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmakla ilgili bilgi ve yardım alma durumları ile ilgili yapılan uygulamaların nitel verileri.....	76
Tablo 22.	Kadınların sağlıklı gebelik için uygulamaları ile ilgili nicel verileri...	78
Tablo 23.	Kadınların sağlıklı gebelik için bilgi ve yardım alma durumları ile ilgili nitel verileri.....	79
Tablo 24.	Kadınların sağlıklı gebelik için yapılan uygulamaları ile ilgili nitel verileri.....	80
Tablo 25.	Kadınların sağlıklı doğum için uygulamaları ile ilgili nicel verileri.....	81

Tablo 26.	Kadınların sağlıklı doğum için bilgi ve yardım alma durumları ile ilgili nitel verileri.....	82
Tablo 27.	Kadınların sağlıklı doğum için uygulamaları ile ilgili nitel verileri.....	83
Tablo 28.	Kadınların doğum sonrası anne sağlığını koruma uygulamaları ile ilgili nicel verileri.....	85
Tablo 29.	Kadınların doğum sonrası anne sağlığını korumak için bilgi ve yardım alma durumları ile ilgili nitel verileri.....	86
Tablo 30.	Kadınların doğum sonrası anne sağlığını koruma uygulamaları ile ilgili nitel verileri.....	87
Tablo 31.	Kadınların düşük / küretaj sonrası sağlığını koruma uygulamaları ile ilgili nicel verileri.....	89
Tablo 32.	Kadınların düşük / küretaj için bilgi ve yardım alma durumları ile ilgili nitel verileri.....	90
Tablo 33.	Kadınların düşük / küretajdan sonra sağlığını koruma uygulamaları ile ilgili nitel verileri.....	92
Tablo 34.	Kadınların genital enfeksiyon / cinsel yolla bulaşan enfeksiyon öyküsü ve uygulamaları ile ilgili nicel verileri.....	94
Tablo 35.	Kadınların genital enfeksiyon / cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yönerek bilgi ve yardım alma durumları ile ilgili nitel verileri.....	95
Tablo 36.	Kadınların genital enfeksiyon / cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yönerek uygulamaları ile ilgili nitel verileri.....	97
Tablo 37.	Kadınların infertilite gelişmesini önleme uygulamaları ile ilgili nicel verileri.....	99
Tablo 38.	Kadınların infertilite gelişmesini önlemekle ilgili bilgi ve yardım alma durumları ile yapılan uygulamaların nitel verileri.....	100
Tablo 39.	Kadınların şiddet ile karşılaşma durumları ile ilgili nicel verileri.....	103
Tablo 40.	Kadınların kadına yönelik şiddetin ilişkin bilgi ve yardım alma durumları ile ilgili nitel verileri.....	104
Tablo 41.	Kadınların kadına yönelik şiddet ve şiddetten korunmaya ilişkin uygulamaları ile ilgili nitel verileri.....	106

EKLER DİZİNİ

Ek 1.	Bir Karma Yöntem Çalışmasının Özelliklerini İncelemek İçin Kontrol Listesi	146
Ek 2.	Anket Formu	147
Ek 3.	Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	154
Ek 4.	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	158
Ek 5.	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Tez İzni	163
Ek 6.	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı	174
Ek 7.	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Son Onayı.....	175

ÖZET

ADÖLESAN DÖNEMDE EVLENEN KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI DAVRANIŞLARI: BİR KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI

**Dönmez, A. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ebelik Programı
Doktora Tezi, Aydın, 2019.**

Bu araştırma, adölesan dönemde evlenen kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma karma yöntem (mixed research design) olarak Aralık 2017 ve Haziran 2018 tarihleri arasında SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın – Doğum Klinikleri’nde yapılmıştır. Araştırmaya maksimum çeşitlilik örneklemeye yöntemi ile nicel bölümüne 245 ve nitel bölümüne 25 kadın alınmıştır. Verilerin toplanmasında anket formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Verilerin analizi tanımlayıcı, betimleyici ve içerik analiz yöntemleri ile yapılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $26,62 \pm 5$ 'dir. Çalışmadaki kadınların %77,1'inin ilkokul mezunu ve %80,0'ının ev hanımı olduğu, %22,9'unun sağlık güvencesinin bulunmadığı belirlenmiştir. Çalışmada gebelik yaşayan kadınların gebelik öykülerinde %11,29'unda yüksek tansiyon (%5,8'i 19 yaşın altında ve birinci gebeliklerinde), %5,0'ında gebelikte diyabet (%1,2'si 19 yaşın altında ve birinci gebeliklerinde) ve %9,2'sinde enfeksiyon (%4,6'sı 19 yaşın altında ve birinci gebeliklerinde) ortaya çıktıgı tespit edilmiştir. Gebelikte ortaya çıkan genital siğil ve üriner enfeksiyonlarının (%36,4), vajinal enfeksiyon (%13,6), dış enfeksiyonu, sitomegalovirus ve gebelikte yüksek ateşin (%4,5) oranlarında olduğu saptanmıştır. Araştırmanın nitel bölümünde ise, kadınların üreme sağlığı öykülerinden elde edilen veriler kodlanarak 41 tema ve 120 alt tema oluşturulmuştur. Bu çalışmada, adölesan yaşıta evlilik nedeniyle kadınların ciddi üreme sağlığı sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. Ebeler, hizmet sunumları sırasında kadınların evlilik yaşıni ve üreme sağlığı sorunlarına yönelik kapsamlı sorgulama yaparak kadın sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayabilirler.

Anahtar Kelimeler: Adölesanlar, ebelik, evlilik yaşı, güvenli cinsellik, üreme sağlığı,

ABSTRACT

REPRODUCTIVE HEALTH BEHAVIORS OF MARRIED WOMEN IN ADOLESCENT PERIOD: A MIXED METHOD STUDY

Dönmez, A. Aydin Adnan Menderes University Health Sciences Midwifery Program, Doctorate's Thesis, Aydin, 2019.

The aim of this research, to examine reproductive health behaviors of women, who married in adolescence period. The research was conducted as mixed research design, between December 2017 and June 2018 in Health Science University Izmir Tepecik Education and Research Hospital Clinics of Gynecology and Obstetrics. The research was included maximum diversity sampling method, that 245 women were in the quantitative section and 25 women were in the qualitative section. Questionnaire form and semi - structured interview form were used for data collection. Analysis of data were made with descriptive, descriptive and content analysis methods. Age average of women, who attended the research, was $26,62 \pm 5$. It was determined that 77,1% of the women graduated from primary school and 80,0% were housewives, 22,9% have not health insurance. It was determined; 11,29% of the women, who had pregnancy, had hypertension (5,8% had under the age of 19 and first pregnancies), 5,0% had diabetes during pregnancy (1,2% under the age of 19 and first pregnancies) and 9,2% had infection (4,6% had under the age of 19 and first pregnancies). Pregnancy infections; which were genital warts and urinary infections were 36,4%, vaginal infections were 13,6%, dental infections, cytomegalovirus and high fever in pregnancy were 4,5%; were found. In the quantitative part of the study, 41 themes and 120 sub - themes were formed from histories of women's reproductive health. In this research, women had serious reproductive health problems by the reason of adolescent marriage. Midwives can contribute to improve women's health by comprehensive inquiring for women's marriageable age and reproductive health problems during service presentations.

Key Words: Adolescents, marriage age, midwifery, reproductive health, safe sex

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Adölesan yaşta evlilik, “fiziksel, fizyolojik ve psikolojik açılarından evlilik ve çocuk doğurma sorumluluğu taşımaya hazır olmadan ve genellikle 18 yaşından önce gerçekleşen evlilikler”dir (United Nations Population Fund, 2013; Kaynak, 2014; Girls not Brides, 2016a; United Nations Children’s Fund, 2016). Çeşitli kaynaklarda 18 yaşından önce gerçekleşen evlilikleri tanımlamak için çocuk yaşta evlilik, erken evlilik, çocuk gelin ve çocuk evlilikleri gibi ifadeler birbirinin yerine kullanılmaktadır (Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012; Türkiye’de Evlilik Tercihleri, 2015; Girls not Brides, 2016b). Ancak konunun uzmanları, “çocuk gelin” tanımlamasını, çocuk ve gelin kavramlarının beraber kullanılmasının yanlış çağrımlara neden olacağı ve hatta erken evliliğe masum bir ifade kazandıracığı endişesi ile doğru bulmadıklarını belirtmişlerdir (Türkiye’de Evlilik Tercihleri, 2015). Adı ne olursa olsun çocuk yaşta evlilik istenmeyen gebelikler, güvenli olmayan düşükler, anne - bebek ölümleri ve sakatlanmaları, anneläge uyumsuzluk, riskli gebelik, düşük doğum ağırlıklı bebekler, kanserler, infertilite ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) gibi birçok üreme sağlığı problemini de beraberinde getirmektedir.

Adölesan evlilikleri, pek çok sağlık sorunlarına yol açmasına rağmen engellenmemekte ve dünyada her yıl yaklaşık 15 milyon kız çocuğu 18 yaşından önce evlenmektedir. Adölesan evliliklerinin görülme sıklığı ülkeler ve bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Ülkemizde Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre 15 - 19 yaş grubundaki evli kadınların oranı (%7) olarak belirtilmektedir (Koç ve ark, 2014). UNICEF (2016) raporunda adölesan evliliklerini en yaygın olarak, Güney Asya (%45), Sahraaltı Afrika (%39), Latin Amerika ve Caribbean (%23), Ortadoğu ve Kuzey Afrika, Avrupa ve Kuzey Amerika'da ki (%18) bazı toplulukları bildirmiştir.

Adölesan evliliklerde ortaya çıkan üreme sağlığı sorunları dünya genelinde önemlidir (Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012; Martinez ve ark, 2015; Girls not Brides, 2016a). Dünya Sağlık Örgütü ailelerin, çocukların, adölesanların ve kadınların sağlığını geliştirmek için destekleyici programlar yapmaktadır. Bu programlardan 1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda “Üreme Sağlığı” kavramı ilk kez kullanılmıştır (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, 1994). Bu konferansta üreme sağlığı, “Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, vücutun bütün bunlarla ilişkili olabilecek fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir

iyilik içinde olması.” şeklinde tanımlanmıştır. Üreme sağlığı programlarının hedefleri sağlıklı cinselliğe sahip olma, cinsel gelişme ve olgunlaşma, cinsiyetlerin eşit koşullarda sorumluluk alarak istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olma gibi üreme ile ilgili kararlarını güvenli ve sağlıklı ortamlarda alabilmelerinin sağlanması olarak belirtilmektedir (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, 1994; World Health Organization, 1999; World Health Organization, 2013a). Kahire Konferansı’ndan itibaren kadınların üreme sağlığı sorunları anne ölümleri ve hastalıkları, gebelikten korunma yöntemleri, düşükler / küretajlar, HIV / AIDS (Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome), genital organ enfeksiyonları ve cinsel yolla bulasan enfeksiyonlar (CYBE), rahim ağzı kanseri, cinsellik, kadına yönelik şiddet ve infertilite başlıklarında incelenmiştir (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, 1994).

Anne ve bebek ölümleri adölesan evliliklerinde öne çıkan ciddi üreme sağlığı sorunlarındandır. Adölesan evliliklerde oluşan gebeliklere bağlı anne ve bebek ölüm oranları ile hastalıkları diğer yaş grupları ve genel oranlara göre çok daha yüksektir. Dünya genelinde, bu konuda önemli gelişmeler olsa da henüz istenilen düzeyde değildir. Dünyada her gün yaklaşık 830 anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin sadece %1'i gelişmiş ülkelerde gerçekleşmekte iken, %95'i Afrika ve Asya ülkelerinde meydana gelmektedir (World Health Organization, 2018a). Yine dünya genelinde 100 bin canlı doğumda 210 olan anne ölüm oranı, ülkemizde yüz binde 16 olarak rapor edilmiştir (World Health Organization, 2016). DSÖ yenidoğan ölüm oranlarını dünya genelinde 1000 canlı doğumda 18,6 ve Türkiye'de binde 4,5 olarak bildirmiştir (World Health Organization, 2018b). Yapılan çeşitli çalışmalarda 18 yaşından önce doğum yapan annelerin düşük / ölü doğum ve anne ölümü ile karşılaşma riskinin daha ileri yaşlarda anne olan kadınlara göre daha yüksek oranlarda olduğu bildirilmiştir (Uzun ve Orhon, 2013; Karabulut ve ark, 2013; Bildircin ve ark, 2013; Girls not Brides, 2016a). Latin Amerika'da yapılan bir çalışmada da anne ölümlerinin 16 yaşından küçük ergenlerde 20 yaşındaki kadınlara göre dört kat daha fazla olduğu rapor edilmiştir (Mangiaterra ve ark, 2008). Kuzeydoğu Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise adölesan annelerde preeklampsi (%11,52) ve erken doğumların (%23,64), 20 - 25 yaş grubu annelere (sırasıyla; %6,06 ve %15,76) göre daha yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir (Medhi ve ark, 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da erken doğum oranı 16 - 19 yaş grubu annelerde %9,3 iken 20 - 35 yaş grubunda %2,4 olarak rapor edilmiştir (Ozdemirci ve ark, 2016).

Adölesan dönemde evlenen kız çocukları diğer yaş gruplarına göre daha fazla istenmeyen ve planlanmamış gebelikler ile karşılaşmaktadır. Ülkemizde 15 - 19 yaş

grubunda isteyerek düşük hızı %1,2'dir (Adalı ve ark, 2014). Dünyada, her yıl güvenli olmayan koşullarda 25 milyon küretaj gerçekleşmektedir. Sağlıklı olmayan koşullarda gerçekleşen küretajlara bağlı olarak tahmini 47,000 ölüm ve beş milyon kadında da sakatlanmalar gelişmektedir. Bu ölümlerin ve sakatlıkların çoğunuğu cinsel eğitim, doğum, güvenli düşük ve güvenli küretaj olanaklarının sağlanması ile önlenebilmektedir (Say ve ark, 2014; World Health Organization, 2017b).

Adölesan evliliklerinde erken cinsel aktivite davranışları sonucunda istenmeyen gebelik görülme riski artmaktadır. Ancak günümüzde gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 222 milyon kadın güvenilir ve kaliteli aile planlaması hizmetlerine, bilgilerine ve malzemelerine ulaşamamaktadır (United Nations Population Fund, 2012; Say ve ark, 2014). Latin Amerika, Avrupa ve Asya ülkelerinde adölesan kadınların gebelikten korunma yöntemi kullanım oranları %42 - 68 iken, Afrika ülkelerinde bu oran %3 - 49 arasındadır (World Health Organization, 2012). Hindistan'da adölesanlarla yapılan bir çalışmada kontraseptif yöntem bilme oranı %13,94 ve herhangi bir yöntem kullanma oranı ise %4,24 olarak açıklanmıştır (Medhi ve ark, 2016). Trabzon'da yapılan bir çalışmada ise 15 - 18 yaşlarındaki evli olanların çoğu, evliliklerinin ilk iki yılında gebelik istememişler (%65), ancak herhangi bir gebelikten korunma yöntemini de kullanmadıklarını (%73) bildirmiştir (Demirbağ ve ark, 2013).

Üreme sağlığı aynı zamanda bireylerin tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları ve bu yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir. Amerika'da yapılan bir çalışmada ergenlerin cinsellik ve üreme sağlığı bilgilerini ailelerinden ve eğitim kurumlarından (okul, dini kurumlar ve toplum merkezleri) aldıları bildirilmiştir (Hall ve ark, 2012). Ülkemizde üniversite öğrencilerinin CYBE bilgi düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada bu konudaki bilgilerin orta düzeyde olduğu ve bilgilerin arkadaş (%42,3), okul (%24,6), hekim (%17,7) ve aileden (%15,4) alındığı rapor edilmiştir (Çalışkan ve ark, 2015).

Adölesan evlilikleri sonucu cinsel eylemin erken yaşlarda başlamasının risklerinden bir diğeri CYBE'dir ve görülmeye oranı 15 - 24 yaşları arasındaki kişilerde oldukça yüksektir (Aslan ve ark, 2014; Cheung ve ark, 2014; Hull ve ark, 2017). DSÖ her yıl 20 gençten birinin tedavi edilebilir bir CYBE'ye yakalandığını belirtmektedir (World Health Organization, 2017c). Ülkemizde yapılan bir çalışmada 24 transseksüel katılımcının tamamı CYBE'si olan ya da HIV / AIDS'e yakalanmış birini tanıdıklarını belirtmişlerdir (Sevencan ve ark, 2012).

Adölesan dönemde evlenmiş olan kız çocukları daha ileri yaş gruplarındaki kadınlara göre daha fazla fiziksel (iki kat) ve cinsel şiddete (üç kat) maruz kalmaktadırlar (Kaynak, 2014; Öztürk ve ark, 2015). Ancak gelenekler, kadının statüsünün düşük olması ve ekonomik

özgürlüğünün olmaması gibi nedenlerle kadına yönelik şiddet çoğunlukla gizli tutulmaktadır (Şenol ve Yıldız, 2013; Öztürk ve ark, 2015). Dünyada 15 - 19 yaş grubu ergen kızların %29,4'ü eş / partner şiddetine maruz kalmaktadır (World Health Organization, 2013b). Güney Asya'daki 34 ülkede yapılan çalışmalar incelendiğinde çocuk yaşıta yapılan evliliklerin eş şiddeti açısından risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Kidman, 2016). Bangladeş'te yapılan bir çalışmada eşi tarafından şiddete maruz kalan kadınların %78,9'unun çocuk yaşıta evlenmiş olduğu bildirilmiştir (Yount ve ark, 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada çocuk yaşıta evlendirilen kızların yaygın bir şekilde eşi tarafından fiziksel (%14,6) ve duygusal (%27,1) şiddete / istismara uğradığı rapor edilmiştir (Soylu ve Ayaz, 2013). Başka bir çalışmada da çocuk yaşıta evlenenlerin kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha fazla fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (Güneş ve ark, 2016).

Adölesan evlilikleri kız çocukların psiko - sosyal ve bedensel büyümeye ve gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca gelişme dönemindeki evli bir çocuk, evlilik bağı ile ağır bir sorumluluk altına girmektedir (Özcebe ve Biçer, 2013; Girls not Brides, 2016b; Özpulse, 2016). Toplumsal bir rol olarak iyi bir gelin ve daha sonraki annelik rolleri, bireye ağır yükler getirmektedir. Bütün bunların sonucunda çocuk evlilikleri yapan bireylerde, sıkılıkla depresyon ve intiharlar gibi ciddi psikolojik problemler görülebilmektedir (Özyurt ve Deveci, 2011; Özcebe ve Biçer, 2013; Boran ve ark, 2013; Gage, 2013; Kaynak, 2014).

Adölesan yaşıta evlenenlerin şiddet, istismar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, gebelik ve doğum gibi risklerle daha fazla karşılaşmaları nedeni ile özel bakım ve korunmaya, üreme sağlığı ile ilgili öncelikli ve özenli yaklaşıma gereksinimleri bulunmaktadır. Temelde koruyucu sağlık bakım hizmeti sunucusu olarak ebelerin, çocuk yaşıta evlenenlerin üreme sağlığı davranışlarının geliştirilmesinde ve sunulan sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin sağlanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri tarafından karşılaşılan her durumda, bireye üreme sağlığı hizmetleri konusunda güncel doğru bilgiler verilmelidir. Ancak, ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinin her aşamasında kadınlarla birlikte olan ebeler, çoğu kez iş odaklı çalışıklarından dolayı rutin bakım planı kapsamında üreme sağlığı hizmetlerine yer vermemektedirler. Diğer yandan yapılan çalışmalarda, ebelerin, çocuk evliliklerinde üreme sağlığı davranışlarının geliştirilmesinde ve sunulan sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin sağlanmasında önemli sorumluluklarının bulunduğu vurgulanmaktadır (Hodoglugil ve Akın, 1999; Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, 2009; Yurdakul ve Çobaner, 2015). Ebeler tarafından bilgilendirilen kadınların, doğru üreme sağlığı davranışları edinmesi ile toplumda istenmeyen gebelikler,

CYBE, riskli gebelikler ve kötü doğum sonuçları, anne ve bebek ölümleri ve şiddet gibi üreme sağlığı sorunlarının çözümüne katkı sağlanabilir.

Ebeler ve diğer sağlık çalışanları hizmet sunumu sırasında adölesan yaşıta evlenmiş olan bireyler ile sıkılıkla karşılaşmaktadır. Ancak, sağlık çalışanları bu özel grup ile çalışırken sağlık bakımında yasal zorunlulukları yerine getirmede, cinsel istismar, istenmeyen gebelik, şiddet gibi sorunlara yönelik hizmet vermede güçlük yaşamaktadır. Oysa adölesan evliliklerinin çözümünde ve onların hizmet gereksiniminin karşılanması öncelikle durum tespiti yapılması gerekmektedir. Ülkedeki karar vericiler ve program yürütütüçülerinin, yeni planlama yapabilmeleri için üreme sağlığı ile ilgili mevcut durum ve etkileyen faktörleri, gelecekte nasıl olacağını ve bu konu hakkındaki tutumlar ile ilgili bilgilere gereksinimi bulunmaktadır. Bu konuda yapılacak araştırmalardan elde edilecek bilgiler, adölesan evliliklerinin önlenmesi, bu gruba yönelik üreme sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve sunumunda yarar sağlayabilecektir.

Adölesan evliliklerde görülen üreme sağlığı sorunları dünya genelinde önemlidir. Adölesan evlilikleri, şiddet, istismar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, gebelik ve doğum gibi risklerle karşılaşma nedeni ile genç yaş grubundaki bireylerin özel bakım ve korunmaya gereksinimleri bulunduğuundan üreme sağlığı hakkında öncelikli ve özenli yaklaşılması gereklidir. Adölesan evlilikleri kız çocukların psiko - sosyal büyümeye ve bedensel gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Gelişme dönemindeki evli bir çocuk, evlilik bağı ile ağır bir sorumluluk altına girmektedir. Ebelerin, çocuk yaşıta evlenenlerin üreme sağlığı davranışlarının geliştirilmesinde ve sunulan sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin sağlanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

Adölesan evlilikleri yoğun bir şekilde karşılaşılan ve çok sayıda üreme sağlığı sorunlarını da beraberinde getiren önemli bir konudur. Bu yaş grubuna hizmet sunan sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu sırasında bu bireylerin üreme sağlığı davranışları konusunda kültürel özellikleri de yansıtın kapsamlı veriye gereksinimleri bulunmaktadır. Konu ile ilgili alanyazın incelendiğinde, bu konuda sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012; Özcebe ve Biçer, 2013; Yakıt ve Coşkun, 2014) ve daha fazla bilgiye gereksinim duyulmuştur. Bu gerekçelerle, araştırmada adölesan yaşıta evlenmiş olan kadınların, üreme sağlığı davranışlarının incelenmesi hedeflenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bilgilerin ışığında adölesan evliliklerinin önlenmesi, bu gruba yönelik üreme sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve sunumunda yarar sağlayabilecektir. Ayrıca elde edilen bilgilerin konu ile ilgili ulusal ve uluslararası bilimsel bilgi birimine katkı sağlaması beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, adölesan dönemde evlenen kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

S₁: Adölesan dönemde evlenen kadınların, eşlerinin ve ailesinin tanıtıcı özellikleri nelerdir?

S_{2a}: Adölesan dönemde evlenen kadınların üreme sağlığı özellikleri nelerdir?

S_{2b}: Adölesan dönemde evlenen kadınların üreme sağlığı davranışları nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığı

Kadın ve erkek her iki cinsiyetin, olağan büyüme ve gelişme sürecinde üreme ve cinsel sağlık gereksinimleri bulunmaktadır. Bu nedenle üreme sağlığı, sadece üreme sistemlerinin değil bütüncül bir anlayışla tüm vücutun iyiliğini kapsamaktadır (World Health Organization, 1999; Say ve ark, 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporunda, üreme sağlığı programlarının hedeflerini, bireylerin sağlıklı cinsellik, cinsel gelişme ve olgunlaşmaları, cinsiyetler arasında eşit koşullarda, sorumluluklarının farkında olarak, istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olmak gibi üreme ile ilgili kararlarını güvenli ve sağlıklı ortamlarda gerçekleştirilmesinin sağlanması olarak belirtilmektedir (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, 1994; Sert, 2012; Yurdakul ve Çobaner, 2015).

Üreme sağlığının en önemli konularından olan anne ve bebek ölümlerinde olumlu gelişmeler olmasına rağmen henüz istenilen düzeyde değildir. Dünyada her gün yaklaşık 830 anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin sadece %1'i gelişmiş ülkelerde gerçekleşmekte iken, %95'i ise Afrika ve Asya ülkelerinde meydana gelmektedir. Dünya genelinde 100 bin canlı doğumda 210 olan anne ölüm oranı ülkemizde yüz binde 16 olarak rapor edilmiştir (World Health Organization, 2016). Ülkemizde anne ölümleri Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017)'nda yüz bin canlı doğumda 14,6 olarak bildirilmiştir. Latin Amerika'da yapılan bir çalışmada 16 yaşından küçük adölesan kadınarda anne ölümleri 20 yaşındaki kadınlara göre dört kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Mangiaterra ve ark, 2008). Bebek ölüm oranları dünya genelinde binde 33,6 (World Health Organization, 2015), ülkemizde ise binde 9,2'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2018).

2.1.1. Üreme Sağlığı Tanımı ve Tarihçesi

Dünya genelinde özellikle gelişmekte olan ülkeler olmak üzere 1960'lı yıllarda, nüfusun kontolsüz artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki etkileri önem kazanmıştır. Demografi ağırlıklı yaklaşım (1970) yerini 1980'li yıllarda sağlıkla ilgili kaygılarla bırakmış, 1990'lı yıllarda ise artık insan hakları ve ihtiyaçları üzerine yoğunlaşma olmuştur. Bu süreçte; Bükreş'te (1974), Mexico City'de (1984) ve Kahire'de (1994) olmak

üzere gerçekleştirilen üç büyük konferansta, nüfus ve aile planlamasının, genel kalkınma çalışmaları içinde kesinlikle yer alması gereken bir konu olduğu vurgulanmıştır.

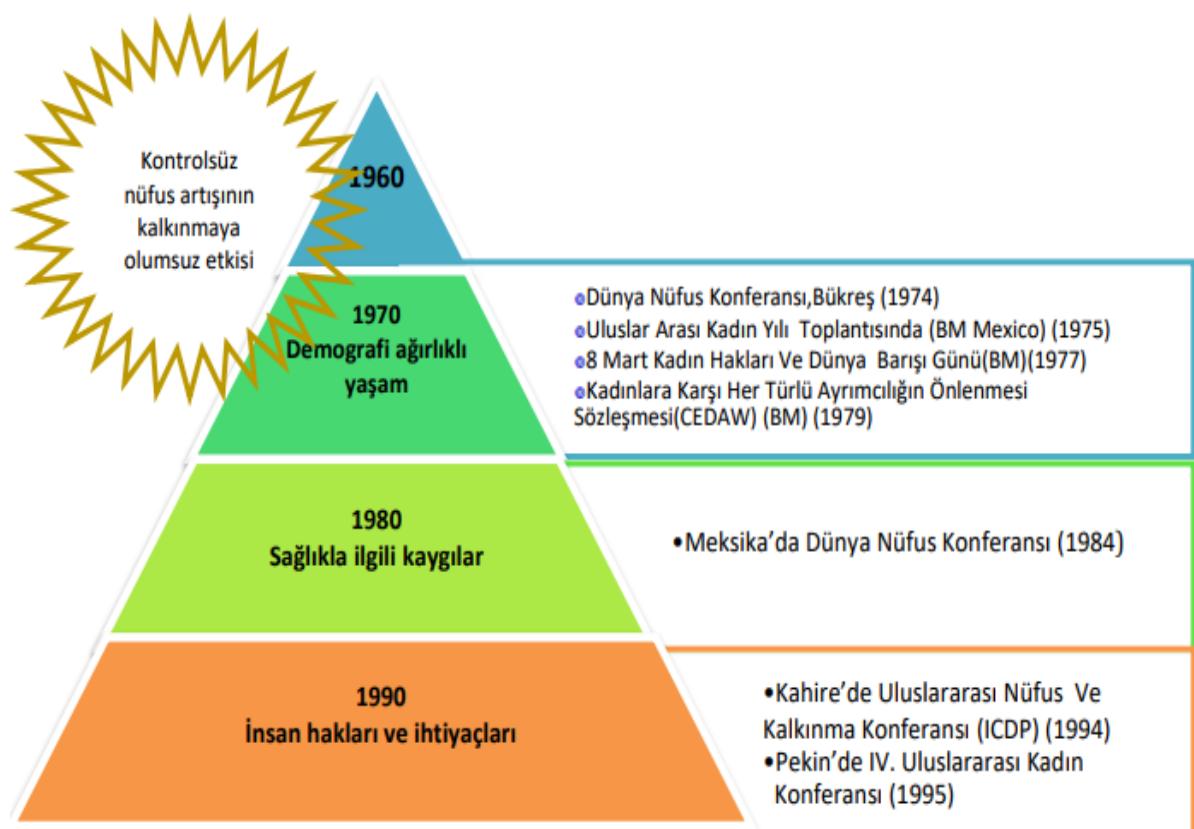
Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (1994), üreme sağlığının tanımı DSÖ'nün 1948'de yaptığı "sağlık" tanımına benzer olarak yapılmıştır. Üreme sağlığı "Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır". Üreme sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, 2009). Ayrıca, bireylerin tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları ve bu yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğünün olması gerektiği belirtilmiştir. Böylece, kadın ve erkek yaşamının doğumla başlayarak ölüme kadar bütüncül olarak değerlendirilmesi gereği; yaşama sağlıklı başlamanın önemi, bireyin sağlık gelişiminde birçok etken olduğu bir kez daha önemle vurgulanmaktadır (Özvarış ve Ertan, 2003; (Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, 2009; Akın, 2011; Turfan ve Akyüz, 2017).

Üreme sağlığı, uzun yıllar doğurganlıkla ilişkili olduğu düşünülerek, kadına odaklanılmış ve genellikle "Anne ve Çocuk Sağlığı" kapsamında incelenmiştir. Tüm dünyada kabul gören "Üreme Sağlığı" kavramı 1990'lardan sonra başlayan değişimle ve 1994 yılında Kahire'de yapılan "Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı"nda kullanılmıştır. Bu konferansta, temelinde kadın erkek eşitliği olan, aile planlaması ve cinsel sağlığın da yer aldığı kapsamlı üreme sağlığı hizmetleri ile tüm sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirliği sağlamak için gerekli koşulların devletler tarafından sağlanması gereği ilkesi kabul edilmiştir. Konferansta onaylanan bu ilkeler doğrultusunda eylem planları hazırlanmış ve sonuçları, 1995'te Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda tekrar vurgulanarak eylem planında yerini almıştır (Özvarış ve Ertan, 2003; Sert, 2012; World Health Organization, 2013a; Öztürk ve ark, 2015).

Ülkeler, Kahire Konferansı'ndan (1994) sonra, "Ana Çocuk Sağlığı - Aile Planlaması" (AÇS - AP) yerine, "Üreme Sağlığı" kavramını benimseyerek, üreme çağındaki kadınların üreme sağlığı sorunlarını genel olarak; anne ölümleri ve hastalıkları, gebelikten korunma yöntemleri, düşükler / küretajlar, HIV / AIDS, CYBE ve üreme organları enfeksiyonları, serviks kanseri, cinsellik, kadına yönelik şiddet ve infertilite başlıklarında incelenmiştir. Üreme sağlığı ülkemizde de, Kahire (1994) ve Pekin (1995) IV. Dünya Kadın

Konferanslarından sonra birçok yeni girişimlerde bulunulmuş ve programlar yapılmıştır (Akın, 1994; Hodoglugil ve Akın, 1999; Akın, 2012; Yurdakul ve Çobaner, 2015).

Kahire Konferansı'nda ele alınan kavramlardan diğeri de “Üreme Hakları” konusudur. Üreme hakları; bireylerin üreme yeteneği ile bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine karar verme özgürlüğüdür. Üreme hakları, bireylerin ve çiftlerin, çocuk sayısı ve aralığına özgür bir şekilde kendi sorumluluğunda şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın karar vermeleri ile bunlar için gerek duyulan her türlü bilgiye, en iyi koşullarda üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının her yaşta birey için insan hakları kapsamında olması gerektiğini vurgulamaktadır (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, 1994). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı'nın Köşe Taşları Şekil 1'de verilmiştir (Turfan ve Akyüz, 2017).



Şekil 1: Cinsel sağlık ve üreme sağlığının köşe taşları (Turfan ve Akyüz, 2017).

2.2. Adölesan Dönem ve Üreme Sağlığı

Dünya nüfusunun yaklaşık 1,2 milyarını 10 - 19 yaş grubu olan adölesanlar oluşturmaktadır (World Health Organization, 2018b). Ülkemizde de toplam nüfusun %17,2'sini 10 - 19 yaş grubu oluşturmaktadır (Eryurt ve ark, 2014). Gençlik dönemi (10 – 24), çocukluk çağından yetişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilir. Hızlı büyümeye ve gelişme sürecinin olduğu bu dönemde, birey fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel, ekonomik değişiklikler yaşamaktadır ve yetişkin destegine gereksinimi devam etmektedir. Adölesan bireylerin çoğu sağlıklı olmakla birlikte, riskli davranışlar nedeniyle çeşitli hastalıklarla, yaralanma ve ölümle karşılaşabilmektedirler. Adölesanlar arasında alkol veya tütün kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği, korunmasız cinsellik ve / veya şiddete maruz kalma sonucu, yalnızca şimdiki sağlıklarını değil, yetişkinlik dönemindeki sağlıklarını ve hatta gelecekteki çocukların sağlığını da tehlikeye atabilmektedirler. Adölesanlara bu dönemde doğru sağlık davranışları kazandırılarak henüz sorumluluk almaya hazır değilken anne ve baba olmalarına engel olunmalı ve korunmaları sağlanmalıdır (Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, 2009).

Adölesan dönemdeki kızların, hem biyolojik hem de psiko - sosyal açıdan cinsel taciz, şiddet, fahişelik ve küçük yaşlarda korunmasız gerçekleşen cinsel ilişkilerin sonucunda, erkeklerle göre daha çok korunmaya gereksinimleri bulunmaktadır. Erken yaşlarda gerçekleşen cinsel deneyimleri bilgi ve hizmet eksikliğiyle birlikte, istenmeyen gebelik riskini, HIV enfeksiyonunu, diğer CYBE'leri ve güvenli olmayan düşük riskini artırmaktadır. Sahraaltı Afrika'da, 15 - 24 yaş arası HIV ile yaşayan genç kadın sayısı, aynı yaş grubu erkeklerin yaklaşık iki katı orandadır (United Nations Population Fund, 2016).

Adölesan evlilikten sonra başlayan ciddi üreme sağlığı sorunlarından digeri de doğurganlıktır. Gelişmekte olan ülkelerdeki genç kadınların %19'u, 18 yaşına gelmeden önce gebelik yaşamakta ve 15 - 19 yaşları arasındaki 15 milyondan fazla kız çocuğu her yıl doğum yapmaktadır. Düşük gelirli ülkelerde de 15 - 19 yaş grubundaki genç kızlarda gebelik ve doğum en önemli ölüm nedenidir. Tüm dünyadaki güvenli olmayan küretajların %40'ını adölesan kızlar ve genç kadınlar oluşturmaktadır (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2015). Ülkemizde 15 – 19 yaş grubu doğurganlık hızı binde 21'dir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018).

Cinsel sağlık, üreme sağlığı sorunları arasında incelenen başlıklardan olup, aynı zamanda toplumda en az bilgi sahibi olunan konudur. Adölesanların cinsel sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda adölesan dönemde evlenmiş olan bireylerin çoğunuğunun cinsellikle

ilgili bilgilerinin hiç olmadığı / çok az olduğu (Soylu ve Ayaz, 2013; Aktepe ve Atay 2017) ya da yetersiz / orta düzeyde bilgiye sahip oldukları bildirilmiştir (Demir ve Şahin, 2014; Çalışkan ve ark, 2015). Ayrıca çalışmalarda bilgi kaynağı olarak akraba ve arkadaş (Güler ve Küçüker, 2010; Demir ve Şahin, 2014) ile okul, sağlık personeli, aile, radyo – televizyon, magazin dergilerinin gösterildiği belirtilmiştir (Demir ve Şahin, 2014). Bir diğer çalışmada üniversite öğrencilerinin bu konudaki bilgileri arkadaş (%42,3), okul (%24,6), hekim (%17,7) ve aileden (%15,4) aldığı rapor edilmiştir (Çalışkan ve ark, 2015).

Kahire Konferansı'nda (1994) adölesanların cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik bilgi, hizmet ve danışmanlığa ulaşılabilirliğinin yetersiz veya tamamiyla eksik olduğu ve genç bir kadının gizlilik, mahremiyet, saygı görme ve bilgilendirme ile karar verme hakkının göz ardı edildiği vurgulanmıştır. Konferans'ta üreme sağlığı programlarının, adölesanların gereksinimlerini de kapsayacak şekilde hazırlanması ve hizmetlerin liderlik, planlama, karar verme, yönetim, uygulama, düzenleme ve değerlendirmelerinde kadınların da katılımının sağlanması gereği belirtilmiştir. Ayrıca üreme sağlığına ilişkin bilgi, danışmanlık ve hizmetlerin adölesan ve yetişkin erkeklerle ulaşabilmesi için yenilikçi programların hazırlanması, hizmetlerin, özellikle kadınlar ve adölesanların gereksinimlerine duyarlı olması, onların çoğunlukla gücsüz olan konumlarına ve cinsel şiddet kurbanı olanlara özen gösterilmesi gereği rapor edilmiştir (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, 1994; Akın, 2011).

2.2.1. Adölesanlarda Cinsel Sağlık

DSÖ cinselliği; “*Cinsellik sadece hastalık, işlev bozukluğu veya halsizlik olmaması değil, fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal iyilik halidir. Cinsel sağlık, cinselliğe ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygılı bir yaklaşımın yanı sıra, zorlama, ayrımcılık ve şiddet içermeyen, zevkli ve güvenli cinsel deneyimlere sahip olmayı gerektirir. Cinsel sağlığın korunması ve sürdürülmesi için tüm kişilerin cinsel haklarına saygı gösterilmeli, korunmalı ve bu konuda ki gereksinimleri yerine getirilmelidir.*” olarak tanımlanmıştır (World Health Organization, 2017a).

Cinsellik, doğum öncesi başlayıp sadece cinsel organları değil, bütün vücutu ve akli içeren, ömür boyu süren, insanların değerleri, inanışları, duyguları, kişilikleri, sevdikleri, sevmedikleri, tutumları, davranışları, fiziksel görünüşleri ve yaşadıkları ülkelere göre farklılık gösteren bir kavramdır (Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı

Rehberi, 2009; United Nations Population Fund, 2016; World Health Organization, 2017c). Cinsel davranış da içinde yaşanan toplumun sosyal yapısı, kültürel özellikleri, dini ve gelenekleri gibi pek çok özellikten etkilenebilmektedir (Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, 2009; Özcebe ve Biçer, 2013; United Nations Population Fund, 2016; World Health Organization, 2017a).

Dünya Sağlık Örgütü her bireyin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı ve cinsel sağlığın gerçekleşmesinde kritik haklar olduğunu bildirmiştir. Bu haklar; eşitlik ve ayrımcılık yapmama, işkence / insanlık dışı, aşağılayıcı şekilde davranışımama, mahremiyet, cinsel sağlık dâhil ulaşılabilir en yüksek sağlık standartı, sosyal güvenlik, eşlerin özgürce ve tam rızası ile evlenme, bir aile kurma, evliliğin sona ermesinde eşler arasında eşitlik, çocuk aralığına ve sayısına karar verme, bilgi edinme ve eğitim, düşünce - ifade özgürlüğü ve temel hakların ihlali için etkili bir başvuru hakkı olarak bildirilmiştir (World Health Organization, 2017a).

Evlilik öncesi cinsel deneyim çoğu toplumda ahlaki bir sorun olarak karşımıza çıkmakta ve yine bu toplumlarda adölesan dönemde evlenmeyi olağan kabul ederek kız çocuklarını erken yaşlarda evlendirdikleri görülmektedir. Buna karşın gelişmiş ülkelerin birçoğuunda adölesanların evlilik öncesi cinsel ilişki yaşamaları ahlaki bir sorun olarak görülmemektedir. Ülkemizde ise “bekâret” kavramı halen tabu olarak görülmektedir. Adölesanların evlenerek ya da evlenmeden erken yaşlarda bilinçsiz bir şekilde cinselliği deneyimlemeleri üreme sağlığı sorunlarına yakalanma riskini artırmaktadır (Akın, 2012; Özcebe ve Biçer, 2013; Kaynak, 2014). Ankara'da 14 – 17 yaş grubu ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %57,8'inin son bir yıl içinde üç ve daha fazla kişiyle cinsel ilişkide bulunduğu bildirilmiştir (Ulu ve ark, 2015). Teksas'ta 12 – 18 yaş grubuna yapılan bir çalışmada da %67,7'sinin en az bir kez cinsel ilişkide bulunduğu rapor edilmiştir (Cheung ve ark, 2014). Bir üniversitede erkek öğrenciler ile evlilik öncesi cinselliğin incelendiği bir çalışmada da %66,9'u erkeklerin ve %81,2'si kadınların ilk cinsel deneyimlerini evlilik öncesi yaşamalarını uygun bulmadığı, bekâretin önemli olduğu (%82,9), evleneceği bireyin bakır olmasını istediği (%74,0) bildirilmiştir (Evcili ve ark, 2013).

Kahire Konferansı Eylem Planları'nda, adölesanların CSÜS hakkındaki sorunları, kendi isteğiyle cinsel perhiz uygulaması, bilinçli olarak sağlıklı cinsellik ve üremeye yönelik davranışların yaygınlaştırılması, özellikle bu yaş grubuna özel uygun danışmanlık ve hizmetlerin sağlanması, çözüm üretimi, adölesan gebeliklerin, istenmeyen gebeliklerin, güvenli olmayan düşüklerin, HIV / AIDS dâhil CYBE'lerin tümünü önemli ölçüde azaltması amaçlanmıştır (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, 1994).

2.2.2. Adölesanlarda Gebelikten Korunma Yöntemleri

Adölesan evliliklerinde erken cinsel aktivite davranışları sonucunda gebelik görülme riski artmaktadır. Sağlığın sürdürülebilir kalkınma hedeflerinden biri, 2030 yılına kadar dünyanın aile planlaması, bilgi, eğitim ve üreme sağlığının entegrasyonu da dahil olmak üzere cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişim sağlanmasıdır. Kontraseptif bilgi ve hizmetlere daha iyi erişim, gebeliği ve çok küçük yaşta gerçekleşen doğumlara engel olur (World Health Organization, 2018b). Dünyada pek çok kadın çeşitli nedenlerden dolayı etkin bir gebelikten korunma yöntemi kullanmamakta ya da kullandığı yöntemi etkili olarak kullanamamaktadır. Toplumsal ve politik etkenler nedeniyle de birçok kadın gebelikten yeterince korunamamakta ve istenmeyen gebelikler oluşmaktadır (Akın, 2011; Gökgöl, 2012; World Health Organization, 2018b).

İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi için etkili modern yöntemlerin düzenli olarak kullanılması önemlidir. Dünyada 71 ülkede 1990 yılından itibaren sürdürülen Nüfus ve Sağlık Araştırmaları sonuçlarına göre, 500 milyonu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere yaklaşık 600 milyon kadının gebelikten korunma yöntemi kullandığı bildirilmiştir. Bu ülkelerde en sık kullanılan yöntemler kadında cerrahi sterilizasyon, doğum kontrol hapları, enjektabl yöntemler ve rahim içi araç olarak belirtilmiştir (Gökgöl, 2012). Buna karşın gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 222 milyon kadın güvenilir ve kaliteli aile planlaması hizmetlerine, bilgilerine ve malzemelerine ulaşamamaktadır (United Nations Population Fund, 2012; Say ve ark, 2014). Gebelikten korunma yöntemlerine ulaşılamayınca; istenmeyen ve riskli gebelikler oluşmakta ve buna bağlı olarak da anne - bebek ölümleri artmaktadır. Dünya genelinde özellikle de gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, kadınların %17'sinin istenmeyen gebelik olmasına rağmen herhangi bir gebelikten korunma yöntemi kullanmadığı ve her yıl yaklaşık yarım milyon anne ölümünün gerçekleştiği rapor edilmiştir (Erenel ve ark, 2011; United Nations Population Fund, 2015; World Health Organization, 2016). Gebelikten korunma yöntemi kullanım oranlarının Latin Amerika, Avrupa ve Asya ülkelerinde %42 - 68, Afrika ülkelerinde %3 - 49 arasında olduğu bildirilmiştir (World Health Organization, 2017c).

TNSA (2013)'nda ülkemizdeki evli kadınların gebelikten korunma yöntemlerini az sayıda çocuk sahibi iken kullanmaya başladıkları rapor edilmiştir. Evli kadınların %8,6'sı hiçbir korunma yöntemi kullanmadığı ve %34'ünün de bir çocuk sahibi olduktan sonra gebelikten korunma yöntemi kullanmaya başladığı bildirilmiştir (Seçkiner ve ark, 2014). Yapılan diğer çalışmalarda da geri çekme ve / veya takvim yönteminin yaygın olarak kullanıldığı rapor edilmiştir (Oltuoğlu ve Başer, 2012; Cheung ve ark, 2015; Ateşer ve ark,

2017; World Health Organization, 2018b). Ülkemizde adölesan gebeliklerin incelendiği bir başka çalışmada da 15 - 18 yaşlarındaki evli olan bireylerin çoğu, evliliklerinin ilk iki yılında gebelik istemedikleri (%65), ancak herhangi bir gebelikten korunma yöntemini de kullanmadıkları (%73) açıklanmıştır (Demirbağ ve ark, 2013). Bazı çalışmalarda da kadınların yöntem kullanmasına izin verilmemiği ve / veya eşinin karar verdiği bildirilmiştir (Seçkiner ve ark, 2014; Karadağ ve ark, 2013; Karaçalı ve Özdemir, 2018).

Karadağ ve ark (2013)'nın çalışmasında çoğu kadınının aile planlaması hakkında; hemşire, ebe, doktor, çevre ve komşusundan bilgi aldığı bildirilmiştir. Sağlıklı üreme, etkili modern gebelikten korunma yöntemleri hakkında kadınların bilgilendirilmesi ve kendi kararı ile güvenli bir şekilde kullanması ile sağlığını riske atmadan doğurganlığını kontrol altına alabilmesi ile sağlanabilir (Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, 2009; Karakaş ve Pehlivan, 2013). Literatürde gebelik aralığının en az iki yıl, doğum aralığının ise en az üç yıl süre olması, 18 yaşından önce, 35 yaşından sonra ile dört ve daha fazla gebeliklerin önlenmesi kadın sağlığının korunması ve iyileştirilmesi bakımından önemli olduğu belirtilmiştir. Sık aralıklarla yaşanan gebelikler sonucu anne ve bebek ölümlerine neden olabilen ciddi üreme sağlığı sorunları gelişebilmektedir (Koç ve ark, 2014). Malatya'da yapılan bir çalışmada, doğum aralığı bir yıl ve daha az olan annelerin bebeklerinin diğerlerine göre üç kat daha fazla oranda düşük doğum ağırlıklı oldukları bildirilmiştir (Karakaş ve Pehlivan, 2013).

2.2.3. Adölesan Gebelikler ve Doğum Sonuçları

Adölesan doğum oranları kadın, çocuk ve ergenlerin sağlığı için küresel stratejide önemli bir göstergedir. Dünyada tüm doğumların %11'i 15 - 19 yaş grubunda olan kızlara aittir ve bu doğumların büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (World Health Organization, 2018a). Önlenebilir gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle 2013 yılında her gün yaklaşık 800 kadın yaşamını yitirmiştir. Bunlar; kanama, hipertansiyon, enfeksiyonlar, güvenli olmayan düşük ve komplikasyonları, ilerlemeyen eylem ve önceden var olan sağlık koşulları ile gebelik arasındaki etkileşimle ortaya çıkan dolaylı ölümlerdir (World Health Organization, 2015). Gelişmiş ülkelerdeki anne ölümleri gelişmemiş ülkelere göre çok daha azdır. Gelişmiş ülkelerde yaşayan bir kadının hayatı boyunca annelik ile ilgili nedenler yüzünden ölme riski gelişmekte olan ülkelerde yaşayan bir kadına göre yaklaşık 23 kat daha azdır (World Health Organization, 2015). Ülkemizde de

aşırı doğurganlık ve istenmeyen gebelikler sonucunda anne ölümleri halen yaşanmakta olup anne ölüm sıklığı yüzbinde 14,6 olarak bildirilmiştir (Sağlık İstatistileri Yıllığı, 2018).

Adölesan evliliklerde oluşan gebeliklere bağlı anne ve bebek ölüm oranları ile hastalıkları daha ileri yaşı gruplarına göre çok daha yüksek oranlarda görülmektedir. Önemli bir kısmı Afrika ve Asya ülkelerinde (%95) görülen anne ölümlerinin sadece %1'i gelişmiş ülkelerde gerçekleşmekte olduğu bildirilmiştir (World Health Organization, 2018a). Bu konuda yapılan çeşitli çalışmalarda 18 yaşından önce doğum yapan annelerin düşük / ölü doğum ve anne ölümü ile karşılaşma riskinin daha ileri yaşlarda anne olan kadınlara göre daha yüksek oranlarda olduğu bildirilmiştir (Uzun ve Orhon, 2013; Karabulut ve ark, 2013; Nakua ve ark, 2015; Girls not Brides, 2016a). Kuzeydoğu Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise adölesan annelerde preeklampsi (%11,52) ve erken doğumların (%23,64), 20 - 25 yaş grubu annelere (sırasıyla; %6,06 ve %15,76) göre daha yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir (Medhi ve ark, 2016). Ülkemizde adölesan grupların incelendiği çalışmalarda yüksek oranlarda erken doğumlar rapor edilmiştir (sırası ile; %37,5; %9,09) (Melekoğlu, 2013; Yuç ve ark, 2015). Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda da adölesanlarda erken doğum görülme sıklığının yetişkinlere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Malabarey, 2012; Karabulut ve ark, 2013; Ozdemirci ve ark, 2016).

Kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli sağlık sorunlarının gebelik, doğum ve doğum sonu süreçleri kapsayan dönemde geliştiği bilinmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada Gana'da nitelikli obstetrik bakım algıları incelenmiş ve kadınların %11,8'i 15 - 19 yaş grubunda, %14,6'sının da 35 - 49 yaş grubunda olduğu bildirilmiştir (Nakua ve ark, 2015). Zambiya'da yapılan bir çalışmada gebelerin %2'sinin, Nepal'de yapılan bir çalışmada %28'inin hiç DÖB almadığı, Nijerya'da yapılan bir çalışmada ise 15 -20 yaş arası gebelerin %44'ünün üç ve daha az DÖB aldığı rapor edilmiştir (Neupane ve Doku, 2012). TNSA (2013) raporunda ülkemizde 15 - 19 yaş grubundaki kadınların doğurganlık hızı %4,6 olarak bildirilmiştir (Koç ve ark, 2014). Bu gebelerin sağlık personelinden en az bir kez DÖB almaları oldukça yüksek oranlarda (%94,0) görülmekte olup bölgeler arasında farklılıklar olduğu bildirilmiştir (Ergöçmen ve ark, 2014). İstanbul'da yapılan bir çalışmada 18 yaş altındaki gebelerin DÖB alma oranı %26 iken, 19 – 34 yaş grubunda ise %34,7 olarak bildirilmiştir (Topçuoğlu ve ark, 2014). DSÖ tarafından geliştirilen “Güvenli Annelik Paketi” anne ve çocuk sağlığında müdahale ve eylemleri yönlendirerek rehberlik yapmaktadır (Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, 2009).

2.2.4. Adölesanlarda Düşükler / Küretajlar

Adölesan dönemde evlenen kız çocukları diğer yaş gruplarına göre daha fazla istenmeyen ve planlanmamış gebelikler ile karşılaşmaktadır. Ülkemizde 15 - 19 yaş grubunda isteyerek düşük hızı %1,2 olup bu düşüklerin özel sektörde, devlet / numune hastanesinde, doğumevinde ve üniversite hastanesinde gerçekleştirildiği rapor edilmiştir (Adalı ve ark, 2014). Dünyada, her yıl güvenli olmayan koşullarda 25 milyon küretaj gerçekleşmektedir. Sağlıklı olmayan koşullarda gerçekleşen küretajlara bağlı olarak tahmini 47,000 ölüm ve beş milyon kadında da sakatlanmalar gelişmektedir. Bu ölümlerin ve sakatlıkların çoğunuğu cinsel eğitim, doğum, güvenli düşük ve güvenli küretaj olanaklarının sağlanması ile önlenebilmektedir (Say ve ark, 2014; World Health Organization, 2017c). Dönmez ve ark (2016)'nın literatüre dayalı çalışmasında, düşük yapmak için kadınların zararlı olabilen maddeler içmek, rahim içine katı cisim ve fiziksel güç uygulamak gibi kadın sağlığını tehdit eden riskli uygulamalar yaptığı bildirilmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar, güvenli olmayan düşük sonrası dış gebelik, erken doğum ve sonraki gebeliklerde kendiliğinden düşük gibi kalıcı sakatlıklar ve uzun süreli gelişen komplikasyonlar görüldüğü bildirilmiştir (Tezcan ve Ergöçmen, 2012; Calvert ve ark, 2018; World Health Organization, 2018a). DSÖ, düşüklerde güvenli ve uygun bakım koşullarının sağlanarak düşüklerle bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için “Güvenli Düşük: Sağlık Sistemleri için Uygulama Rehberi” oluşturmuştur (World Health Organization, 2012).

İstenmeyen gebelik nedenleri arasında; öncelikle evlilik dışı gebelikler olmakla birlikte zorla / ensest cinsel ilişki, gebelikten korunma yöntemlerinin bilinmemesi ve ulaşılamaması, yöntemlerin kullanım hataları / başarısızlığı, kadının doğurganlığına kendisinin karar vermemesi ve toplumsal statüsünün düşük oluşu sayılabilir (Akın, 2011; Dölen, 2012; Öztürk ve ark, 2014; World Health Organization, 2018d). Bu konuda yapılan çalışmalar; isteyerek düşüklerin yasalarla sınırlırılması yerine yasal olarak izin verilmesi, hizmet standartlarının oluşturulması, hizmete kolay ulaşılabilirliğinin ve kontrolünün sağlanması ile düşüğe bağlı anne ölümlerinin ve sakatlanmaların önlenerek kadın sağlığının iyileştirilmesine önemli katkı yapacağı bildirilmiştir (Akın, 2011; Ortaylı ve Çağatay, 2012; Özcebe ve Biçer, 2013). Ansari ve ark (2015)'nın, Afganistan'da yaptığı çalışmada ebelerin Manual Vacuum Aspirator (MVA) ile gebeliği sonlandıabileceği ve abortus sonrası bakım hizmetlerinde etkin rol alabileceği belirtilmiştir. Gana'da yapılan başka bir çalışmada, ebelik bölümünden eğitimcileri, ebelerin küretaj sonrası bakım hizmeti vermelerinin önemini vurgulayarak, okullarında bu eğitimlerin gönüllü olarak verilebileceğini bildirmiştir (Voetagbe ve ark, 2010). Bu konuda

yapılan diğer çalışmada da; olguların %68'inin küretajının olduğu, %40,5'inin asla gebelik istemediği ve düşük sonrası bakım kapsamında etkili gebelikten korunma yöntemi sunumunun önemi rapor edilmiştir (Tesfaye ve ark, 2014).

2.2.5. Adölesanlarda Genital Enfeksiyonlar ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Adölesan evliliklerinin CYBE yönünden riskli olduğu bildirilmiştir (Girls not Brides, 2016a; World Health Organization, 2017c). DSÖ her yıl 20 gençten birinin tedavi edilebilir bir CYBE'ye yakalandığını belirtmektedir (World Health Organization, 2017c). Bir üreme sağlığı sorunu olarak CYBE, gelişmekte olan ülkelerde görülmeye sıklığı gelişmiş ülkelerle göre daha yüksek oranlarda bildirilmiştir. DSÖ, günümüzde en sık görülen CYBE'nin HIV olduğu ve büyük çoğunluğunun DSÖ Afrika bölgesinde olmak üzere 2016 yılında tahmini 2,1 milyon adölesanın HIV ile yaşadığı bildirilmiştir. Tüm yaş gruplarında HIV'e bağlı ölümler 2006 yılı sonuçlarına göre azalmakla birlikte bu azalmanın adölesanlar arasında olmadığı bildirilmiştir (World Health Organization, 2018a).

CYBE; anneden bebeğe plasenta yoluyla, kan ve kan ürünleri transfüzyonlarıyla, cinsel ilişkiye, kan, semen ve diğer vücut sıvılarıyla bulaşabilir. Tedavi edilmeyen enfeksiyonlar, pelvik enfeksiyonlar, infertilite ve ektopik gebelik gibi pek çok ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tedavi Rehberleri (2015) ve Centers For Disease Control (CDC, 2017) tarafından cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisinin tam doz olması ve tüm cinsel partnerlerin de tedavi edilmesi gereği önerilmektedir (Aydoğan ve ark, 2015; Center for Diseases Control and Prevention, 2017).

Bu konuda yapılan çalışmalarda 15 - 24 yaşları arasındaki kişilerde CYBE görülmeye oranının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Aslan ve ark, 2014; Cheung ve ark, 2014; Hull ve ark, 2017). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmanın incelendiği araştırmalarda yapılması gerekenlere katılımcıların verdiği yanıtlar; hastalığı bulaştırma ihtimali olan riskli kişilerle ilişkiye girmemek (%31,9) (Demir ve Şahin, 2014), kondom kullanmak (sırası ile; %37; %31,5; % 69,19; %84,6) (Hall ve ark, 2012; Demir ve Şahin, 2014; Dessie ve ark, 2014; Çalışkan ve ark, 2015), kimseyle cinsel ilişkide bulunmamak (Demir ve Şahin, 2014; %3,9), gebeliği önleyici hap kullanmak (%1,2) (Demir ve Şahin, 2014) ve tek eşlilik (Demir ve Şahin, 2014; Saracoğlu ve ark, 2014; Çalışkan ve ark, 2015) olarak rapor edilmiştir.

2.2.6. Adölesanlarda İnfertilite

İnfertilite, 12 ay veya daha fazla süre ile düzenli korunmasız cinsel ilişkiden sonra gebelik olmaması ile tanımlanan bir üreme sağlığı sorunudur (World Health Organization 2017a). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre infertilite görülme sıklığı %4 - 14 arasındadır ve birlikte yaşayan çiftlerin %8 - 10'unun infertil olduğu bildirilmiştir (Bahamondes ve Makuch 2014; Direkvand ve ark, 2014). İnfertilite görülme sıklığı ülkeler arasında farklı oranlarda bildirilmiştir. Bu oranların; Amerika Birleşik Devletleri'nde %15 (Oltuluoglu ve Başer 2014), Sahraaltı Afrika'da %30 - 40 (Bahamondes ve Makuch 2014) olduğu rapor edilmiştir. TNSA (2013)'nda gebe kalması mümkün olmayan 15 - 49 yaş arası kadınların oranı %6,5 olarak bildirilmiştir (Eryurt ve ark, 2014).

İnfertilite olgularının çoğunluğu sonradan gelişmektedir. Bu olguların en sık ve önemli nedeni; CYBE, güvenli olmayan düşükler, doğum sonrası dönemde oluşan pelvik enfeksiyonlar, yetersiz hijyen koşulları ve madde kullanımı olarak bildirilmiştir (Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, 2009; Akın, 2011; Girls not Brides, 2016a; World Health Organization, 2017a). Yapılan çalışmalarda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavi edilmediği durumlarda infertilite gelişme oranının (sırası ile; %42,9; %17,8; %43,9) olduğu rapor edilmiştir (Bakır ve Beji; 2013; Ulu ve ark, 2015; Karasu ve ark, 2017). Haliloglu ve ark (2013)'nın çalışmasında infertilite gelişiminde madde kullanımının önemli olduğu belirtilmiştir. Adölesan gebeliklerin geç dönemde ve güvenli olmayan koşullarda sonlandırılması sonucu, aşırı kanama, uterus perforasyonu, bağırsak yaralanmaları, sepsise yol açan enfeksiyonlar, pelvik yapışıklıklar, kronik pelvik ağrı ve infertilite gelişebilecegi bildirilmiştir (Çelik ve ark, 2013).

İnfertilite her iki cinsiyette de sorun olmasına rağmen birçok toplumda sosyal ve psikolojik sonuçları daha çok kadınlar üzerine yüklenmektedir. Üreme sağlığı kavramı, sadece kadının değil erkeğin gereksinimlerini de içermektedir. Bu konu aynı zamanda her iki cinsin toplumdaki statü ve rolleri bakımından da önemlidir. Kadınların doğurganlık davranışları, ideal aile büyülüğu ve doğum aralıkları, cinsiyet tercihleri, gebelikten korunma yöntemlerini kullanma gibi konularda erkeklerin bilgi ve tutumları belirleyici olmaktadır. Dolayısı ile erkeklerin de üreme sağlığı gereksinimlerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Gebelik, doğum ve CYBE'lere bağlı gelişen ciddi sekeller gibi üremeye ait sorunlar coğulukla kadınlar üzerinde görülmektedir. Bu nedenle infertilitenin önlenmesi ve tedavisi üreme sağlığı hizmetleri kapsamında yer almalıdır (Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, 2009). Bu durum cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili

hizmetlere erkeklerin katılımını sağlamak için önemli bir fırsat sağlayabilir. Çocuk sahibi olamama bireyler üzerinde geniş kapsamlı psikososyal etki yapabilir. Evlilik anlaşmazlığı, boşanma gerekçesi, aileden veya toplumdan dışlanma ve cinsiyete dayalı şiddet çocuk sahibi olamayan bireylerde daha fazla görülebilir (World Health Organization, 2017a).

2.2.7. Adölesnlarda Kadına Yönelik Şiddet

Kadına yönelik şiddet, cinsiyete dayanan, kadını inciten, zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanan ya da sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ve / veya özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanması neden olan her türlü davranış olarak tanımlanmaktadır (Sargin, 2012; Köşgeroğlu ve ark, 2015; Öztürk ve ark, 2015).

Dünyada milyonlarca kadının yaşamının herhangi bir döneminde şiddete maruz kaldığı bilinmekte, ancak gelenekler, kadının statüsünün düşük olması ve ekonomik özgürlüğünün olmaması gibi nedenlerle kadına yönelik şiddet çoğunlukla gizli tutulmaktadır (Sargin, 2012; Şenol ve Yıldız, 2013). Kadına yönelik şiddetle ilgili yapılan çalışmalar kadınların eşlerinden, kendisinin ve eşlerinin ailelerinden şiddet gördüğünü göstermektedir (Aksakal ve Atasayar, 2011; Sargin, 2012; Öztürk ve ark, 2015).

DSÖ, dünya genelinde 15 - 19 yaş grubu bireylerin %29,4'ü eş / partner şiddetine maruz kaldığını rapor etmiştir (World Health Organization, 2013b). Bu konuda yapılan çalışmalarda da adölesan evliliği yapmış olanların daha ileri yaşlarda evlenen kadınlara göre daha fazla şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Kaynak, 2014). Bangladeş'te yapılan bir şiddet çalışmada eşi tarafından şiddete maruz kalan kadınların %78,9'unun adölesan evliliği yapanlar olduğu bildirilmiştir (Yount ve ark, 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada adölesan yaşta evlenenlerin kontrol grubuna göre daha çok fiziksel ve cinsel şiddet gördükleri bildirilmiştir (Güneş ve ark, 2016). Diğer bir çalışmada ise evli adölesanların yaygın bir şekilde eşi tarafından fiziksel (%14,6) ve duygusal (%27,1) şiddet / istismar edildiği rapor edilmiştir (Soylu ve Ayaz, 2013).

Kadına yönelik şiddet; fiziksel, cinsel, psikolojik ve sosyal (duygusal) ve ekonomik şiddet başlıklarında incelenmektedir.

Fiziksel şiddet kaba kuvvetin; korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmıştır. İtmek, tokat atmak, saçını çekmek, tekmelemek, yumruklamak, eşya fırlatmak, bıçak, silah gibi aletlerle tehdit etmek veya saldırmak, töre / namus cinayetleri,

kadının sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engellemek, işkence yapmak (kadının bedeni üzerinde sigara söndürmek, tükürmek vb) davranışlar fiziksel şiddet içeren davranışlardır (Sargin, 2012; Öztürk ve ark, 2014; Öztürk ve ark, 2015). Ülkemizde, eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalan kadınların oranı %36 ve en fazla Orta Anadolu Bölgesi’nde (%43) olduğu belirtilmiştir (Kaptanoğlu ve Cavlin, 2015).

Tecavüz ve cinsel taciz dâhil neredeyse tüm şiddet türlerini kapsayan cinsel şiddet; kadını rıza göstermediği herhangi bir cinsel davranışa zorlamaktır. Bu tür şiddete sıkılıkla maruz kalınmasına rağmen çoğu kez gizli tutulmaktadır (Nagassar ve ark, 2010; Sargin, 2012; United Nations Population Fund, 2013). Tecavüz; çoğunlukla kadınların maruz kaldığı bir şiddet türüdür ve kadınların en çok korktuğu saldırılardan başında gelmekte, kadınların hayatlarını derinden etkilemeye ve kısıtlamaktadır.Çoğu kadın mağdur oldukları halde bu durumu ispat edemediğinden ya da toplum tarafından damgalanma endişesinden dolayı tecavüze uğradığını saklamakta ve resmi birimlere bildirememektedir (Chen ve ark, 2014; Öztürk ve ark, 2015). Cinsel taciz en sık işyerlerinde görülmektedir. İşyerinde taciz kötü anlam taşıyan her türlü davranıştı, sözü, eylemi, hareketi ve yazısı kapsamaktadır (Şenol ve Yıldız, 2013; Öztürk ve ark, 2015). Türkiye genelinde evlenmiş kadınların %12'si yaşamın herhangi bir döneminde cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (Kaptanoğlu ve Cavlin, 2015). Bir başka cinsel şiddet türü olan ensest, aralarında kan bağı bulunanlar veya yakın akrabalar arasındaki cinsel ilişkidir. Böyle bir cinsel ilişki hukuk sistemleri tarafından yasaklanmış ve suç olarak kabul edilmiştir (Theobald ve Farrington, 2012; Öztürk ve ark, 2015).

Psikolojik ve sosyal şiddet (duygusal şiddet), duyguların ve duygusal ihtiyaçların, karşı tarafa baskıcı uygulayabilmek için tutarlı bir şekilde istismar edilmesi, bir tehdit aracı olarak kullanılması ve en yaygın olanıdır (Chen ve ark, 2014; Şenol ve Yıldız, 2013). Duygusal şiddeti gösteren bazı davranışlar arasında; kadının sevgi, şefkat, ilgi, onay, destek gibi duygusal ihtiyaçlarını göz ardı etmek, hakaret etmek, aşağılamak, başkalarının yanında küçük düşürücü söz ve davranışlarda bulunmak, kadının arkadaşlarını ve aile bireylerini sürekli aşağılamak, kadının ailesiyle / arkadaşlarıyla görüşmesini kısıtlamak ya da engellemek, kıskançlık sayılabilir (Chen ve ark, 2014; Şenol ve Yıldız, 2013). Türkiye genelinde kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde maruz kaldıkları duygusal şiddet oranı %44'tür (Kaptanoğlu ve Cavlin 2015).

Ekonomik şiddet, ekonomik kaynakların ve paranın düzenli bir şekilde kadın üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak kullanılmasıdır. Örneğin; kadının maaşına, gelirine veya mal varlıklarına (araba, ziynet eşyası vb) el koymak, çalışmaya zorlamak / çalışmasına

engel olmak, kadının işyerine gelip olay çıkartmak, iş seyahatlerine izin vermemek, çok kısıtlı harçlık vermek, ailenin gelirini içkiye kumara yatırmak, ailenin geliri hakkında kadına bilgi vermemek, evlilik sırasında edinilen tüm malların erkeğin üstüne yapılmasını sağlamak gibi davranışlar ekonomik şiddetin içermektedir (Weitzman, 2014; Öztürk ve ark, 2015). Türkiye'de ekonomik şiddete maruz kalan kadınların oranı %30'dur (Kaptanoğlu ve Cavlin, 2015).

Kadına yönelik şiddetin nedenleri; psikotik, non - psikotik bozuklukları olanlar, anti - sosyal ve paranoid kişilik bozuklukları gibi psikolojik rahatsızlıklar olanların şiddet uygulamaya yatkın oldukları kabul edilmektedir (Nagassar ve ark, 2010; Weitzman, 2014; Öztürk ve ark, 2015). Kadına yönelik şiddetin en önemli nedenlerinden bir diğeri de ekonomik kökenlidir (Karakaş ve Pehlivان, 2013; Weitzman, 2014).

Kadına yönelik şiddet kadın sağlığını olumsuz etkilemeye, sadece kadın olmaları nedeniyle uğradıkları şiddet nedeniyle üreme çağındaki kadınların sağlıklı yaşam sürelerinin azaldığı belirtilmektedir (United Nations Population Fund, 2013; World Health Organization, 2013b). Kadına yönelik şiddet kesi, kırık, iç organ yaralanmaları, organ kayipları, kalıcı sakatlıklarla, istenmeyen gebeliklere, HIV dâhil CYBE'lere, PID ve düşüklere neden olabilmektedir. Ayrıca şiddet gören kadınlarda kronik pelvik ağrı, astım ve baş ağrıları sık görülen sağlık sorunlarıdır. Şiddet gören kadınlarda madde kullanımı, korunmasız cinsel ilişkide bulunma gibi kendine zarar verici davranışlar sık rastlanmaktadır, depresyon, korku, anksiyete, azalmış özbenlik saygısı, cinsel işlevlerde bozukluklar, yeme problemleri, obsesif - kompulsif davranış bozukluklarıyla, post travmatik stres bozukluğununa neden olabilmektedir (United Nations Population Fund, 2013; Şenol ve Yıldız, 2013; World Health Organization, 2013b). Ayrıca kadınlar gebelikten korunmasına izin verilmemesi, kadının doğurganlığı ile ilgili kendisinin karar verememesi gibi nedenlerle gebe kalarak doğurmak zorunda bırakılmaktadır (Gökgöl, 2012; Şenol ve Yıldız, 2013).

2.3. Adölesan Evlilikleri

Adölesan evliliği, “*fiziksel, fizyolojik ve psikolojik açılarından evlilik ve çocuk doğurma sorumluluğu taşımaya hazır olmadan ve genellikle 18 yaşından önce gerçekleşen evlilikler*” olarak tanımlanmaktadır (United Nations Population Fund, 2014; Girls not Brides, 2016b).

Çocuk yaşıta evlilik, erken evlilik, çocuk gelin ve çocuk evlilikleri gibi ifadeler birbirinin yerine kullanılarak 18 yaşından önce gerçekleşen evlilikleri tanımlamaktadır (Türkiye Evlilik Tercihleri, 2015; Girls not Brides, 2016b). Kavram çeşitliliği ülkemizde hala

yürürlükte olan hukuk sisteminde de görülmektedir. Türk Medeni Kanunu 17, Türk Ceza Kanunu 15 ve Çocuk Koruma Kanunu ise 18 yaşını doldurmadan yapılan evlilikleri çocuk evliliği olarak tanımlamaktadır. Ülkemizin de taraf olduğu Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi “*Çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşıta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.*” ifadesini kullanmaktadır (Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi, 20 Kasım 1989). İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nin 16. maddesine göre; “*Evlilik çağına gelen her erkek ve kadın ırkı, uyruğu ve dini bakımından hiçbir kısıtlamaya tabi olmaksızın evlenmek ve aile kurmak hakkına sahiptir*” (United Nations Children’s Fund, 2004). Ayrıca İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Kadına Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW), Çocuk Hakları Sözleşmesi, Kahire ve Pekin Konferansı gibi uluslararası konferans ve sözleşmelerde alınan kararlar gereği de çocukluk döneminin henüz tamamlanmadan evliliklerin gerçekleşmemesi gerekmektedir (Özvarış ve Ertan, 2003; Akın, 2011).

Adölesan evlilikleri çocukluk çağında, genellikle bireyin gelişimini tamamlamadan ve bilinçli onay alınmadan gerçekleşmekte olduğundan dolayı bir istismar şekli olarak kabul edilmektedir. Evliliğin, bireylerin özgür iradeleri ile seçikleri bireysel bir hak ve yaşam şekli olması, hukuk ve toplum kurallarına uygun olması gerekirken bu evliliklerde toplumsal ve kültürel değerlere göre çeşitlilikler gösteren yaklaşım ve uygulamalar bulunmaktadır (Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012; Kaynak, 2014). Malhotra ve ark (2011)’nın adölesan evliliklerin önlenmesine yönelik programları inceledikleri sistematik derlemede beş strateji üzerinde toplanmış olan 23 program tespit ettiklerini bildirmiştir. Bu programlar; kızların bilgi, beceri ve destek sistemleriyle güçlendirilmesi, ebeveyn ve toplumun eğitilerek harekete geçirilmesi, kız çocukları için resmi eğitim niteliği ve ulaşılabilirliğinin artırılması, kız çocukları ve aileleri için ekonomik destek ve özendirici hizmetler sunulması, yasal çerçeveyin ve önlemlerin etkinleştirilmesidir.

2.3.1. Türkiye'de ve Dünyada Adölesan Evlilikleri

Adölesan yaşlarındaki evlilikler, neden olduğu pek çok sağlık sorunlarına rağmen engellenmemekte ve dünyada yaklaşık her yıl 15 milyon kız çocuğunun evliliği 18 yaşını doldurmadan gerçekleşmektedir. Ülkemizde Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre 15 - 19 yaş grubundaki evli kadınların oranının giderek azaldığı (2003'te

%11,9, 2008'de %9,6 ve 2013'de %7), ancak halen yüksek olduğu görülmektedir (Koç ve ark, 2014).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu (2014)'nda, eğer çocuk evlilikleri azaltılmazsa, 2050 yılında tüm dünyada 1,2 milyar çocuk gelin olacağı belirtilmiş ve üye ülkelerin çocuk evliliklerini yasaklayan kanunları çıkartmaları gereği belirtilmiştir (Öztürk ve ark, 2015; Girls not Brides, 2016b). Adölesan evliliklerin en yoğun görüldüğü bölgeler Güney Asya (%45), Sahraaltı Afrika (%39), Latin Amerika ve Caribbean (%23), Ortadoğu ve Kuzey Afrika, Avrupa ve Kuzey Amerika'da ki (%18) bazı topluluklarda olduğu bildirilmiştir (Girls and Brides, 2016a). Özellikle bazı Afrika ülkelerinde çok yüksek oranlarda çocuk yaşıta evlilikler izlenmektedir. Afrika ülkelerinde 20 - 24 yaş arasındaki kadınlarla yapılan UNICEF raporunda ilk evliliğini ya da birlikteliğini 18 yaşından önce yapmış olma oranları çok yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir. Bu ülkelerden bazıları; Nijer (%76,27), Çat (%68,24) ve Merkez Afrika Cumhuriyeti (%67,88) olduğu rapor edilmiştir (United Nations Children's Fund, 2015). Yine Nijer (%48,21), Çat (%47,43) ve Merkez Afrika Cumhuriyeti (%45,30) gibi ülkelerde adölesan evliliklere paralel olarak 18 yaşından önce ilk gebelikle karşılaşma oranlarının da çok yüksek olduğu bildirilmiştir (United Nations Children's Fund, 2015).

Adölesan evlilik oranları az gelişmiş ülkelerde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre oldukça yüksektir. Ancak adölesan evlilikler Amerika (%3,9), Kanada (%1,3), İngiltere (%1,7), Belçika (%1,6), Almanya (%1,2), Japonya (%0,7), Fransa (%0,6), İsveç ve Norveç (%0,4) gibi bazı gelişmiş ülkelerde de görülmektedir (United Nations, 2000). Adölesan evlilikler, Girls not Brides (2016a)'ın güncel raporunda çok daha düşük oranlarda olup, Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde sadece bazı topluluklarda görüldüğü bildirilmiştir. Düşük gelirli ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan çocukların evlilikleri genellikle kendilerinden yaşça büyük bireyler ile olmak üzere 18 yaş altında %30 ve 15 yaş altında %14 oranlarında gerçekleşmektedir (Mason, 2011).

2.3.2. Adölesan Evlilik Nedenleri

Adölesan evlilikleri arasında düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, gelenekler ve inançlar, savaşlar, doğal felaketler, aile içi şiddet ve toplumsal baskı gibi birçok neden sayılabilse de bütün dünyada ilk sıralardaki neden olarak toplumun sosyal yapısı gösterilmektedir (Öztürk ve ark, 2015). Evlilik yaşında bireyin ve ailesinin eğitim durumu belirleyici olmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan ailelerin çocukların daha üst düzeyde eğitim almış ailelerin

çocuklarına göre daha erken yaşlarda evlendiği görülmektedir. Türkiye'de Evlilik Tercihleri Araştırması (2015)'na göre 15 - 19 yaşlarındaki anne olmuş kadınların %10,0'ı eğitimi yok / ilkokul bitirmemiş, %0,6'sı lise ve üzeri eğitim aldıkları rapor edilmiştir. TNSA (2013)'da yüksek eğitim düzeyinde olan kadınların daha ileri yaşıta evlenmiş oldukları bildirilmiştir. Raporda, lise ve üzeri eğitim almış kadınlar için ortanca ilk evlilik yaşı 24,6, %20,8'inin ortaokulu tamamladığı ve %18,9'unun eğitimi olmadığı veya ilkokulu bitirmediği belirtilmiştir (Ergöçmen ve ark, 2014). Adölesanların incelendiği başka bir çalışmada katılımcıların %70,8'inin ilköğretimden terk olduğu belirtilmiştir (Soylu ve Ayaz, 2013). Eğitim düzeyi ve evlilik yaşı ilişkisi ile ilgili sadece ülkemizde değil dünya genelinde de benzer sonuçlar bildirilmiştir. Bangladeş'te yapılan bir araştırmada 15 yaşından önce evlenmiş olanlar 25 yaşından sonra evlenenlere göre daha az eğitim aldıkları belirtilmiştir (eğitim süresi: 6,1 - 6,7 yıla karşı 8,3 – 7,8 yıl) (Yount ve ark, 2016). Kuzeydoğu Hindistan'da yapılan bir çalışmada 15 – 19 yaş grubu gebelerin %20'sinin 6 – 8 yıl, 20 – 25 yaş arası gebelerin 8 – 10 yıl eğitim aldıkları bildirilmiştir (Medhi ve ark, 2016).

Adölesan evlilikleri genellikle yoksul ailelerde kız çocukların bir yük olarak görülmesi nedeniyle ailelerin üzerindeki yükü hafifletmek ve / veya başlık parası aracılığıyla aileye gelir getirmek ve ekonomik destek amacıyla durumu daha iyi olan ailelerle gerçekleşebilmektedir. Ailede yaşanan şiddet, baskı, maddi sıkıntılar ve iş yükünden kurtulacağı hayaliyle de kız çocukların evliliği bir kaçış olarak görmektedirler (Boran ve ark, 2013; Türkiye Evlilik Tercihleri, 2015). TNSA (2013)'na göre tüm yaş gruplarında en yüksek refah düzeyindeki kadınların (23,1 yaşı) en düşük refah düzeyindeki kadınlardan (19,5 yaşı) daha sonra (3,6 yıl), kentli kadınların (21,2 yaşı) kırra yaşayan kadınlardan (20,0 yaşı) daha geç (1,2 yıl) evlendiği rapor edilmiştir (Ergöçmen ve ark, 2014). Türkiye'de Evlilik Tercihleri Araştırması (2015)'nda erken evlenmiş olan kadınların ailesinin refah düzeyini %26,5'i "en yoksul" ve %16'sı "en yüksek" olarak tanımladığı belirtilmiştir. Soylu ve Ayaz (2013)'ın çalışmasında adölesan yaşlarda evlenenlerin %75,0'ının ailesinin gelir durumu asgari ücretin altında ve %22,9'unun babasının işsiz olduğu bildirilmiştir. İran'da yapılan bir çalışmada kız çocukların evlilik kararında aile içi baskı, dini inanışlar, geleneksel ve kültürel aile değerlerinin etkili olduğu belirtilmiştir (Montazeri ve ark, 2016).

Ailenin sosyal yapısı, kız çocuğuna ailede verilen değer, eş seçiminde karar verme aşamasına katmasına engel oluşturmaktadır. Türkiye Aile Yapısı Araştırması (2013)'na göre görüşü usulüyle ve kendi görüşü sorulmadan ailesinin kararıyla evlenenlerin oranı alt sosyo - ekonomik düzeyinde %13 iken, en üst sosyo - ekonomik düzey grubunda %1'e düşmektedir (Beşpinar, 2013). Bu konuda dünyada yapılan çalışmalarda da ekonomik sıkıntı

içinde olan gelişmemiş ülkelerde daha yaygın olduğu ve aynı zamanda kültürel olarak da kabul gördüğü rapor edilmiştir (Taylor ve ark, 2015; United Nations Children's Fund, 2016). Bangladeş'de yapılan başka bir çalışmada da kadınların %78,9'unun ekonomik ve kültürel nedenlerle 18 yaşından önce evlendiği belirtilmiştir (Yount ve ark, 2016).

Adölesan evliliklerinin incelendiği çalışmalarda gelenekler, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve inançların da etkili olduğu bildirilmiştir. Geleneksel yaklaşım içinde erkek çocukların eğitim görüp, askerliğini bitirdikten ve bir iş sahibi olduktan sonra evlenmeleri yönünde olması erkeklerin kızlara göre daha ileri yaşlarda evlenmelerine neden olmaktadır. Bazı toplumlarda halen devam etmekte olan başlık parası, berdel ve beşik kertmesi gibi uygulamalar kız çocukların çok küçük yaşlarda evlendirilmesine yol açmaktadır. Ayrıca geleneksel yapıda küçük yaşlarda kız çocuklarına evlilik öncesinde cinsel ilişkiyi engellemek amacıyla “*evde kalırsın*”, “*yaşın geçerse seni kimse almaz*” gibi cinsiyetçi yaklaşımlar da aslında kız çocuklarını evliliğe hazırlamaktadır (Özcebe ve Biçer, 2013; Türkiye Evlilik Tercihleri, 2015).

Pakistan'da yapılan bir çalışmada kız çocukların evlilik nedenleri arasında kültür, geleneksel uygulamalar, dini inançlar ve aile onurunun korunması gibi gerekçeler bildirilmiştir (Lane ve ark, 2017). Bu konuda yapılan başka bir çalışmada kız çocukların erken evliliklerinin önlenmesi ve azaltılması için eğitim önlemleri alınmasına rağmen erken evliliklerin sürdürülme nedeninin geleneksel uygulamalar sonucu olduğu rapor edilmiştir (Ji, 2013). Gelişmiş ülkelere yapılan göçler de adölesan evliliklere engel olamamıştır. Buran ve Aksu (2018)'nun alanyazın incelemesi ile yaptıkları çalışmada Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde ise erken evlilikler Hindistan, Pakistan ve Bangladeş gibi geri kalmış ülkelerden göç eden ailelerde gerçekleştiği bildirilmiştir. Kız çocukların evlilikle, bir erkeğin koruması altına alınması ile cinsel taciz ve şiddetten korunabileceğine, evlilik dışı cinsel ilişki deneyimi ve gebeliği önleyeceğine inanılmaktadır (Özcebe ve Biçer, 2013; Kaynak, 2014; Buran ve Aksu, 2018).

2.4. Adölesan Evliliklerin Üreme Sağlığını Etkisi

Günümüzde adölesan evlilikleri önemli bir üreme sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (Martinez ve ark, 2015; Girls not Brides, 2016b). Adölesan yaş grubunda evlenmiş olan bireylerde 18 yaşından sonra evlenenlere oranla riskli gebelik, erken / ölü doğum, düşük

kilolu doğum, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen ve planlanmayan gebelikler, infertilite, servikal kanserler ve şiddet daha fazladır (World Health Organization, 2018b).

Adölesan evliliklerle birlikte gebelik riskiyle karşılaşılmaktadır. TNSA (2013) sonuçlarına göre, ülkemizde adölesan kadınların %3'ü bir canlı doğum yapmış, %1'i ise ilk gebeliğini yaşamaktadır (Ergöçmen ve ark, 2014). Fizyolojik gelişimi henüz tamamlanmadan yaşanan gebelikler, anne, bebek ve toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir takım sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Gage, 2013; Uzun ve Orhon, 2013; Martinez ve ark, 2015; Girls not Brides, 2016b; Medhi ve ark, 2016; Güneş ve ark, 2016). Adölesan evliliklerinde anne ve bebek ölümleri önemli üreme sağlığı sorunudur. Bu yaş grubunda oluşan gebeliklere bağlı anne ve bebek ölüm oranları ile hastalıkları daha ileri yaş gruplarına göre çok daha yüksektir. Bu konuda yapılan çalışmalarla 18 yaşından önce doğum yapan annelerin düşük / ölü doğum ve anne ölümü riskinin diğer yaşlarda anne olan kadınlara göre çok daha yüksek oranda olduğu rapor edilmiştir (Karabulut ve ark, 2013; Girls not Brides, 2016b; World Health Organization, 2016). Hindistan'da yapılan bir çalışmada adölesan annelerde preeklampsi (%11,52), erken doğum (%23,64) (Medhi ve ark, 2016), ülkemizde yapılan bir çalışmada ise erken doğum (%9,3) olarak rapor edilmiştir (Ozdemirci ve ark, 2016).

Adölesan evliliklerinde karşılaşılan diğer bir risk de istenmeyen ve planlanmamış gebeliklerdir. Ülkemizde yapılan en geniş kapsamlı sağlık araştırması olan TNSA (2013) sonuçlarına göre adölesan yaş grubunda isteyerek düşük hızı %1,2 olarak bildirilmiştir (Adalı ve ark, 2014). Yapılan diğer bazı çalışmalarla isteyerek düşük hızı %2,7 ve %24 olarak bildirilmiştir. Kendiliğinden düşük hızları ise %23,0 ve %38 oranlarında bildirilmiştir (Adalı ve ark, 2014; Güneş ve ark, 2016).

Cinsel eylemin erken yaşlarda başlaması sonucu CYBE bulaşma riskini de artırmaktadır. Adölesan dönemde evlilikle yaşanan cinsel ilişki ve bilinçsiz seksüel davranışlarının sonucunda bireyler CYBE ile karşılaşabilmektedir. Yapılan çalışmalar 15 - 24 yaşları arasındaki bireylerde CYBE görülmeye oranını çok yüksek olarak bildirmiştir (Cheung ve ark, 2014; United Nations Population Fund, 2017; Hull ve ark, 2017). DSÖ ise her yıl 20 genetin birinin tedavi edilebilir bir CYBE'ye yakalandığını belirtmektedir (World Health Organization, 2017c). Ulu ve ark (2015)'nın çalışmasında kızların %12,0'ı ve erkeklerin %19,5'i kendisinde CYBE olabileceğini bildirmiştir. Üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada CYBE'lerle ilgili kendini yeterli hissedenlerin oranı %29,9 olarak belirtilmiştir (Demir ve Şahin, 2014).

Adölesanların incelendiği araştırmalarda bu yaş grubundaki evliliklerde bireylerin her türlü şiddetle çalışma risklerinin olduğu belirtilmektedir (Öztürk ve ark, 2015). DSÖ 15 -

19 yaş grubu adölesanların %29,4'ünün, Bangladeş'te bir çalışmada ise çocuk yaşıta evlenmiş olan kadınların %78,9'unun eşi tarafından şiddete uğradığı bildirilmiştir (World Health Organization, 2013b; Youth ve ark, 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada adölesan yaşıta evlendirilen bireylerin eşi tarafından %14,6'sı fiziksel ve %27,1'i duygusal şiddete / istismara uğradığı rapor edilmiştir (Soylu ve Ayaz, 2013). Kadına yönelik şiddet araştırmasında 15 – 24 yaş arası kadınların yaşamının herhangi bir döneminde karşılaştığı şiddet türleri; %25,4'ünün fiziksel, %9,5'inin cinsel ve %28,1'inin fiziksel ve / veya cinsel şiddet olduğu bildirilmiştir (Kaptanoğlu ve Cavlin, 2015).

2.5. Adölesan Evliliklerde Ebelerin Sorumlulukları

Toplumsal bir sorun olan adölesan evliliklerin engellenmesinde ebeler, çok küçük yaşlarda yapılan evliliklerin yaratabileceği riskler hakkında toplumdaki bireylerin eğitilmesinde ve konuya dikkat çekilmesinde sorumluluk üstlenmelidirler. DSÖ (2018), 18 yaşından önceki evliliklerde %10'luk bir azalmanın, bir ülkenin anne ölüm oranında %70'lik bir azalmaya katkıda bulunabileceğini bildirmiştir. Ayrıca, adölesan sağlığının iyileştirilmesi için, 20 yaşından önce gebeliklerin azaltılması, istenmeyen gebeliklerin, cinsel istismarların, güvenli olmayan düşüklerin önlenmesi, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım kullanımının artırılması ve doğum kontrol yöntemi kullanımının artırılması önerilmektedir (World Health Organization, 2018b).

Ebelerin adölesan evliliği yapmış olan kadınlara yönelik hazırlanan STK ve yasal sistemlerle iletişim kurması, eğitim ve danışmanlık gibi önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Türkiye Evlilik Tercihleri Araştırması (2015)'nda aralarında ebelerin de bulunduğu uzmanların, bireylerin özellikle de kızların, evlilik kurumunun gereksinimlerine hazır hale gelmesi için 18 yaş altı evlilikleri erken evlilik olarak kabul ettikleri bildirilmiştir. Ayrıca adölesan evliliklerin önlenmesinde disiplinler arası işbirliği önerilerek ebeler; hemşire, doktor, diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte psikolog, çocuk gelişim uzmanları, sosyolog, hukukçular, Sivil Toplum Kuruluşları (STK), basın, aile ve devlet birimlerinin önemli görev alabilecekleri vurgulanmıştır.

Sağlık profesyonelleri arasında toplumla en çok birlikte olan ebeler, adölesan yaşıta evlenmiş olan kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı davranışlarının geliştirilmesinde ve bu konuda sunulan sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin sağlanması rol almalıdır

(Hodoglugil ve Akın, 1999; Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 2005; Yakıt ve Coşkun, 2014; World Health Organization, 2017b).

Sağlık Bakanlığı (2014) ebelerin görevlerini “*Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde; gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitimi ile anne - babalığa ve doğuma hazırlık programlarının hazırlanması ve yürütülmesini sağlar. Doğurganlık sınırları içersindeki kadınların üreme sağlığı konusunda izlemini yapar.*” olarak açıklamıştır (Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, 2014).

Hemşirelik öğrencilerinin çocuk gelinler hakkındaki görüşlerinin incelendiği bir çalışmada kızların %98,3'ünün ve erkeklerin %83,7'sinin bu evlilikleri toplumsal bir sorun olarak değerlendirdikleri bildirilmiştir (Aydın ve Akay, 2017). Ebe ve hemşireler sağlık bakım hizmetlerinin her alanında görev almakta ve sağlık kurumlarında kadınlarla sürekli iletişim halinde bulunmaktadırlar. Adölesan evliliklerin önlenmesi, korunması ve geliştirilmesinde önemli katkıları olacağından ebe ve hemşirelerin bilgi sahibi olmaları ve farkındalıkları sağlanmalıdır (Yakit ve Coşkun, 2015). Adölesan evliliklerinin önlenmemesi, gelecekte sağlıklı toplumların oluşması bakımından önemli bir sorundur.

Ebler, evlenmiş ve gebelik oluşan adölesanlara doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım olmak üzere üreme sağlığı hakkında bilgilendirme ve danışmanlık verebilirler. Hastanelerde doğum sonu dönemde taburculuk eğitimlerinde üreme sağlığı konularına mutlaka yer verilmeli ve adölesan annelerin doğru üreme sağlığı davranışları kazanmaları sağlanmalıdır. Çünkü adölesanlar henüz yaşadığı sorununun farkında olamayabilir ve anlatamayabilirler. Bu durumda da adölesan profesyonel sağlık yardımını almadan anne ve bebek ölümleri ile karşılaşabilmektedir (Akın, 2012; Özcebe ve Biçer, 2013).

Eblerin de aralarında bulunduğu sağlık profesyonelleri adölesan dönem evlilikler ve bu evliliklerde ortaya çıkabilecek olumsuzluklar hakkında toplumu bilgilendirmeli, sorunları tanıyalıbmeli ve çözüm geliştirebilmelidirler. Sağlık bakım hizmeti sunan ebeler mesleki sorumluluk ve rolleri gereği adölesan evliliklerinin neden – sonuç ilişkisini analiz etmeli, bu sorunların çözümüne yönelik bakım ve sosyal destek hizmetlerini kapsayan planlamalar yapmalı ve eğitimlerle toplumun farkındalığı artırılarak harekete geçirilmesini sağlamalıdır.

Sağlık kurumlarına bakım alma gelen ve adölesan evliliği yapmış olan bireylerde üreme sağlığı sorunları ile sıkılıkla karşılaşmaktadır. Bu nedenle, ebelerin üreme sağlığı hizmet sunumunda kadının evlilik yaşı ve buna bağlı olabilecek öyküsünü yargılayıcı olmadan sorgulamaları, uygun yasal prosedürü başlatmaları ve kadınlara güven duygusu vermeleri gerekmektedir. Sağlık kurumlarında karşılaşılan adölesan evliliği yapmış bireylere

yaklaşım oldukça önemlidir. Bu konuda hizmet sunumu sırasında ebeler Sağlık Bakanlığı'nın ulusal rehberlerinde önerdiği danışmanlık ilkelerine uygun olarak yaklaşımda bulunabilirler.

Bu yaklaşımda;

- Adölesan nazikçe karşılanır,
- Adölesanın güvenliği ve mahremiyeti sağlanır,
- Adölesan ile yalnız ve / veya eşiyle birlikte görüşülebilir,
- Ebe adölesana kendini tanıtır,
- Adölesanın adı öğrenilir ve hizmet sunumu sırasında adı ile hitap edilir,
- Ebe tarafından uygun vücut dili kullanılır,
- Adölesan ile göz teması kurulur,
- Genel iletişim kuralları çerçevesinde gerekli mesafe ayarlanır,
- İletişim sırasında adölesan ile yüz yüze olunur,
- Adölesan ile rahat iletişim kurulmalıdır,
- Yargılayıcı olmadan konuşulur ve basit anlaşılır sözcükler kullanılır,
- Ebe bu sırada başka işlerle meşgul olmamalıdır, ilgisini adölesan üzerine odaklamalıdır,
- Görüşmeye çok az kişisel soru ile başlanır,
- Adölesanın yaşı ve yaptığı işi sorulur,
- Evlilik ve doğurganlık öyküsü alınır,
- Sağlık incelemesinin kendisine özel ve güvenli olduğu açıklanır,
- Adölesanın başvuru nedenine yönelik dikkatli ve acele etmeden basit açıklamalarda bulunulur,
- Tıbbi terimler olmadan kısa cümleler kullanılır,
- Adölesanla arada bir sohbet etmeye devam edilir,
- Eğitim için uygun görsel - işitsel materyaller kullanılır (Resimli rehber, eğitim posterleri, eğitim broşürleri vb),
- CSÜS sorununun adölesanı nasıl etkilediği ve sorunu önlemek için neler yapması gereği açıklanır,
- Adölesan CSÜS hakkındaki düşüncelerini tartışması ve sorular sorması için desteklenir,
- Adölesan başvuru nedeni dışında başka bir konuyu konuşmak isterse bu konuya da ilgilenilir,

- Adölesanın gereksinimleri, endişeleri ve korkuları anlamaya ve giderilmeye çalışılır,
- Adölesana CSÜS sorununun çözümünde seçenekler sunulmalıdır,
- Adölesan gebe ise beslenme alışkanlıklarını düzenlenir,
- Adölesan gebeliklerin izlemeleri, doğumları ve doğum sonrası izlemeleri anlatılır,
- Gebelikte sigara, alkol ve diğer zararlı maddelerin kullanılması önlenir,
- Gebelikte karşılaşabileceği sorumlara yönelik çözüm önerileri anlatılır,
- Aşıları sorgulanır ve eksik ya da gerekli aşı var ise yapılır,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı önlemler anlatılır,
- Adölesanlara egzersizin önemi anlatılır ve düzenli egzersiz yapmaya yönlendirilir,
- Sağlıklı cinsel davranışlar anlatılır,
- İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi konusunda bilgi verilir ve yöntem kullanmaya teşvik edilir (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 2005; Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, 2008; Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, 2009; Şen ve Kavlak, 2011; Turfan ve Akyüz, 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmannın Deseni

Bu çalışma, karma yöntem (mixed research design) araştırması olarak yapılmıştır. Nitel ve nicel araştırma tekniklerinin birlikte kullanıldığı ve yöntem çeşitlimesi olarak tanımlanan bu yöntemde, aynı araştırma sorusuna farklı araştırma yöntem ve teknikleri kullanılarak yanıt aranmaktadır. Bu şekilde, bir araştırmada nitel ve nicel veri toplama tekniklerinin birlikte kullanılması, her iki tekniğin de avantajlarını artırmakta ve dezavantajlarını azaltmaktadır (Dede ve Demir, 2015; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu araştırmada nicel veriler soru formu ve nitel veriler yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile elde edilmiştir.

Nicel araştırmalar, sayısal değerlerle hipotezleri test etmeyi amaçlamaktadır. Araştırmacı tarafından belirlenen soruların çok sayıda katılımcı ile tepkilerini ölçebilmesi nicel araştırmaların avantajıdır. Böylelikle kolayca veriler karşılaştırılabilir hale getirilebilir ve istatistiksel işlemler yapılmaktadır (Erdoğan ve ark, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Niteliksel (qualitative) araştırma tekniği gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi teknikler kullanarak algı ve olayların, insan davranışlarının içinde bulunduğu doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir şekilde incelemeyi ve çok boyutlu açıklamayı amaçlamaktadır (Erdoğan ve ark, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016; Bütün ve Demir, 2016). Bu araştırma yöntemi, amaca yönelik durumların derinlemesine betimlenmesi, yorumlanması ve katılımcıların düşünce ve davranışlarını anlayarak, kuramlar oluşturma ve modellemeyi hedeflemektedir. Çalışma yolu "nitel" olup, sayısal ve ölçümle değerlendirmeleri kapsamamaktadır. Niteliksel araştırmalarda katılımcılar belirlenirken, olasılığa dayalı şekilde seçilmez ve ortaya çıkan sonuçların toplumun tamamına genellenmesi hedeflenmez (Bütün ve Demir, 2016). Niteliksel araştırmalar çoğunlukla sosyal bilimlerin çalışmalarında kullanılmış ancak hastalıkların çok fazla değişken tarafından etkilenecek yaygınlaşması, bireylerin sağlığının genetik yatkınlıklarla birlikte gelişim ve çevre gibi faktörlerin de etkilediğinin izlenmesi ile birlikte fen bilimlerinde de önem kazanmaya başlamıştır. Son yıllarda, özellikle riskli sağlık davranışları nedenlerinin araştırılması, bireylerin sağlık hizmetlerinden taleplerinin belirlenmesi, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gibi konularda niteliksel araştırmalar niceliksel araştırmalar ile birlikte ve bütünleyici olarak kullanılmaktadır (Erdoğan ve ark, 2014). Her iki araştırma yönteminin güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır ve hangi veri toplama tekniğinin tercih edileceğine araştırma konusu ve amacı ile araştırmacıya bağlı olarak değişebilir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

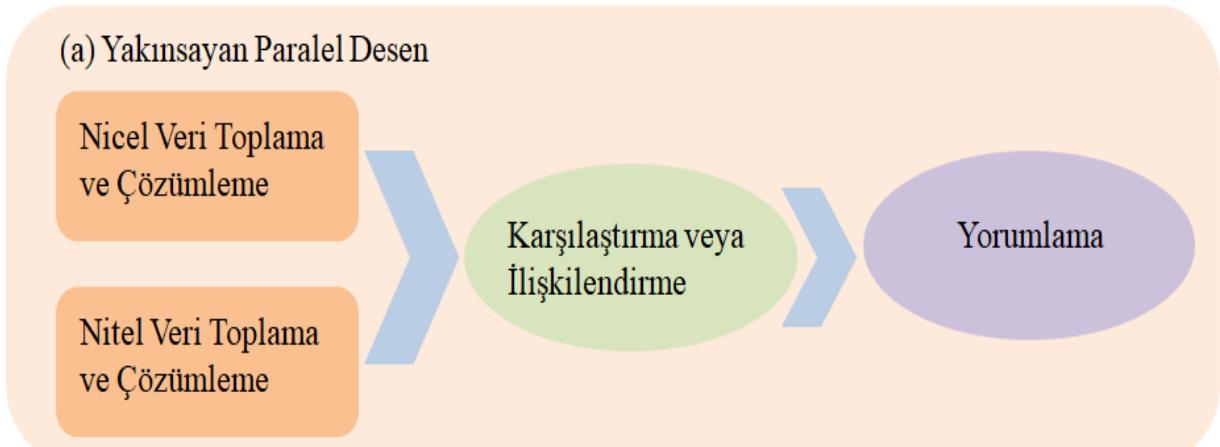
Bu araştırmada kullanılan karma yöntem deseni ile hem nicel hem de nitel veri toplama teknikleri ile paralel olarak veri toplanmakta ve analiz yapılmaktadır (Dede ve Demir, 2015; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Nicel ve nitel tekniklerin birlikte kullanıldığı karma desen araştırmalarında verilerin yorumlamaya kadar çalışmalara birbirinden bağımsız olarak devam edilebilmektedir (Dede ve Demir, 2015). Karma araştırma deseninde nitel ya da nicel tekniklerden biri ile başlanarak aynı tekniklere dayalı olarak devam edilebilir. Örneğin, bir araştırma karşılaştırma ve ilişkisel nicel bir çalışma ile başlayabileceği gibi nitel bir betimleme ile de başlayabilmektedir (Bütün ve Demir, 2013; Dede ve Demir, 2015).

Araştırmacı karma yöntem deseninde gerek nitel gerekse nicel tekniklerle elde ettiği bulguları birlikte ya da ayrı sunabilmektedir. Karma desende birden fazla amaç bildiren bulgular, sonuçlar bölümünde çeşitlendirilerek ya da bir noktaya yönlendirilerek sunulabilir. Böylece, birbiriyle çatışan bakış açıları ortaya çıkarılarak araştırmanın etki alanı genişletilebilir. Temalar ve istatistiksel çözümlemelerin birlikte verildiği sunumda, nitel veriler (temalar) ve nicel veriler (istatistiksel çözümlemeler) yorumlanarak sonuçlara ulaşılır. Tartışma bölümünde nitel ve nicel sonuçların her ikisi de özetlenir ve bütünlendirilerek sunulabilir. Araştırmacı araştırmanın her aşamasında nitel ve nicel olmak üzere her iki desenden de yararlanabilir (Bütün ve Demir, 2013; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu şekilde yapılan veri kaynakları çeşitlemesi, yöntem çeşitlemesi ile ilgili olarak ayrı zaman dilimlerinde elde edilen bilgilerin devamlılığının birbirleriyle doğrulanarak karşılaştırılmasına imkân vermektedir. Bu süreci sağlayan aşamalardan biri de farklı meslekte ve statüde olan bireylerin görüşlerinin birbiriyle karşılaştırılmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Veri çeşitlemesini destekleyen önemli bir başka faktör farklı veri kaynaklarından veri toplamaktır.

Nitel araştırma, nicel araştırma deseninin aksine miktarı, sıklığı ya da şiddeti ölçmek yerine algı, davranış ve yorumları tüm detayları ile anlamaya çalışır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu nedenle sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, uygun veri toplama teknikleri kullanarak geliştirilmiş müdahale yöntemlerini uygulayarak bireyin ve toplumun sağıyla ilgili olabilecek alışkanlıklarını, inançlarını ve değerlerini öğrenerek sağlanabilir.

Bu araştırma sürecinde nicel ve nitel aşamaların eşzamanlı olarak uygulanabildiği yakınsayan paralel desen kullanılmıştır. Şekil 2'de görüldüğü gibi; yakınsayan paralel desen, “*araştırmacının, nicel ve nitel aşamaları araştırma sürecinin aynı olan bir aşamasında eş zamanlı olarak uygulamasıyla oluşur. Bu desen yöntemlere eşit öncelik verir, çözümleme*

sırasında bu aşamaları birbirinden ayırtır ve daha sonra genel yorumlama yaparken sonuçları birleştirir.” (Dede ve Demir, 2015).



Şekil 2. Yakınsayan paralel desen (Dede ve Demir (2015)'den modifiye edilmiştir).

Adölesan evliliği yapmış olan kadınlar gibi hassas gruplar arasında üreme sağlığı yönünden yapılan niceliksel araştırma sonuçları onların üreme sağlığı davranışlarını açıklamada yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle niteliksel araştırma deseni kullanılarak yeni sonuçların saptanması ve kullanılması sorunun daha iyi algılanmasını ve yeni çözümlerin üretilmesini sağlayabilir. Araştırmanın özelliklerini incelemek için Kontrol Listesi (Ek 1) kullanılmıştır (Dede ve Demir, 2015).

3.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutu

Adölesan evliliği yapmış olan kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı araştırma deseni kullanılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutu

Adölesan yaşta evlilik yapmış olan bireylerin üreme sağlığı davranışlarını incelemek amacıyla durum çalışması kullanılmıştır. Durum çalışması: bir duruma ilişkin etkenler; ortam, bireyler, olaylar, süreçler vb bütüncül bir yaklaşımla araştırılır ve ilgili durumu nasıl etkiledikleri ve ilgili durumdan nasıl etkilendikleri üzerine odaklanılır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, İzmir İli Konak İlçesi Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın – Doğum Klinikleri’nde yürütülmüştür. Bu kurum Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak toplam 960 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir, 116 yatağı kadın – doğum kliniklerine aittir. Kurumda kadın - doğum kliniği (3 adet), yüksek riskli gebe kliniği (1 adet), jinekoloji - onkoloji kliniği (1 adet), kadın - doğum polikliniği (16 adet) ve jinekoloji - onkoloji poliklinikleri (1 adet) bulunmaktadır. Hastanede eğitim görevlisi (9 adet), kadın - doğum uzmanı (27 adet), kadın - doğum asistanı (49 adet), yan dal (perinatoloji ve jinekoloji - onkoloji) asistanı, 240 ebe ve 741 hemşire görev yapmaktadır. Hastanede yılda ortalama 9200 doğum gerçekleşmektedir.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın örneklemi, 01.12.2017 - 30.06.2018 tarihlerinde İzmir ilinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın - Doğum kliniklerine hizmet almak için başvuranlardan araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olan gönüllü kadınlarla yapılmıştır. Araştırma süresi Şekil 3'de verilmiştir.

Şekil 3: Zaman çizelgesi

ARAŞTIRMA BASAMAKLARI	2017 2018 2019																			
	2017				2018												2019			
	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	奥古斯托	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	
Araştırma Konusunun Belirlenmesi																				
Literatür İnceleme																				
Araştırma Deseninin Seçimi																				
Tez Önerisi																				
Etik İzinlerin Alınması																				
Araştırma Materyallerinin Hazırlanması																				
Veri Toplama																				
Veri girişi																				
Verilerin Analizi - Değerlendirilmesi																				
Tez Yazımı																				
Tez Savunması																				

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

3.4.1. Araştırmanın Nicel Boyutuna Yönelik Örneklem

İzmir ilinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın - Doğum kliniklerine hizmet almak için başvuranlardan araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan 245 kadın oluşturmuştur.

Bu hastanede 2017 yılı Ocak - Haziran döneminde 18 - 35 yaş aralığında hizmet almak için başvuran kadın sayısı 81312 idi, hastane kayıtlarında 18 yaş altı evlenmiş olduğuna dair kayıt bulunmamaktadır. Araştırmanın nicel bölümü amaçlı örneklemeye yöntemlerinden ölçüt örneklem ile belirlenen 245 kişi ile gerçekleştirılmıştır. Bu bölüme alınması gereken en az birey sayısı TNSA (2013)'nda belirtilen 18 yaş altı evlilik oranı (%7) sonuçlarına dayalı olarak evreni bilinen örneklem hesabı ile belirlenmiştir (Koç ve ark, 2014). Buna göre $N = 81312$ (18 - 35 yaş grubu kadın - doğuma başvuran sayısı), $p = 0,07$, $q = 0,93$ ve $d = 0,05$ alınarak hesaplanmış ve 100 olarak bulunmuştur (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2014). Davet edilen 5 kadın araştırmaya katılmayı kabul etmediği ve bir kadın da açık uçlu soruları yanıtlamadığı için değerlendirilmeye alınmamıştır.

Araştırmanın nicel boyutuna; Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın - Doğum Kliniklerine hizmet almak için başvuran, 18 yaşından önce evlenen ve şu anda 18 - 35 yaş aralığında olan (veri toplama süreci ile ilgili yasal yükümlülük reşit olma, adölesan evliliğinin ve anneliğin getirdiği sorumluluklar ile üreme sağlığı hizmetlerini tanımlayabilecek farkındalıkın oluşması gerekçeleri ile), Türkçe konuşabilen ve anlayabilen kadınlar dahil edilmiştir.

3.4.2. Araştırmanın Nitel Boyutuna Yönelik Çalışma Grubu

Nitel verilerin toplanması için gerekli olan çalışma grubu amaçlı örneklemeye yöntemi ile belirlenmiştir. Amaçlı örneklemeye yöntemlerinden ise araştırmaya dahil edilme kriterlerinin bulunduğu ölçüt örneklemeye metodu kullanılmıştır (Erdoğan ve ark, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Araştırma başlangıcında belirlenmiş olan kriterlere uyum sağlayan 28 kişi ile görüşmeler yapılması planlanmıştır. Araştırmaya alınacak birey sayısı verilerin doygunluk noktasına ulaşması durumunda yani veriler tekrar etmeye başladığında görüşmeler sonlandırılabilir. Bu nedenle, nitel araştırma için çalışma grubu sayısı çalışmanın başlangıcında net olarak belli olmayabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu çalışmanın nitel

bölümü için görüşmeye 28 kadın davet edilmiştir. Ancak 3 kadın ses kaydı alınmasını kabul etmemiş ve bu bölüm 25 kişi ile tamamlanmıştır. Araştırmanın bu bölümünde veriler, yarı yapılandırılmış görüşme tekniği uygulanarak toplanmıştır.

Araştırmanın nitel boyutuna; araştırmanın nicel bölümne katılmış olan ve görüşmenin ses kaydı alınmasına izin veren kadınlar dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Nicel bölüme davet edilen 5 kadın görüşmeyi kabul etmemiş, 1 kadın da açık uçlu soruları yanıtlamak istememesi,
- Nitel bölüme davet edilen 3 kadın ses kaydı alınmasını kabul etmemesi nedeniyle çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri anket formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır.

3.6.1. Anket Formu (Ek - 2)

Araştırmanın nicel veri toplama aracı, araştırmacı tarafından adölesan dönemde evlenen kadınların sosyo - demografik özellikleri ve üreme sağlığı davranışını belirlemek için literatür taraması yapılarak hazırlanan bir ankettir (Bütün ve Demir, 2013; Erdoğan ve ark, 2014; Dede ve Demir, 2015; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Araştırmanın veri toplama aracında kadınların tanımlayıcı özelliklerini, doğurganlık özelliklerini, evliliklerini ve üreme sağlığı davranışlarını sorgulayan 37 soru bulunmaktadır. Hazırlanan veri toplama aracının kapsam geçerliği ve anlaşılırlığını geliştirmek için doğum, kadın sağlığı ve hastalıkları ile ilgili alanda eğitimi ve çalışma deneyimi olan 10 kişiden görüşleri alınmıştır. Uzmanların görüşleri doğrultusunda anket formu yeniden düzenlenmiştir. Anket formu, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla sakin bir ortamda, yüz yüze görüşme yapılarak doldurulmuştur. Anket formu; sosyo - demografik değişkenler (birey ve eş yaşı, eğitim, meslek ve gelir durumu gibi),

doğurganlık özellikleri ve üreme sağlığı (gебelik sayısı, ölü doğum sayısı, canlı çocuk sayısı, gebeliğin istenme durumu, önceki gebelikleri ile ilgili) soruları içermektedir (Ek - 2).

3.6.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek - 3)

Araştırmmanın nitel bölümünün verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır (Ek - 3). Yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmasında soruların kolaylıkla anlaşılması, çok boyutlu olmaması ve katılımcıyı yönlendirici olmaması gibi ilkelere dikkat edilmiştir (Erdoğan ve ark, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Hazırlanan görüşme formunun amaca ne ölçüde hizmet ettiği, anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini kontrol etmek amacıyla uzmanların görüşlerine sunulmuştur. Uzmanların önerileri doğrultusunda görüşme formu yeniden düzenlenmiştir. Araştırmada uzman incelemesi ile iç geçerlik (inandırıcılığı) sağlanmaya çalışılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

3.7. Ön Uygulama

Anket formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek amacı ile adölesan dönemde evlenen 10 kadın ile ön uygulama yapılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek için 5 kadın ile görüşme yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında veri toplama araçlarına son şekli verilmiştir. Ayrıca, verilerin iç geçerliliğini artırmak için toplanan verilerden elde edilen bulguların tutarlılığı kontrol edilmiştir. Buna yönelik olarak bulguların, görüşme formunun geliştirilmesinde kullanılan kavramsal çerçeve ile uyumluluğu sürekli kontrol edilmiştir (Erdoğan ve ark, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016).

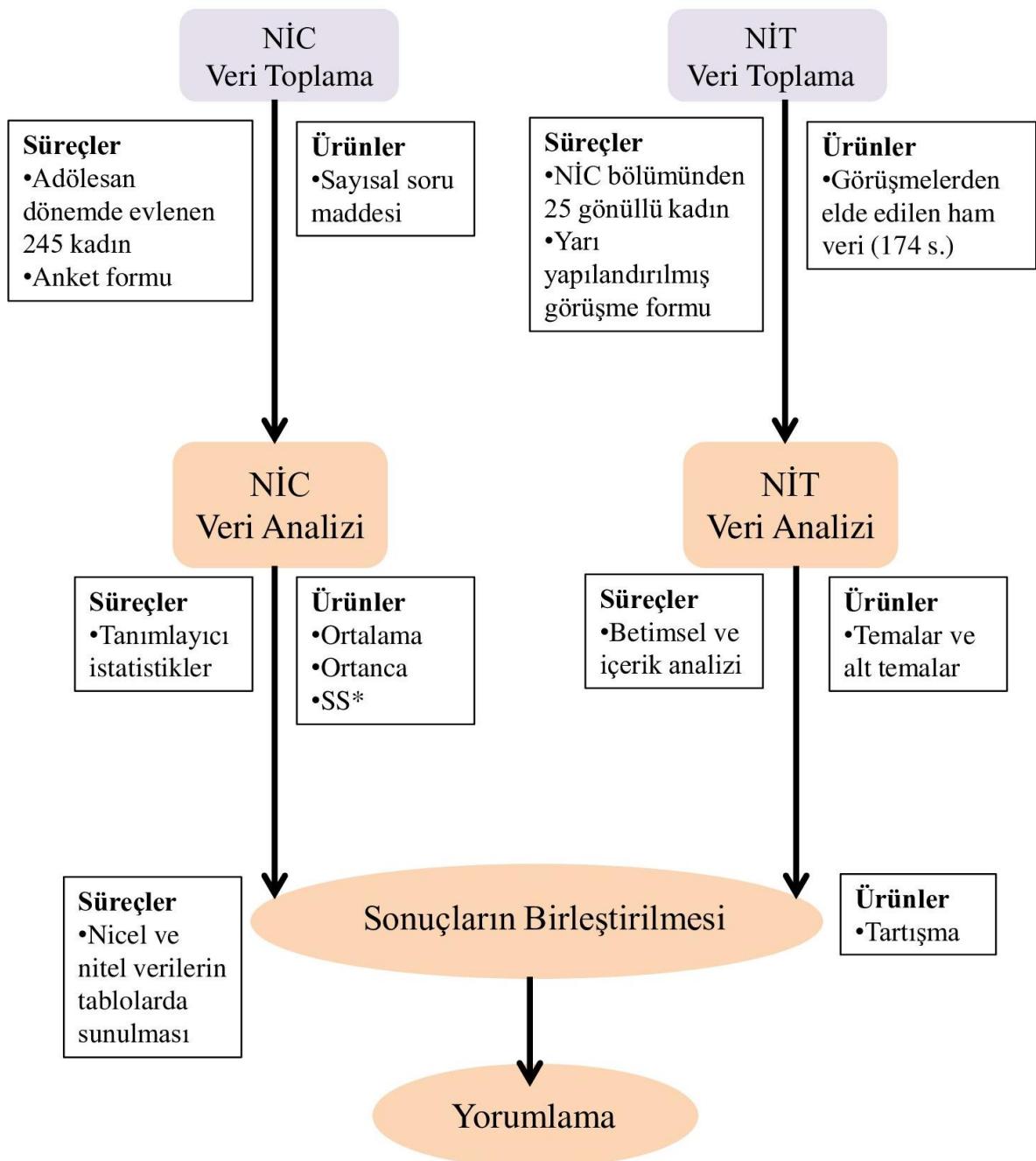
3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

3.8.1. Araştırmancın Nicel Boyutuna İlişkin Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Aralık 2017 – Haziran 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Örneklemme alınan kadınlarla sakin bir ortamda, yüz yüze görüşülerek, anket formu uygulanmıştır. Bu anket uygulaması ortalama 15 – 20 dakikada gerçekleşmiştir. Anket formu uygulandıktan sonra çalışmanın nitel bölümü için görüşmeyi kabul eden kadınlarla hastaneden ayrılmadan önce yarı yapılandırılmış görüşme yapılması için planlama yapılmıştır.

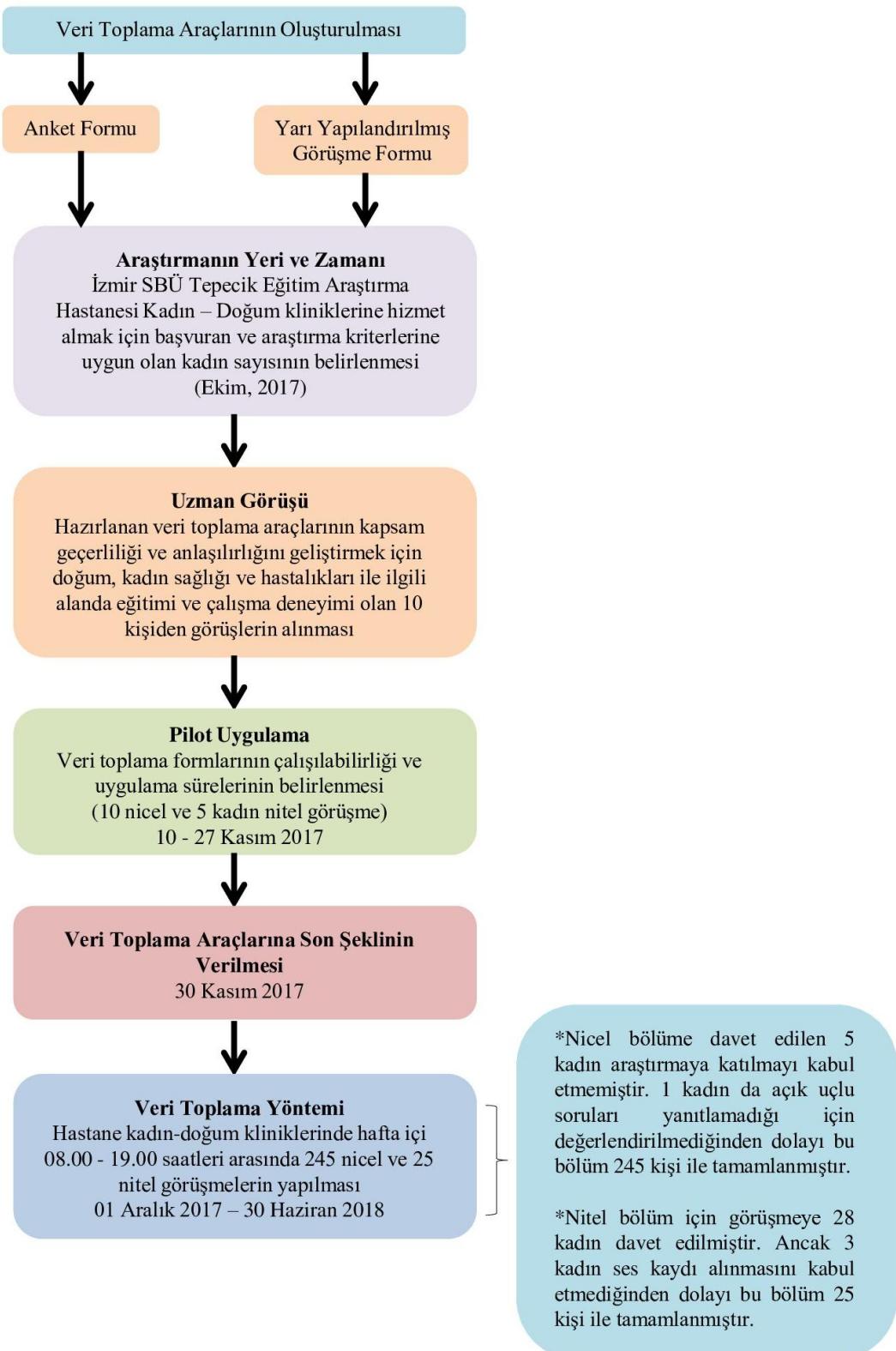
3.8.2. Araştırmancın Nitel Boyutuna İlişkin Veri Toplanması

Nitel veriler, sadece araştırmacı ve görüşmecinin bulunduğu toplantı odasında ya da eğitim odasında elde edilmiştir. Çalışma grubundaki kadınlarla sakin bir ortamda, yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Görüşme sırasında ortada küçük bir sehpa olacak şekilde araştırmacı ve kadın karşılıklı aynı yükseklikte ve modelde sandalyeye oturmuşlardır. Görüşmeye başlamadan önce kadınların da bilgisi dâhilinde oda kapısı kilitlenerek “Görüşme Var” yazısı asılmıştır. Görüşmenin yapıldığı odaların kapısı hastane koridoruna açılmakta olduğundan tüm önlemlere rağmen yeterince sessiz bir ortam sağlanamamıştır. Araştırmancın nitel verileri, bu tür araştırmalarda yaygın kullanılan yarı yapılandırılmış soru formu ile görüşme yapılarak elde edilmiş ve araştırmaciya ait olan Samsung A5 2017 model akıllı telefonun ses kayıt uygulamasına kaydedilmiştir. Telefon araştırmacı tarafından görüşme öncesi uçak moduna alınarak arama yapılması engellenmiştir. Kadınlar ile görüşmeye başlamadan önce, araştırmancın amacı, nasıl gerçekleştireceği ve ses kaydı yapılacak konusunda ayrıntılı bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan gönüllü olarak katıldıklarını bildiren yazılı (Ek – 4) ve sözlü onamları alınmıştır. Katılımcıların sözlü onamları görüşmenin başında sorulardan önce ses kayıt cihazına kayıt edilmiştir. Araştırmancın nitel boyutuna ilişkin çalışma grubunun sayısında, verilerin doygunluğa ulaşması göz önünde bulundurulmuştur. Görüşme süresi katılımcıya göre değişkenlik göstermekle birlikte 11 - 48 dakika aralığında olmuştur. Çalışma diyagramı (Şekil 3) ve veri toplama akışı (Şekil 4) aşağıda verilmiştir.



*SS: Standart sapma

Şekil 4: Yakınsayan paralel desen çalışma diyagramı (Dede ve Demir (2015)'den modifiye edilmiştir).



Şekil 5: Veri toplama akış şeması

3.8.3. Nitel Verilerin Geçerlik ve Güvenirliği

Araştırmaların geçerlik ve güvenirliği, elde edilen sonuçların inandırıcılığı veya kalitesi açısından en önemli ölçütlerdir. Nitel bir araştırmada geçerliğin önemli ölçütleri arasında yer alan diğer ölçüt ise toplanan verilerin ayrıntılı bir şekilde rapor edilmesi ve araştırmacı tarafından sonuçlara nasıl ulaşıldığının açıklanmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Nitel araştırmalarda nitel veri toplama sürecinin dış geçerliği (aktarılabilirlik) araştırma süreci ve bu süreçte yapılan işlemler ayrıntılı bir şekilde betimlenerek sağlanmaktadır. Araştırmaların iç geçerliğinin (inandırıcılık) sağlanması ise, uzun süreli etkileşim, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi ile yapılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016; Altunay ve Burak, 2017). Bu araştırmamanın iç ve dış geçerlik ile güvenirliği için aşağıdaki önlemler alınmıştır;

- Araştırmamanın iç geçerliği (inandırıcılık), yapılan görüşme sürelerinin uzun tutulması, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi ile sağlanmaya çalışılmıştır.
- Araştırmada nitel veri toplama sürecinin dış geçerliğini (aktarılabilirlik) araştırma sürecinin ve yapılan işlemlerin ayrıntılı bir şekilde betimlenmesi ile sağlanmaya çalışılmıştır. Böylece diğer araştırmacıların aynı basamakları izleyerek farklı bir araştırma desenleyebilmelerine olanak sağlanmıştır.
- Araştırmamanın iç güvenirliğini sağlamak için "tutarlık incelemesi" yapılmıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlardan oluşturulan kodlar araştırmacı, nitel araştırma konusunda deneyimli bir araştırma görevlisi ile yine nitel araştırma konusunda deneyimli bir öğretim üyesi tarafından ayrı ayrı yapılmıştır. Kodlamalar karşılaştırılarak tutarlılık durumları değerlendirilmiş “görüş birliği” ve “görüş ayrılığı” olan konular tartışılmıştır. Araştırmamanın güvenirlik hesaplaması için Miles ve Huberman’ın (1994) önerdiği güvenirlik formülü kullanılarak uyuşum yüzdesi hesaplanmıştır. Uyuşum yüzdesi (Agreement percentage) “Güvenirlik = Görüş birliği / (Görüş Birliği + Görüş Ayrılığı) x 100” formülü kullanılarak hesaplanmıştır (Miles ve Huberman, 1994; Aktaran: Altunay ve ark, 2014; Yalçın ve ark, 2016). Bütün ve Demir'e (2013) göre, güvenirlik hesaplamasında %80 oranında uyuşum yüzdesi önerilmektedir (Miles ve Huberman, 1994; Aktaran: Bütün ve Demir, 2016). Bu araştırmada hesaplama sonucunda araştırmamanın güvenirliği %94,73 olarak hesaplanmıştır. Bu bilgiye dayalı olarak elde edilen sonuç, araştırma sonuçlarının güvenilir olduğunu göstermektedir.

- Araştırmmanın dış güvenirliği (teyit edilebilirlik) üç uzman tarafından gerçekleştirilen teyit incelemesi ile sağlanmıştır. Ayrıca dış güvenirliğin arttırılması amacıyla başka araştırmalarda karşılaşışmalar yapılabilmesi veya diğer araştırmacıların talep etmesi durumunda araştırmmanın ham verileri saklanmıştır.
- İçerik analizinde temaların ve alt temaların kendi aralarındaki ilişkisi ile her temanın diğer tema ile ilişkisi kontrol edilerek bütünlük sağlanmıştır. Ayrıca çalışma verilerinin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı konusunda kadınlara bilgi verilerek, toplanan verilerin gerçek durumu yansıtması sağlanmıştır.

3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

3.9.1. Araştırmmanın Nicel Boyutuna İlişkin Verilerin Analizi

Elde edilen nicel verilerin analizi SPSS (for Windows Release 11,5 Standart Version Copyright © SpssInc. 1989 - 2001) hazır paket programı kullanılarak yapılmıştır. Nicel verilerin analizinde tanımlayıcı (sayı, yüzde, ortalama, ortanca) istatistikler kullanılmıştır.

3.9.2. Araştırmmanın Nitel Boyutuna İlişkin Verilerin Analizi

Araştırmmanın nitel verilerinin analizinde betimsel ve içerik analizi kullanılmıştır. Katılımcılarla yapılan görüşmeler tamamlandıktan sonra, verilerin çözümlemesinde kadınların ses kayıtları kelimesi kelimesine bir metin haline getirilerek “*Microsoft Word ortamında, Times New Roman yazı karakterinde, 1,5 satır aralığında, 2,5 cm kenar boşluğu bırakılarak, iki yana yaslanmış halde*” 174 sayfalık ham veri dokümanı hazırlanmıştır. Araştırmada kadınlar için K1, K2, K3... gibi kodlar kullanılmıştır. Hazırlanan word dokümanları araştırmacı tarafından bağımsız olarak tek tek okunmuş ve başlangıç kodları oluşturulmuştur. Oluşturulan başlangıç kodları temalar ve alt temalar altında toplanmıştır. Bu analiz ve kodlama süreci ile kodların uygunluğu danışman öğretim üyesi tarafından kontrol edilerek “Uzman incelemesi” yapılmıştır. Elde edilen bulguların yorumlanması ve raporlaştırılmasında;

araştırma soruları yanıtlanmış ve benzer araştırma sonuçları ile desteklenmiştir. Sonuçlar rapor edilirken, bazı görüşme ifadelerinden doğrudan alıntı yapılmıştır.

Tablo 1. Verilerin Analizi Sonucu Ortaya Çıkan Temalar

Temalar	Alt Temalar
Cinsel Yaşam	
Bilgi kaynağı	Yakınları Görsel – işitsel yayın organları Sağlık çalışani / kuruluşu Tanıdık sağlık çalışani
Yardım kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşu Yakınları
Sağlıklı cinsel yaşam	Eşle cinsel uyum Hijyen Rahatsız edici davranışları reddetme
Cinsel şiddet	Eşe karşı cinsel sorumluluk / zorunluluk hissetme Rahatsız edici cinsel ilişkiye zorlanma İletişim kuramama
İstenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmak	
Bilgi kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşu Yakınları Tanıdık sağlık çalışani
Yardım kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşu Yakınları Tanıdık sağlık çalışani
Aile planlaması yöntemi	Modern yöntem kullanımı Güvenli olmayan yöntem kullanımı Yöntemle ilgili problemler
Sağlıklı gebelik	
Bilgi kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşu Yakınları Tanıdık sağlık çalışani Basılı eğitim aracı Ulaşamama
Yardım kaynağı	Sağlık çalışani / kurumları Tanıdık sağlık çalışani Akrabaları
Doğum öncesi bakım	Düzenli gebelik kontrolü yaptırma Önerilere uyma Kontrol yapıramama
Sağlıklı yaşam aktiviteleri	Gebeliğe özgü düzenleme yapma Gebeliğe özgü düzenleme yapamama Alkol / kozmetik tüketimini bırakma
Sağlıklı Doğum	
Bilgi kaynağı	Sağlık çalışani Tanıdık sağlık çalışani Yakınları
Yardım kaynağı	Sağlık çalışani / kurumları Tanıdık sağlık çalışani Yakınları

Tablo 1. Verilerin Analizi Sonucu Ortaya Çıkan Temalar (devam)

Hastane doğumu	Travay öncesi bireysel uygulamalar
	Erken doğumü önlemeye yönelik uygulamalar
	Travay takibine yönelik uygulamalara uyum sağlama
Evde doğum	Doğum pozisyonu
	Doğum desteği
	Doğumu kolaylaştırdığını inanılan uygulamalar
	Diğer
Doğum Sonu Anne Sağlığı	
Bilgi kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşu
	Yakınları
	Tanıdık sağlık çalışani
Yardım kaynağı	Sağlık çalışani / kurumları
	Yakınları
Doğum sonu bakım	Tıbbi bakım Cerrahi müdahale
Bireysel uygulamalar	Bireysel hijyen
	Beslenme
	Dinlenme ve egzersiz yapma
	Cinsel ilişki yasağı
Geleneksel uygulamalar	Meme bakımında geleneksel uygulamalar
	Perine bakımında geleneksel uygulamalar
Düşük / Küretaj sonrası sağlığını korumak	
Bilgi Kaynağı	Sağlık çalışani / kurumları
	Yakınları
Yardım kaynağı	Sağlık çalışani / kurumları
	Akraba
Olumlu uygulamalar	Sağlık çalışanlarına başvurma
	Sağlık çalışanlarının önerilerine uyma
	Bireysel olumlu uygulamalar
Olumsuz uygulamalar	Bireysel olumsuz uygulamalar
	Kendi kendine düşük yapmaya çalışma
Genital enfeksiyonlar / CYBE'den korunmak	
Bilgi Kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşu
	Görsel – işitsel yayın organları
	Yakınları
	Tanıdık sağlık çalışani
Yardım kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşu
	Sağlık çalışani tanıdık
	Akraba
Sağlıklı yaşam	Genel hijyen kurallarına uyma
	Cinsel ilişki yasağı
	Sağlığını koruma
	Bariyer yöntem kullanma
Tıbbi uygulamalar	Tedavi görme
Geleneksel uygulamalar	Hijyen
	Beslenme
Infertilite gelişmesini önlemek	
Bilgi kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşu
	Yakınları
	Basılı yayın
Yardım kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşu
	Tanıdık sağlık çalışani

Tablo 1. Verilerin analizi sonucu ortaya çıkan temalar (devam)

Tıbbi destek	Doktora başvurma / tedavi görme
Sağlıklı yaşam aktiviteleri	Soğuktan korunma
	Genel hijyen kurallarına uyma
	Madde kullanımını bırakma
AP yöntemi ve cinsel ilişki	Cinsel ilişkiye düzenleme
	AP yöntem tercihi
Kadına Yönelik Şiddet	
Bilgi kaynağı	Genel bilgi / deneyim
	Görsel yayın
	Yakınları
	Tanıdık sağlık çalışanı
	Seminere katılma
Kamu kurumu	Emniyet kurumları
	Kadına yönelik şiddetle ilgili kurumları
	Sağlık kurumları
Sosyal çevre	Akraba
Yasal işlemler yapma	Sağlık kurumu / çalışanına başvurma
	Adli kuruma başvurma
Sosyal destek alma	Yakınları
Önleyici uygulamalar	Eşin istediği gibi davranışma
	Kendini güçlendirmeye çalışma
	Eş ile iletişim kurma
	Deneyime dayalı öneriler
	Kendini savunma

3.10. Araştırmancın Güçlükleri

Araştırmancın veri toplama sürecinde bazı güçlükler yaşanmıştır. Birincisi, görüşmenin yapıldığı odaların kapısı hastane koridoruna açılmakta olduğundan tüm önlemlere rağmen yeterince sessiz bir ortam sağlanamamıştır. Bu nedenle kadınların özellikle cinsel sağlık gibi mahremiyet içeren sorularda utandığı ve ifade gücüği yaşadıkları gözlenmiştir. Bu durumun yaşandığı kadınlarda soruların yanıtlarını almak için sonda sorulara gereksinim duyulmuştur. İkincisi, kadınların ses kaydı sırasında heyecanlanma ve çekingen davranışları nedeniyle zaman zaman konuşmak istemedikleri olmuştur. Araştırmacının üreme sağlığı konusunda iletişim, danışmanlık ve eğitim becerileri ile ilgili almış olduğu eğitimi ve deneyimi kadınların tekrar konuşmaya başlatılmasında ve devam ettirilmesinde önemli rol oynamıştır. Son olarak araştırmacı tarafından bir kadınla yapılan görüşme öncesi telefon, uçak moduna alınması unutulmuş olup görüşme sırasında telefon çalmıştır ve görüşme kısa süreli kesintiye

uğramıştır. Bu durumda araştırmacı tarafından telefon uçak moduna alınarak görüşmeye devam edilmiştir.

3.11. Araştırmada Etik

Araştırmmanın gerçekleştirilebilmesi için ilgili kurumun yetkililerinden (Ek - 5) ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul ön onayı (Kabul no: 7) (Ek - 6) ve son onayı (Kabul no: 9) (Ek - 7) alınmıştır. Araştırmmanın nicel boyutuna ilişkin bireyler ile görüşmeye başlamadan önce, araştırmmanın amacı, nasıl yapılacağı konularında da bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan gönüllü olarak katıldıklarını belirttikleri Ek - 4'de bulunan bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Buna ek olarak, devamında nitel görüşmelerin yapılacağı kadınlara ise nitel görüşmenin amacı, kapsamı ve ses kaydının olacağına ilişkin bilgiler verilerek sözel onamla birlikte Ek - 4'de verilen bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Kadınlara istedikleri zaman görüşmeyi sonlandıabilecekleri belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Adölesan dönemde evlenen kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen nitel ve nicel veriler ardışık olarak ayrı tablolarda; kadınların, eşlerinin ve ailesinin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular, üreme sağlığı özellikleri ve davranışlarına yönelik bulgular (bu bölümde açık uçlu sorular sorulmuştur) başlıklarında iki bölüm halinde sunulmuştur:

4.1. Kadınların, Eşlerinin ve Ailesinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Kadınların Sosyo - Demografik Özellikleri İle İlgili Nicel Verileri (n = 245)

Özellikler, n = 245	n	%
Yaş, Ortalama: 26, 62 ± 5,5 (Alt: 18 - Üst: 35)		
Yaş grupları		
18 - 19*	32	13,1
20 - 24	68	27,8
25 - 29	61	24,9
30 - 35	84	34,3
Eğitim durumu		
Okur - yazar	32	13,1
İlköğretim†	159	77,1
Lise‡	24	9,8
Çalışma durumu		
Evet	49	20,0
Ev hanımı	196	80,0
Sosyal güvence		
Var (bireysel)	39	15,9
Var (eş sigortası)	150	61,2
Yok	56	22,9
İzmir'de yaşam süresi		
Doğduğundan beri	72	29,4
1 - 10 yıl	88	35,9
11 - 28 yıl	85	34,7
Evlenmeden önce en uzun yaşanılan yer		
İl merkezi	145	59,2
İlçe / kasaba	53	21,6
Köy	45	18,4
Yurtdışı	2	0,8
Evlendikten sonra en uzun yaşanılan yer		
İl merkezi	167	68,2
İlçe merkezi	46	18,8
Köy	26	16,6
Yurtdışı	6	2,4
Madde kullanımı‡		
Hiç kullanmayan	138	56,3
Alkol kullanan	35	14,3
Sigara kullanan	57	23,3
Zorla kullandırılan (sigara ve alkol)	4	1,6
Artık kullanmıyor	11	4,5

*DSÖ adölesan yaş grubu

†1 kadın üniversite mezunudur.

‡Birden fazla yanıt alınmıştır.

Kadınların yaş ortalamasının $26,62 \pm 5,5$ (Aralık: 18 - 35) ve %34,3'ünün 30 - 35 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Kadınların %77,1'inin ilköğretim mezunu ve %80,0'inin ev hanımı olduğu, %22,9'unun sosyal güvencesinin bulunmadığı belirlenmiştir. Kadınların %35,9'u 1 - 10 yıl ve %34,7'si 11 - 28 yıl süre ile İzmir'de yaşadığı, %68,2'sinin de evlendikten sonra en uzun süre yaşadığı yerin il merkezi olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların %23,3'ünün sigara, %14,3'ünün alkol ve %1,6'sının da zorla sigara ve / veya alkol kullanımı olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Kadınların Sosyo - Demografik Özellikleri İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

	Yaş	Eğitim durumu	Çalışma durumu	Sosyal güvence	İzmir'de yaşam süresi (yıl)	Evlilikten önce en uzun yaşanılan yer	Evlilikten sonra en uzun yaşanılan yer	Madde kullanımı
Kadın 1	32	Yüksekokul	Evet	Var	18	Köy	İl merkezi	Kullanmayan
Kadın 2	34	Lise	Hayır	Var	34	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 3	32	İlkokul	Hayır	Var	16	İl merkezi	İlçe	Kullanmayan
Kadın 4	30	Ortaokul	Hayır	Var	10	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 5	22	Ortaokul	Hayır	Yok	6	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 6	28	İlkokul	Evet	Yok	28	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 7	35	İlkokul	Evet	Var	10	Köy	İl merkezi	Kullanmayan
Kadın 8	33	Okur - yazar	Hayır	Var	5	Köy	Köy	Zorla kullandırılan
Kadın 9	25	İlkokul	Hayır	Var	11	Yurtdışı	İl merkezi	Kullanmayan
Kadın 10	26	Ortaokul	Hayır	Var	26	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 11	32	İlkokul	Hayır	Var	15	Yurtdışı	İl merkezi	Kullanmayan
Kadın 12	34	Lise	Evet	Var	17	İl merkezi	İl merkezi	Kullanmayan
Kadın 13	35	Lise	Evet	Var	20	İlçe	İl merkezi	Kullanmayan
Kadın 14	35	Lise	Evet	Var	35	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 15	31	Okur - yazar	Hayır	Var	30	Köy	Köy	Kullanmayan
Kadın 16	34	Ortaokul	Hayır	Var	34	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 17	33	İlkokul	Hayır	Yok	15	Köy	İl merkezi	Kullanmayan
Kadın 18	19	Ortaokul	Hayır	Var	19	İlçe	İlçe	Artık kullanmıyor
Kadın 19	24	Okur - yazar	Hayır	Var	7	Köy	İlçe	Kullanmayan
Kadın 20	21	Ortaokul	Hayır	Var	1	İl merkezi	Köy	Kullanmayan
Kadın 21	31	Ortaokul	Hayır	Yok	4	İl merkezi	İl merkezi	Artık kullanmıyor
Kadın 22	35	İlkokul	Hayır	Var	35	İl merkezi	İl merkezi	Kullanmayan
Kadın 23	30	Lise	Evet	Var	30	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 24	18	İlkokul	Hayır	Yok	18	İl merkezi	İl merkezi	Kullanmayan
Kadın 25	18	Okur - yazar	Evet	Yok	16	İl merkezi	İl merkezi	Kullanmayan

Çalışmaya katılan kadınların nitel verilerine göre sosyo - demografik özelliklerinde, 25 kadının 16 tanesinin 30 yaş üzeri, 4 tanesinin okur - yazar, 5'inin lise ve 1 tanesinin yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların 17'sinin gelir getiren bir işte çalışmadığı, 6'sının sosyal güvencesinin olmadığı, 9'unun doğduğuundan beri ve 11'inin 10 yıldan daha uzun süredir İzmir'de yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların 15 tanesi evlilikten önce ve 19 tanesi evlilikten sonra olmak üzere en uzun süre ile il merkezinde yaşadığını, bir tanesi de yurt dışında (Bulgaristan) yaşadığını ifade etmiştir. Ayrıca kadınların 8'inin sigara kullandığı, 1'inin zorla madde kullandığı, 2'sinin eskiden sigara kullandığı ve 14 kadının hiç madde kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Kadınların Evlilik Özellikleri İle İlgili Nicel Verileri (n = 245)

Özellikler, n = 245	n	%
İlk evlilik yaşı , Ortalama: $16,11 \pm 0,94$ (Alt: 12 - Üst:17)		
İlk evlilik yaşı		
12	2	0,8
14	12	4,9
15	41	16,7
16	89	36,3
17	101	41,2
Eşle akrabalık durumu		
Yok	198	80,8
Var	47	19,2
Evlilik kararı		
Eşiyle birlikte karar veren	177	72,2
Aileler karar verip, onayı alınan	37	15,1
Aileler karar verip, onayı alınmayan	31	12,7
Medeni / Nikâh durumu		
Resmi nikâh	83	33,9
Dini nikâh	50	20,4
Resmi nikâh + Dini nikâh*	91	37,1
Boşanmış / ölmüş	21	8,6
Başlık parası		
Ödendi	49	20,0
Ödenmedi	196	80,0

*3 kadının ikinci evliliğiydi.

Kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması $16,11 \pm 0,94$ olarak bulunmuştur (Aralık: 12 - 17). Araştırmaya katılan kadınların ilk evliliklerini 1996 – 2014 yılları arasında yaptığı saptanmıştır. Kadınların, %19,2'sinin eşile akraba olduğu, %72,2'sinin evlilik kararını eşile birlikte verdiği, %37,1'inin hem resmi hem de dini nikâhının olduğu, %20,0'ının başlık parası karşılığında evlendiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Kadınların Evlilik Özellikleri İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

	İlk evlilik yaşı	Eşle akrabalık	Evlilik kararını verme şekli	Medeni durumu (evlilik)	Başlık parası
Kadın 1	17	Yok	Eşiyle birlikte karar veren	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 2	14	Yok	Anne / baba karar veren	Boşanmış	Ödenmedi
Kadın 3	16	Yok	Anne / baba karar veren	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 4	17	Yok	Eşiyle birlikte karar veren	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 5	17	Var	Kaçarak evlenen	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 6	16	Yok	Eşiyle birlikte karar veren	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 7	16	Yok	Aileler karar verip, onayı alınmayan	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 8	14	Yok	Anne / baba karar veren	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 9	14	Yok	Kaçarak evlenen	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 10	17	Yok	Eşiyle birlikte karar veren	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 11	17	Yok	Eşiyle birlikte karar veren	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 12	17	Yok	Anne / baba karar veren	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 13	15	Yok	Anne / baba karar veren	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 14	17	Yok	Aileler karar verip, onayı alınmayan	Boşanmış	Ödenmedi
Kadın 15	15	Yok	Aileler karar verip, onayı alınmayan	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 16	17	Yok	Eşiyle birlikte karar veren	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 17	16	Yok	Aileler karar verip, onayı alınmayan	Resmi + dini nikah	Ödendi
Kadın 18	16	Var	Aileler karar verip, onayı alınan	Resmi + dini nikah	Ödendi (15000 TL)
Kadın 19	17	Yok	Eşiyle birlikte karar veren	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 20	16	Yok	Aileler karar verip, onayı alınan	Resmi + dini nikah	Ödendi (14 Cumhuriyet Altını)
Kadın 21	17	Yok	Kaçarak evlenen	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 22	17	Yok	Aileler karar verip, onayı alınan	Resmi + dini nikah	Ödenmedi
Kadın 23	12	Yok	Eşiyle birlikte karar veren	İkinci evlilik	Ödenmedi
Kadın 24	17	Yok	Eşiyle birlikte karar veren	Dini nikah	Ödendi
Kadın 25	15	Yok	Kaçarak evlenen	Dini nikah	Ödenmedi

Araştırmanın nitel bölümüne katılan 12 kadının 17 yaşında ve 1 kadının da 12 yaşında ilk evliliğini yaptığı tespit edilmiştir. Kadınların 2 tanesinin eşiyle akraba olduğu, 4 kadın için evlenirken başlık parası ödendiği (1 tanesi için 15000 TL ve 1 tanesi için 14 Cumhuriyet Altını) saptanmıştır. Kadınların evliliğe karar verme şeklinin, 9'unun eşiyle birlikte olduğu, 4'ünün ailelerinin karar verdiği ve kendilerinin onayının alınmadığı, 5'inin anne / babasının karar verdiği, 3'ünün ailelerinin karar verip, kendilerinin onayının alındığı ve 4'ünün de kaçarak evlendiği belirlenmiştir. Kadınların evlilik durumunun 20 tanesinin resmi nikâh ve dini nikâhının olduğu, 2'sinin dini nikâhının, 1'inin ikinci evliliğinin ve 2'sinin de boşanmış olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Eşlerin Sosyo - Demografik Özellikleri İle İlgili Nicel Verileri (n = 245)

Özellikler, n = 245	n	%
Yaş, Ortalama: $33,51 \pm 7,33$ (Alt: 19 – Üst: 55)		
Yaş grupları		
19 - 24	28	11,4
25 - 29	56	22,9
30 - 34	46	18,8
35 - 39	62	25,3
40 - 55	53	21,6
Eğitim durumu		
Okur - yazar	18	7,3
İlköğretim	195	79,6
Lise*	32	13,1
Çalışma durumu		
Çalışıyor	196	80,0
Çalışmıyor	49	20,0
Sosyal güvence		
Var	189	77,1
Yok	56	22,9
İzmir'de yaşam süresi		
Doğduğundan beri	115	46,9
1 - 10 yıl	34	13,9
11 - 41 yıl	96	39,2
Evlendikten önce en uzun yaşamlanın yer		
İl merkezi	180	73,5
İlçe / kasaba	34	13,9
Köy	29	11,8
Yurtdışı	2	0,8
Evlendikten sonra en uzun yaşamlanın yer		
İl merkezi	203	82,9
İlçe / kasaba	30	12,2
Köy	11	4,5
Yurtdışı	1	0,4
Madde kullanımı, n = 252[†]		
Hiç kullanmayan	72	28,5
Alkol kullanan	39	15,4
Sigara kullanan	125	49,6
Artık kullanmıyor	16	6,3

*1 erkek üniversite mezunudur.

[†]Birden fazla yanıt alınmıştır.

Kadınların eşlerinin %25,3'ü 35 - 39 yaş grubunda, yaş ortalamalarının $33,51 \pm 7,33$ olduğu tespit edilmiştir (Aralık: 19 - 55). Eşlerinin %79,6'sının ilköğretim mezunu, %46,9'unun doğduğundan beri İzmir'de yaşamakta olduğu, %82,9'unun evlendikten sonra en uzun süre yaşadığı yerin il merkezi olduğu belirlenmiştir. Eşlerin %80,0'ının çalışıyor olduğu ve %77,1'inin sosyal güvencesinin bulunduğu saptanmıştır. Eşlerin %49,6'sının sigara kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Eşlerin Sosyo - Demografik Özellikleri İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

	Yaş	Eğitim durumu	Çalışma durumu	İzmir'de yaşam süresi (yıl)	Evlilikten önce en uzun yaşanılan yer (yıl)	Evlilikten sonra en uzun yaşanılan yer (yıl)	Madde kullanımı
Kadın 1	40	Ortaokul	Evet	40	İl merkezi	İl merkezi	Artık kullanmıyor
Kadın 2	44	İlkokul	Evet	44	İl merkezi	İl merkezi	Alkol + Sigara
Kadın 3	38	İlkokul	Evet	38	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 4	37	Öğrenci	Evet	37	İl merkezi	İl merkezi	Alkol
Kadın 5	30	İlkokul	Hayır	30	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 6	38	Lise	Evet	38	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 7	36	İlkokul	Evet	10	Köy	İl merkezi	Kullanmayan
Kadın 8	37	Okur - yazar	Evet	5	Köy	Köy	Sigara
Kadın 9	26	İlkokul	Evet	11	Yurt dışı	Yurt dışı	Kullanmayan
Kadın 10	36	Ortaokul	Evet	36	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 11	45	İlkokul	Evet	15	Yurtdışı	Yurt dışı	Alkol + Sigara
Kadın 12	37	Lise	Evet	17	İl merkezi	İl merkezi	Artık kullanmıyor
Kadın 13	42	Lise	Evet	42	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 14	42	Lise	Evet	42	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 15	35	İlkokul	Evet	30	Köy	Köy	Sigara
Kadın 16	36	Lise	Evet	36	İl merkezi	İl merkezi	Alkol + Sigara
Kadın 17	41	İlkokul	Evet	33	Köy	İl merkezi	Sigara
Kadın 18	23	Ortaokul	Evet	23	İlçe	İlçe	Sigara
Kadın 19	30	İlkokul	Evet	11	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 20	28	Lise	Evet	1	İl merkezi	İl merkezi	Kullanmayan
Kadın 21	37	Lise	Evet	4	İlçe	İlçe	Alkol + Sigara
Kadın 22	41	Lise	Evet	Manisa	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 23	36	Yüksek okul	Hayır	33	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 24	19	İlkokul	Evet	19	İl merkezi	İl merkezi	Sigara
Kadın 25	27	Okur - yazar	Evet	27	İl merkezi	İl merkezi	Sigara

Araştırmanın nitel verilerine göre, kadınların eşlerinin sosyo - demografik özelliklerinde 7 tanesinin 40 yaş üzeri, 2 tanesinin okur - yazar, 10'unun ilkokul, 1 tanesinin yüksekokul mezunu ve 1'inin öğrenci olduğu saptanmıştır. Erkeklerin 23'ünün gelir getiren bir işte çalıştığı, 2'sinin çalışmadığı, 13'ünün doğduğundan beri ve 8'inin 10 yıldan daha uzun süredir İzmir'de yaşadığı, 1 tanesinin Manisa'da yaşadığı, 15'inin sigara, 4'ünün alkol ve sigara, 2'sinin eskiden sigara kullandığı ve 3'ünün hiç madde kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Aile Yapısı Ve Ekonomik Özellikleri İle İlgili Nicel Verileri (n = 245)

Özellikler, n = 245	n	%
Aile tipi		
Çekirdek aile*	172	70,2
Geniş aile	73	29,8
Gelir durumu†		
Asgari ücretin altında	86	35,1
Asgari ücret	62	25,3
Asgari ücretin üstünde	97	39,6
Algılanan gelir düzeyi		
Gelir giderden az	128	52,2
Gelir gidere denk	106	43,3
Gelir giderden fazla	11	4,5
Geniş ailedede madde kullanımı, n = 75‡		
Hiç kullanan yok	35	46,6
Alkol kullanan	22	32,0
Sigara kullanan	14	21,3

*5 aile geniş aileden son 1 yıl içinde ayrılmış.

†T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından 2018 yılı için açıklanan net asgari ücret tutarına göre sınıflama yapılmıştır.

‡Geniş ailedede birlikte yaşanan akrabalarda madde kullanımını bildirmektedir ve 2 aile için birden fazla yanıt bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların %70,2'sinin çekirdek aile tipinde yaşadığı, haneye giren ortalama gelirin $2,044 \pm 0,86$, ortanca değerin 2000 TL (Aralık: 500 - 7000) olduğu, %39,6'sının haneye giren gelir miktarının asgari ücretin üstünde ve %52,2'sinin geliri giderden az olarak algıladığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Aile Yapısı ve Ekonomik Özellikleri İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

	Aile tipi	Gelir miktarı	Algılanan gelir düzeyi	Ailede madde kullanımı*
Kadın 1	Geniş aile	3000	Düşük	Alkol
Kadın 2	Geniş aile	1400	Düşük	Hiç kullanan yok
Kadın 3	Çekirdek aile	2000	Düşük	
Kadın 4	Çekirdek aile	1600	Düşük	
Kadın 5	Çekirdek aile	1000	Düşük	
Kadın 6	Çekirdek aile	3200	Orta	
Kadın 7	Çekirdek aile	3500	Orta	
Kadın 8[†]	Çekirdek aile	1400	Düşük	
Kadın 9	Geniş aile	3200	Düşük	Hiç kullanan yok
Kadın 10	Çekirdek aile	3000	Orta	
Kadın 11	Geniş aile	3000	Düşük	Alkol + Sigara
Kadın 12	Geniş aile	3200	Düşük	Hiç kullanan yok
Kadın 13	Çekirdek aile	3200	Düşük	
Kadın 14[†]	Çekirdek aile	5000	Orta	
Kadın 15	Geniş aile	1200	Düşük	Alkol
Kadın 16	Çekirdek aile	2500	Düşük	
Kadın 17[†]	Çekirdek aile	Belirsiz	Orta	
Kadın 18	Geniş aile	2000	Düşük	Alkol
Kadın 19	Geniş aile	2000	Düşük	Hiç kullanan yok
Kadın 20	Çekirdek aile	2500	Düşük	
Kadın 21	Çekirdek aile	3000	Orta	
Kadın 22	Geniş aile	2000	Düşük	Hiç kullanan yok
Kadın 23[†]	Çekirdek aile	3500	Orta	
Kadın 24	Çekirdek aile	2000	Düşük	
Kadın 25	Çekirdek aile	1600	Düşük	

* Sadece geniş aile tipi olan kadınlara sorulmuştur.

[†]Geniş aileden son 1 yıl içinde ayrılmış.

Bu konudaki nitel veriler incelendiğinde, 16 kadının çekirdek ailede yaşadığı, 5'inin haneye giren gelirinin 2000 TL olduğu, 18'inin gelir düzeyini düşük olarak algıladığı, geniş ailede yaşayan 9 kadının 5'inin aile içinde herhangi bir madde kullanan bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 9).

4.2. Kadınların Üreme Sağlığı Özellikleri ve Davranışlarına Yönelik Bulgular

Tablo 10. Kadınların Gebelik Özellikleri İle İlgili Nicel Verileri (n = 239)

Özellikler	n	%
İlk gebelik yaşı , Ortanca: $18,00 \pm 0,16$ (Alt: 13 - Üst: 29)		
İlk gebelik yaşı, n = 239*		
13 - 17	118	49,4
18 - 19	78	32,6
20 - 29	43	18,0
Toplam gebelik sayısı , Ortalama: $2,28 \pm 1,09$ (Alt: 0 - Üst: 8)		
Toplam gebelik sayısı, n = 239		
1	52	21,2
2	108	44,1
3	54	22,0
4 - 8	25	10,2
İsteyerek düşük sayısı , Ortanca: $0,00 \pm 0,26$ (Alt: 0 - Üst: 3)		
İsteyerek düşük sayısı		
Yok	222	90,6
1	19	7,8
2	2	0,8
3	2	0,8
Kendiliğinden düşük sayısı , Ortanca: $0,00 \pm 0,34$ (Alt: 0 - Üst: 3)		
Kendiliğinden düşük sayısı		
Yok	207	84,5
1	28	11,4
2	8	3,3
3	2	0,8
Planlı gebelik sayısı , Ortalama: $1,75 \pm 0,64$ (Alt: 0 - Üst: 3)		
Planlı gebelik sayısı		
Yok	9	3,7
1	87	35,5
2	122	49,8
3	27	11,0
İstenen gebelik sayısı , Ortalama: $1,74 \pm 0,64$ (Alt: 0 - Üst: 3)		
İstenen gebelik sayısı		
Yok	7	2,9
1	88	35,9
2	123	50,2
3	27	11,0
Gebelikte yüksek tansiyon, n = 239		
Gebelikte diyabet, n = 239		
Gebelikte kanama, n = 239		
Gebelikte enfeksiyon, n = 239		
Gebelikte yaşanan enfeksiyonlar, n = 22		
Genital sigil	8	36,4
İdrar yolu enfeksiyonu	8	36,4
Diş enfeksiyonu (Diş çekilmiş)	1	4,5
Vajinal enfeksiyon	3	13,6
Gebelikte yüksek ateş	1	4,5
Sitomegalovirus	1	4,5

*Gebeliği olan 239 kadın değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların gebelik özelliklerinin dağılımı Tablo 10'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların, ilk gebelik yaşı ortancasının $18,00 \pm 0,16$ (Aralık: 13 - 29) ve %49,4'ünün 13 - 17 yaşında ilk gebeliğini yaşamış olduğu izlenmiştir. Kadınların gebelik sayı ortalamasının $2,28 \pm 1,09$ (Aralık: 0 - 8) ve %44,1'inin 2 gebeliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada kadınların isteyerek düşük sayı ortancası $0,00 \pm 0,26$ (Aralık: 0 - 3) ve %7,8'inin 1 tane isteyerek düşüğünün bulunduğu belirlenmiştir. Kadınların kendiliğinden düşük sayısı ortancası $0,00 \pm 0,34$ (Aralık: 0 - 3) ve %11,4'ünün 1 adet kendiliğinden düşüğünün olduğu saptanmıştır. Kadınların planlı gebelik sayı ortalamasının $1,75 \pm 0,64$ (Aralık: 0 - 3) ve %49,8'inin 2 gebeliğinin planlı olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların istenen gebelik sayı ortalamasının $1,74 \pm 0,64$ (Aralık: 0 - 3) ve %50,2'sinin 2 gebelik istedikleri belirlenmiştir. Çalışmada yer alan kadınlardan gebelik yaşayan kadınların gebelik öykülerinde %11,29'unda yüksek tansiyon (%5,8'i 19 yaşın altında ve birinci gebeliklerinde), %5,0'ında gebelikte diyabet (%1,2'si 19 yaşın altında ve birinci gebeliklerinde), %5,8'inde gebelikte kanama (%1,6'sı 19 yaşın altında ve birinci gebeliklerinde) ve %9,2'sinde enfeksiyon (%4,6'sı 19 yaşın altında ve birinci gebeliklerinde) ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Gebelikte ortaya çıkan enfeksiyonların, genital siğil ve üriner enfeksiyonlarının %36,4, vajinal enfeksiyon %13,6, dış enfeksiyonu, sitomegalovirus (CMV) ve gebelikte yüksek ateşin %4,5 oranlarında olduğu saptanmıştır.

Tablo 11. Kadınların Gebelik Özellikleri İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

	İlk gebelik yaşı	Toplam gebelik	İsteyerek düşük	Kendiliğinden düşük	Planlı gebelik	İstenen gebelik	Gebelikte hiper tansiyon	Gebelikte diyabet	Gebelikte kanama	Gebelikte enfeksiyon
Kadın 1	21	2	0	0	2	2	Yok	Yok	Yok	22 yaş, 1.gebelikte üriner enf
Kadın 2	17	3	0	0	2	2	Yok	Yok	Yok	
Kadın 3	19	8	1	2	2	2	Yok	Yok	30 yaş, 6.gebelikte	Yok
Kadın 4	18	4	0	2	2	2	18 yaş, 1.gebelikte	Yok	Yok	18 ve 26 yaş, 1. ve 4. gebelikte genital siğil
Kadın 5	17	2	0	0	2	2	Yok	Yok	Yok	17 yaş, 1.gebelikte üriner enf
Kadın 6	17	3	0	0	3	3	Yok	Yok	Yok	
Kadın 7	16	2	0	0	0	0	Yok	Yok	Yok	
Kadın 8	16	5	0	2	0	0	Yok	Yok	Yok	
Kadın 9	15	4	1	1	0	1	Yok	Yok	15 yaş, 1.gebelikte	Yok
Kadın 10	17	2	0	0	2	2	Yok	Yok	Yok	
Kadın 11	17	7	2	2	0	2	Yok	Yok	Yok	
Kadın 12	21	2	0	0	2	2	Yok	Yok	21 yaş, 1.gebelikte	Yok
Kadın 13	21	3	0	0	3	3	Yok	Yok	Yok	
Kadın 14	17	1	0	0	1	1	Yok	Yok	Yok	
Kadın 15	15	5	0	1	3	3	Yok	Yok	Yok	31 yaş, 5. gebelikte genital siğil
Kadın 16	17	3	0	1	3	3	Yok	Yok	Yok	
Kadın 17	21	4	0	0	1	1	Yok	Yok	Yok	
Kadın 18	16	3	0	2	1	1	Yok	Yok	Yok	
Kadın 19	19	3	0	1	1	1	Yok	Yok	Yok	
Kadın 20	18	3	0	1	2	2	Yok	21 yaş, 3.gebelikte	Yok	Yok
Kadın 21	24	3	0	1	2	2	Yok	Yok	Yok	24 yaş, 1. gebelikte CMV
Kadın 22	17	6	0	3	2	2	Yok	Yok	19 ve 23 yaş, 1.ve 5. gebelikte	Yok
Kadın 23	13	3	0	1	2	2	Yok	Yok	30 yaş, 3.gebelikte	Yok
Kadın 24	18	1	0	0	1	1	Yok	Yok	Yok	
Kadın 25	15	2	0	3	2	2	Yok	Yok	Yok	

Araştırmanın nitel bölümüne katılan kadınların gebelik özelliklerinin dağılımı Tablo 11'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların, 20'sinin ilk gebeliğini 19 yaşında ve / veya önce, 5'inin 20 ve / veya sonra yaşamış olduğu izlenmiştir. Kadınların 9'unun 3 ve 1 tanesinin de 8 gebeliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada kadınların 2'sinin 1 ve 1'inin 2 tane isteyerek düşüğünün bulunduğu belirlenmiştir. Çalışmada yer alan kadınların 7'sinin 1 adet, 5'inin 2 ve 2'sinin 3 adet kendiliğinden düşüğünün olduğu saptanmıştır. Kadınların 5'inin 1 adet, 12'sinin 2 ve 4'ünün 3 gebeliğinin planlı olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların 6'sının 1 tane, 13'ünün 2 ve 4'ünün 3 gebelik istedikleri belirlenmiştir. Kadınların gebelik öyküleri incelendiğinde, 1 kadının gebelikte yüksek tansiyon (18 yaşında, birinci gebeliğinde), 1 kadının gebelikte diyabet (21 yaşında, üçüncü gebeliğinde) ve 5 kadında enfeksiyon ortaya çıktıgı tespit edilmiştir. Kadınlar geçirdikleri enfeksiyonların; 2'si üriner enfeksiyon, 2'si genital siğil ve 1'i sitomegalovirus (24 yaşında, birinci gebeliğinde) olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 12. Kadınların Doğum Özellikleri İle İlgili Nicel Verileri (n = 245)

Özellikler, n = 245	n	%
Doğum sayısı, Ortalama: $1,66 \pm 0,69$ (Alt: 0 - Üst: 5)		
Doğum sayısı, n = 245		
Yok	23	9,4
1	100	40,8
2	101	41,2
3-5 [†]	21	8,6
Ölü doğum sayısı, Ortanca: $0,00 \pm 0,10$ (Alt: 0 - Üst: 2)		
Ölü doğum sayısı, n = 245		
Yok	242	98,8
1	2	0,8
2	1	0,4
Erken doğum sayısı, Ortanca: $0,00 \pm 0,22$ (Alt: 0 - Üst: 3)		
Erken doğum sayısı, n = 245		
Yok	233	95,1
1	8	3,3
2	3	1,2
3	1	0,4
Doğum şekli, n = 222*		
Vajinal	167	75,2
Sezaryen	48	21,6
Vajinal ve sezaryen	7	3,1
Doğum yapılan yer, n = 222*		
Hastanede	205	92,3
Evde	17	7,6
Doğum sonu kanama öyküsü olan, n = 222*	41	18,4

*Sadece doğum yapmış olan kadınlar değerlendirildiği için n sayıları farklı bulunmuştur.

[†]Bir kadının 4 ve bir kadının 5 adet doğumumu vardır.

Çalışmaya katılan kadınların doğum ortalaması $1,66 \pm 0,69$ (Aralık: 0 - 5) olup, %9,4'ünün hiç doğum yapmadığı, %40,8'inin bir ve %41,2'sinin iki doğum yaptıkları izlenmiştir. Kadınların ölü doğum sayısı ortancasının $0,00 \pm 0,10$ (Aralık: 0 - 2), erken doğum sayısı ortancasının $0,00 \pm 0,22$ (Aralık: 0 - 3) olduğu tespit edilmiştir. Yine kadınların %0,8'inin bir tane ölü doğum ve %3,3'ünün bir tane erken doğum yaptığı saptanmıştır. Kadınların %75,2'sinin vajinal, %21,6'sının sezaryen ve %3,1'inin her iki yöntemle doğum yaptığı, %7,6'sının da evde doğum öyküsünün bulunduğu belirlenmiştir. Kadınların %18,46'sı doğum sonu kanama (%11,2'si 19 yaşın altında, birinci gebeliklerinde) öyküsü bildirmiştir (Tablo 12). Kadınların 19 yaş ve / veya altında iken %0,4'ü ölü doğum, %1,6'sı erken doğum ve %6,7'si sezaryen ile doğum yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 13. Kadınların Doğum Özellikleri İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

	Doğum sayısı	Ölü doğum sayısı	Erken doğum sayısı	Doğum şekli	Doğum yeri	Doğum sonu kanama
Kadın 1	2	0	0	Sezaryen	Hastane	Yok
Kadın 2	3	0	0	Vajinal	Hastane	Yok
Kadın 3	5	0	0	Vajinal	Hastane	Var (32 yaşında, 7.gebelik)
Kadın 4	2	0	0	Sezaryen	Hastane	Yok
Kadın 5	1	0	0	Vajinal	Hastane	Yok
Kadın 6	2	0	0	Vajinal	Hastane	Yok
Kadın 7	2	0	0	Vajinal	Evde	Var (16 yaşında 1.gebelik)
Kadın 8	2	0	0	Vajinal	Evde	Yok
Kadın 9	2	0	0	Sezaryen	Hastane	Yok
Kadın 10	2	0	0	Vajinal	Hastane	Yok
Kadın 11	3	0	0	Vajinal	Hastane	Yok
Kadın 12	2	0	0	Vajinal	Hastane	Yok
Kadın 13	3	0	0	Vajinal + sezaryen	Evde + hastanede	Yok
Kadın 14	1	0	0	Vajinal	Hastane	Yok
Kadın 15	3	0	0	Vajinal	Evde	Yok
Kadın 16	2	0	0	Vajinal	Evde	Yok
Kadın 17	3	0	0	Vajinal	Evde	Yok
Kadın 18	1	0	0	Sezaryen	Hastane	Yok
Kadın 19	1	0	0	Sezaryen	Hastane	Yok
Kadın 20	1	0	0	Vajinal	Hastane	Yok
Kadın 21	1	0	0	Vajinal	Hastane	Yok
Kadın 22	2	0	0	Sezaryen	Hastane	Yok
Kadın 23	2	0	1	Sezaryen	Hastane	Yok
Kadın 24	1	0	0	Vajinal	Hastane	Yok
Kadın 25	2	0	0	Vajinal	Hastane	Yok

Çalışmaya katılan kadınların nitel verilerinde, 7'sinin 1 tane, 12'sinin 2 ve 1'inin 5 doğum yaptığı belirlenmiştir. Ölü doğum yapan kadın bulunmadığı ve 1'inin de erken doğum yaptığı tespit edilmiştir. Kadınların 17'sinin vajinal, 7'sinin sezaryen ve 1 tanesinin de hem vajinal hem sezaryen ile doğum yapmış olduğu saptanmıştır. Ayrıca 20 kadın hastanede, 5 kadın evde ve 1 kadın hem evde hem hastanede doğum yaptığıni ifade etmiştir. Araştırmaya katılan 2 kadın doğum öykülerinde doğum sonu kanama yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 13).

Tablo 14. Kadınların Menarş Özellikleri İle İlgili Nicel Verileri (n = 245)

Özellikler, n = 245	n	%
Menarş yaşı, Ortalama: 12,79 ± 1,32 (Alt: 10 - Üst: 16)		
10 - 11	41	16,7
12 - 13	178	72,7
14 - 16	26	10,6
Menarşta hissedilen duygular, n = 245*		
Korku / endişe / kaygı	172	70,2
Sevinç (büyündüğü / kadın olduğu için) / mutluluk / kadın olduğunu hissetme,	41	16,7
Bir şey hissetmemek / boşluk	16	6,5
Şaşkınlık / heyecan	7	2,8
Doğal karşılama	4	1,6
Hasta olduğunu zannetme / ağrı	2	0,8
Kendini kötü hissetme / utanma / suçluluk, kirlilik hissetme	12	4,8
Ağlama / panik olma / şok yaşama	5	2,0
Menarş olduğunu ilk söylediği kişi		
Anne / baba / abla / kardeş	200	81,6
Babaanne / hala / teyze / kuzen	15	6,1
Eş / kayıncı / görmece	12	4,9
Hiç kimse	10	4,1
Arkadaş / komşu / öğretmen	8	3,3

* Birden fazla yanıt alındığı için n sayısında katlanma olmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların menarş yaşının %72,7'sinde 12 - 13 olduğu ve %70,2'sinin menarş sırasında korku / endişe / kaygı yaşadığı, %81,6'sının bu deneyimini anne, baba, abla, kardeş gibi birinci derece akrabaları ile paylaştığı belirlenmiştir. Kadınların %5,7'si evlendikten sonra menarş olmuştur (Tablo 14).

Tablo 15. Kadınların Menarş Özellikleri İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

	Menarş yaşı	Menarsta hissedilenler	Menarş ilk söylediği kişi	Menstrüasyon döneminde enfeksiyon gelişmemesi için yapılanlar
Kadın 1	13	Büyüdüğü için sevinme	Baba	Sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye
Kadın 2	15	Korku, mutluluk	Kayınvalide	El hijyeni, sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye, genel temizlik kurallarına uyma, cinsel ilişki yasağı, bezleri kaynatma
Kadın 3	16	Korku	Eş	El hijyeni, sık ped değiştirme, genital bölge temizliği
Kadın 4	13	Şok	Abla, kardeş	Sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye, hazır ped kullanma, kendi çamaşırını ayrı yıkama, genel temizlik kurallarına uyma
Kadın 5	15	Korku	Anne	Sık ped değiştirme, genel temizlik kurallarına uyma
Kadın 6	13	Hasta olduğunu zannetme	Anne	El hijyeni, sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye, cinsel ilişki yasağı
Kadın 7	12	Korku, ağrı	Hiç kimse	Sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye, genel temizlik kurallarına uyma, genital bölge temizliği
Kadın 8	16	Korku	Görümce	Umumi tuvalet temizliğine dikkat etme, ped değiştirme, bezleri kaynatma, hazır ped kullanma
Kadın 9	14	Korku	Hiç kimse	Sık ped değiştirme, genel temizlik kurallarına uyma
Kadın 10	16	Korku, endişe, kirli, suçlu	Anne	Sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye, genel temizlik kurallarına uyma, üzütmeme
Kadın 11	13	Hiçbir şey, olağan	Eş	El hijyeni, sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye, genel temizlik kurallarına uyma
Kadın 12	12	Korku, endişe	Kuzen	Eskiden bezleri kaynatma, sık ped değiştirme
Kadın 13	15	Korku, şaşkınlık, ağrı	Hiç kimse	Umumi tuvalet temizliğine dikkat etme, sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye
Kadın 14	13	Korkan, büyülüdüğü için sevinme	Anne	Genel temizlik kurallarına uyma, umumi tuvalet temizliğine dikkat etme, denize / havuza girmeme
Kadın 15	15	Korku, endişe	Abla, kardeş	Eskiden bezleri kaynatma,
Kadın 16	13	Olağan	Anne	Önden arkaya doğru taharetlenme, el hijyeni, sık ped değiştirme, umumi tuvalet temizliğine dikkat etme, genel temizlik kurallarına uyma,
Kadın 17	13	Korku	Hiç kimse	Genel temizlik kurallarına uyma, sık iç çamaşırı değiştirmeye
Kadın 18	14	Korku, kızlığı patladı zannetme	Anne, komşu	El hijyeni, sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye, umumi tuvalet temizliğine dikkat etme, kaynatılmış soğanlı maydanoz suyu içme
Kadın 19	11	Kadın olduğu için sevinme, heyecan	Abla, kardeş	Genel temizlik kurallarına uyma, sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye
Kadın 20	12	Endişe	Kuzen	Üzütmeme, soğuk su içmemeye, hazır ped kullanma
Kadın 21	11	Korku	Öğretmen	Genel temizlik kurallarına uyma,
Kadın 22	14	Büyüdüğü için sevinç, kötü hissededen	Anne	Önden arkaya doğru taharetlenme, el hijyeni, sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye
Kadın 23	12	Olağan karşılaşma	Anne	Umumi tuvalet temizliğine dikkat etme, sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye
Kadın 24	11	Korku, ağrı	Anne	El hijyeni, sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye, önden arkaya doğru taharetlenme, cinsel ilişki yasağı
Kadın 25	12	Panik olma	Anne	El hijyeni, sık ped ve iç çamaşırı değiştirmeye, önden arkaya doğru taharetlenme, ayakta duş alma

Kadınların menarş özelliklerini ile ilgili nitel veriler Tablo 15'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, kadınların 7'sinin 13 yaşında menarş olduğu, 15'inin menarşta korktuğu, 9 tanesinin bu deneyimini annesi ile paylaştığı belirlenmiştir. Kadınların 4 tanesi evlendikten sonra menarş olmuştur. Menstrüasyon döneminde enfeksiyon gelişmemesi için 14 kadın sık ped ve iç çamaşırı değiştirdiğini, 11 kadın da genel temizlik kurallarına uyduğunu ifade etmiştir.

Tablo 16. Kadınların Menstrüasyon Döneminde Enfeksiyon Gelişmemesi İçin Uygulamaları İle İlgili Nicel Verileri (n = 245)

Uygulamalar, n = 245*	n	%
Ped, çamaşır değiştirme / genital bölge temizliği yapma	192	78,3
El hijyeni / genel temizlik kurallarına uyma	112	45,7
Tuvalet temizliği / önden arkaya taharetlenme	78	31,8
Cinsel ilişki yasağı uygulama	73	29,7
Üşütmeyen / soğuk su içmemeye / denize, havuza girmeme	42	17,1
Ayakta duş alma	28	11,4
Hazır ped kullanan / bezleri kaynatma	5	2,0
Kaynamış soğan ve maydanoz suyu içme	2	0,8
Antibiyotik kullanma	1	0,4

* Birden fazla yanıt alındığı için n sayısında katlanma olmuştur.

Kadınların menstrüasyon döneminde enfeksiyon gelişmemesi için %78,3'ünün sık ped / çamaşır değiştirdiği / genital bölgeyi temizlediği / hazır ped kullandığı / bezleri kaynattığı, %45,7'sinin el yıkadığı / genel temizlik kurallarına dikkat ettiği ve %29,7'sinin cinsel ilişki yasağı uyguladığı belirlenmiştir. Bu konuda yapılan diğer uygulamalar Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 17. Kadınların Cinsel Yaşama Yönelik Uygulamaları İle İlgili Nicel Verileri (n = 204)

Uygulamalar, n = 204*	n	%
Eşinin isteklerini yerine getirme (Zorunluluktan istiyormuş gibi yapma / kendini alıştırma / eşinin hoşuna giden şeyleri yapma / isteyerek ya da istemeyerek oral, anal sekse izin verme / eşine isteklerini söyleyememe / ağrı nedeniyle cinsel ilişki istememe)	113	55,3
Genel hijyen kuralları ve bireysel bakım (Özel kıyafetler giyme, makyaj yapma, parfüm sürme / hijyene dikkat etme / vajinal duş yapma/ ilişkiden önce, sonra duş alma / dış fırçalama / ıslak mendille silinme / ilişkiden önce, sonra sirkeli su ile yıkama / abdest alma / sağlığına dikkat etme)	97	47,5
İletişim kurma (Eşine hoşuna giden, gitmeyen davranışlarını söyleme / oral, anal seks yasağı uygulama / birlikte alkol gibi rahatlatıcı maddeler kullanma / menstrüasyon döneminde ilişki yasağı uygulama)	54	26,4
Tek eşlilik ve masturbasyon yapma	12	5,8
Bilgi edinme (doğrusunu öğrenmek / yaptıklarından emin olmak için)	7	3,4
Gebelikten korunma yöntemi kullanma	6	2,9
Tıbbi yardım alma (vajinismus)	5	2,4
Cinsel şiddet görme	2	0,9

*Bir şey yapmadığını ifade eden 41 kadın değerlendirilmemiştir. Birden fazla yanıt aldığı için n sayısında katlanma olmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların %55,3'ünün zorunluluktan istiyormuş gibi yaptığı / kendini alıştırdığı / eşinin hoşuna giden şeyleri yaptığı / isteyerek ya da istemeyerek oral, anal sekse izin verdiği / eşine isteklerini söyleyemediği / cinsel şiddet, ağrı nedeniyle istemediği belirlenmiştir. Kadınların %2,4'ünün vajinismus nedeniyle doktora gittiği ve %3,4'ünün doğrusunu öğrenmek ya da yaptıklarından emin olmak için bilgi edindiği tespit edilmiştir (Tablo 17).

Tablo 18. Kadınların Cinsel Yaşama Yönelik Bilgi ve Yardım Alma Durumları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt temalar	Kodlar	n
Bilgi alma durumu			
Bilgi kaynağı	Yakınları	Anne (n = 6), abla (n = 6), eş (n = 8), görümce (n = 1), kuzen (n = 2), arkadaş (n = 6), komşu (n = 2), teyze (n = 1), yenge (n = 2)	33
	Görsel – işitsel yayın organları	Kitap (n = 1), televizyon (n = 3), internet (n = 3), basın yayın (n = 1)	8
	Sağlık çalışanı / kuruluşu	Hastane (n = 2), aile doktoru hemşiresi (n = 1), sağlık ocağı (n = 2)	5
	Tanıdık sağlık çalışanı	Hemşire arkadaş (n = 1), ebe kayınpotası (n = 1)	2
Yardım alma durumu			
Yardım kaynağı	Sağlık çalışanı / kuruluşu	Hastane (n = 13), doktor (n = 9), aile doktoru (n = 1), hemşire (n = 2), sağlık ocağında ebe (n = 1)	26
	Yakınları	Büyük nene (n = 2), anne (n = 1), komşu (n = 1), köy ebesi (diplomasız) (n = 1)	5

Kadınların cinsel yaşamla ilgili bilgi alma durumları araştırmanın nitel bölümünde incelenmiştir ve “*bilgi kaynağı*” teması altında “*sağlık çalışanı / kuruluşu, tanıdık sağlık çalışanı, yakınları ve görsel – işitsel yayın organları*” olmak üzere dört alt tema tespit edilmiştir. Kadınların cinsel yaşamla ilgili bir sorunla karşılaşıldığında yardım alma durumları “*yardım kaynağı*” teması altında “*sağlık çalışanı / kuruluşu ve yakınları*” alt temaları belirlenmiştir (Tablo 18). Cinsel yaşamla ilgili bilgi ve yardım alma durumları ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“*Şimdi ben şöyle anlatmaya başlayayım ben çok küçük yaşta evlendim hatta eşimle kaçtım o yüzden hiçbir bilgim yoktu. Tabii yaş gittikçe komşum var hemşire arkadaşım. Ondan bayağı şeyler öğrendim. Şimdi çok özür diliyorum. Çok zorlanıyorum inanın ki çok zorlanıyorum. Şöyle eşim her istediginde yapmak zorunda hissediyordum olduğumu tamam istiyor ama ben istemiyorum ben istemeyerek birlikte oluyordum onunla. Nasıl söylesem şöyle siz de kadınsınız beni anlıyorsunuz ama yani ismimi de açıklamadığınız için rahat olmamı istiyorum. Biraz daha rahat konuşmak istiyorum sizinle. Eşim her istediginde birlikte olmak zorundayım bazen yorgunum bazen tabii çocuklar var ev işi yoruluyorum. İstemeyerek onunla birlikte oluyorum tabii ki.*” (K9, evlilik yaşı 14)

“*Sağlık ocağına gidilebilirdi ama evdekiler izin vermediler, müsaade etmediler gitmemeye. Görümcem ve kayıncılar çok karışıyordu, onlar müsaade etmediği için gidemedim.*” (K3, evlilik yaşı 16)

Tablo 19. Kadınların Cinsel Yaşama Yönelik Uygulamaları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Cinsel yaşamla ilgili uygulamalar			
Temalar	Alt temalar	Kodlar	n
Sağlıklı cinsel yaşam	Eşle cinsel uyum	Kafa yapısı olarak çok iyi anlaşma (n = 2), karşılıklı istekleri yerine getirme (n = 7), birbirini memnun etme (n = 4), her zaman uygun bir ortam aşk sevgi önemli olması (n = 1), mutlu olma (n = 1), anal / oral seks yapma (n = 1), ön sevişme yapma (n = 3), istemediği zaman eşи zorlamama (n = 1), ortak karar alma (n = 1), sağlığına dikkat etme (n = 2), gebelikten korunma yöntemi kullanma (n = 1), eşine hoşuna giden davranışlarını söyleme (n = 7), eşine hoşuna gitmeyen davranışlarını söyleme (n = 6), tek eşli olma (n = 1)	38
	Hijyen	Hijyene dikkat etme (n = 3), ilişkiden önce / sonra duş alma (n = 4), kanamalı günlerde kondom kullanma (n = 1), vajinal duş (n = 1)	9
	Rahatsız edici davranışları reddetme	Eşine her şeye evet dememeyi öğrenme (n = 1), menstrüasyon döneminde ilişki yasağı uygulama (n = 1), oral seks reddi (eşi anlayışla karşılıyor) (n = 1), anal seks reddi (eşi ısrar etmiyor) (n = 2)	5
Cinsel şiddet	Eşe karşı cinsel sorumluluk / zorunluluk hissetme	Zorunluluktan istiyormuş gibi yapma (n = 3), problem yokmuş gibi devam etme (n = 2), bekłentisini cevaplama (n = 3), eşin istekleriyle devam etme (n = 6), gerektiği için yapma (n = 2), görev ve sorumluluğunu yerine getirme (n = 3), mutluluk hissetmemе (n = 2)	21
	Rahatsız edici cinsel ilişkiye zorlanma	Uzun süreli cinsel ilişkiye bağlı kuruluk hissi yaşama (n = 1), cinsel ilişkide ağrı hissetme (n = 1), ön sevişme yapmıyor (n = 1), reddettiğinde eşinin vurup dövmesi nedeniyle bir şey diyememe (n = 1), zorlamayla karşılaşma (n = 2), eşi tarafından düşünülmeme (n = 1), eşi tarafından önemsenmemе (n = 2), hoşlandığı şeylerin sorulmaması (n = 1), rahat olamama (n = 1)	11
	İletişim kuramama	Hiçbir şey konuşamama (n = 1), eşine isteklerini söyleyememe (n = 2)	3

Araştırmmanın nitel bölümünde kadınların cinsel yaşamla ilgili uygulamalara yönelik verilen yanıtları “sağlıklı cinsel yaşam ve cinsel şiddet” temalarında birleştirilmiştir. Sağlıklı cinsel yaşam temasına ait “eşle cinsel uyum, hijyen ve rahatsız edici davranışları reddetme” alt temalar saptanmıştır. Cinsel şiddet temasında ise “eşe karşı cinsel sorumluluk / zorunluluk hissetme, rahatsız edici cinsel ilişkiye zorlanma ve iletişim kuramama” alt temaları tespit

edilmiştir (Tablo 19). Kadınların cinsel yaşamla ilgili uygulamalara yönelik bazı ifadeler şunlardır;

“O memnun olsun diye işte ilişki sırasında ne yapılıyorsa onu yaptım elimden geleni yapmaya çalıştım mesela o ağzıma almayı çok seviyor başta olduğu gibi yapamıyorum miğdem bulanıyordu ama sonra ilerledikçe ben yapmaya çalıştım onu memnun etmek için o da benimkini ağzına aldığında benim hiç hoşuma gitmezdi diyordum yapma istemiyorum isteksizdim çünkü. Ancak benimde oynadığı zaman biraz hoşuma giderdi sonra o ilişkiye girerdi ama onu memnun etmek için elimden geleni yapardım öyle fazla benlik bir şey yoktu o kadar yani” (K19, evlilik yaşı 17)

“Bir şey yapamıyorsun. Bir şey yapmadım bilmiyordum eşim ne isterse bu olacak dedi mi oluyordu. Hayır diyemiyorsun. Vurup dövebiliyor bir şey diyemiyordum alkolde alıyordu katlanıyordu. Eşimle hiçbir şey konuşamıyordum. Alkol alınca özellikle dövüyordu.” (K11, evlilik yaşı 17)

Tablo 20. Kadınların İstenmeyen ve Planlanmayan Gebeliklerden Korunma Uygulamaları İle İlgili Nicel Verileri (n = 173)

Uygulamalar, n = 173*	n	%
Modern yöntemler kullanımı		
Kondom	47	27,1
RIA	25	14,4
Oral kontraseptif	14	8,0
Aylık / 3 aylık enjeksiyon	3	1,7
Cerrahi sterilizasyon	2	1,1
Güvenli olmayan yöntemler kullanımı		
Geri çekme / takvim yöntemi	82	47,3
Vajinal duş / ilişki sonrası ayağa kalkma	4	2,3
Emzirme	1	0,5
Diğer		
Yöntem kullanımında yan etki gelişmesi (enfeksiyon / dislokasyon / kanama / kondom alerjisi)	4	2,2
Yöntem başarısızlığı (RIA: 2; Doğum kontrol hapi: 1)	3	1,7
Yöntem kullanmasına izin verilmemesi (kayın valide tarafından)	1	0,5

*Yöntem kullandığını ifade eden 173 kadın değerlendirilmeye alınmıştır. Birden fazla yanıt alındığı için n sayısında katlanma olmuştur.

Çalışmada kadınların istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmak için %47,3'ünün geri çekme ve / veya takvim yöntemi, %27,1'inin kondom kullandığı, %0,5'inin gebelikten korunma yöntemi kullanmasına izin verilmemiği ve %2,2'sinin yöntem kullanımında yan etki geliştiği (enfeksiyon / dislokasyon / kanama / kondom alerjisi) saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 21. Kadınların İstenmeyen ve Planlanmayan Gebeliklerden Korunmakla İlgili Bilgi ve Yardım Alma Durumları İle Yapılan Uygulamaların Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt temalar	Kodlar	n
Bilgi alma durumu			
Bilgi kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşu	Aile planlaması merkezi (n = 1), sağlık ocağı (n = 2), hastane (n = 2), kadın - doğum hastanesi (n = 5), kadın - doğum doktoru (n = 1), aile hekimindeki hemşire (n = 1), doktor (n = 3)	15
	Yakınları	Eş (n = 2), anne (n = 1), kayıncı (n = 2), görümce (n = 1)	6
	Tanıdık sağlık çalışani	Hemşire arkadaş (n = 2)	2
Yardım alma durumu			
Yardım kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşu	Kadın - doğum uzmanları (n = 4), aile hekimi (n = 2), doğum hastaneleri (n = 2), sağlık ocağı (n = 8), hastaneler (n = 9), doktor (n = 5), sağlık ocağında ebe (n = 1)	31
	Yakınları	Anne (n = 1), kayıncı (n = 1), görümce (n = 1)	3
	Tanıdık sağlık çalışani	Ebe kayıncı (n = 1)	1
İstenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmakla ilgili yapılan uygulamalar			
Aile planlaması yöntemi	Modern yöntem kullanımı	Doğum kontrol hapi (n = 3), RIA (n = 13), kondom (n = 7), hormonlu spiral (n = 1), enjeksiyon (n = 1), cerrahi sterilizasyon (n = 1)	26
	Güvenli olmayan yöntem kullanımı	Geri çekme (n = 6), emzirme (n = 2)	8
	Yöntemle ilgili problemler	Hapla dış gebelik (n = 1), RIA dislokasyonu (n = 1), Emzirme + gebelik (n = 1), yöntemleri devam ettirememeye (n = 1), ulaşamama (n = 1), evdekilerin izin vermemesi (n = 1)	6

Çalışmanın nitel bölümünde kadınların istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmakla ilgili bilgi alma durumları, “*bilgi kaynağı*” teması altında “*sağlık çalışanı / kuruluşu, tanıdık sağlık çalışanı ve yakınları*” olmak üzere üç alt tema saptanmıştır. Kadınların istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmakla ilgili yardım alma durumları, “*yardım kaynağı*” teması altında “*sağlık çalışanı / kuruluşu, tanıdık sağlık çalışanı ve yakınları*” olmak üzere üç alt tema altında toplanmıştır. Kadınların istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunma ile ilgili yaptıkları uygulamalar konusunda, “*aile planlaması yöntemi*” teması ve “*modern yöntem kullanımı, güvenli olmayan yöntem kullanımı ve yöntemle ilgili problemler*” alt temaları belirlenmiştir (Tablo 21). Kadınların, istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunma ile ilgili bilgi alma, yardım alma ve yapılan uygulamalara yönelik olarak bazı ifadeleri aşağıda verilmiştir:

“*Şimdi Aile hekimindeki hemşire hanımdan alıyorum. Ama onun öncesinde ya kayıncı validem bir şey diyordu veya görümceden bilgi alıyordu. Hani ancak banyo yapabilirsin. İşte ilişkiden sonra hazneyi yıkayabilirsin ilişkiden sona ayağa kalk dediler. Hatta ben onları yapamadım ama bu kibrit çöplerini koyabilirsin hazneye demişlerdi bu şeye engel oluyormuş. Gebeliğe engel oluyormuş. O zaman canlılığını kaybediyormuş. Onun ucundaki şeyler. Ama ben onu yapmadım ama o şeyi yapmadım ama duş alırken hazneyi yıkadım. Ya da şey zamanlarında dışarıya boşalıyordu.*” (K8, evlilik yaşı 14, okur – yazar, en uzun süre köyde yaşamış)

“*Sağlık ocakları haftada bir köylere hizmet geliyordu bir doktor bir ebe onlara gidilip sorulabilirdi ama izin verilmemiği için ailem kayıncı validem tarafından gidemiyordum.*” (K3, evlilik yaşı 16, ilkokul mezunu)

“*Hap denemedim denemeye çalıştım olmadı arkadaşlarla doktora gittik tam söyleyeceğim söyleyemiyordum bir türlü zarar verir diye etraftan da öyle söylüyorlardı. Benim de eşim korunmasını rica ettim kendisi dışarıya boşaldı bir defa da kılıf kullanıyorduk ara sıra çok nadir. Yani her zaman değil ayda bir sefer filan kullandık. İlaçların zararlarından korktum. İlkinde tedavi gördüğüm için ikincisinde de sorun çıkar diye. Kısırlık yapar diye korktum...*” (K19, evlilik yaşı 17, okur - yazar)

Tablo 22. Kadınların Sağlıklı Gebelik İçin Uygulamaları İle İlgili Nicel Verileri (n = 239)

Uygulamalar, n = 239*	n	%
Sağlıklı yaşam aktiviteleri düzenleme (sağlıklı beslenme / bol su içme / fiziksel egzersiz / yoga / yürüyüş / saç boyamama / dinlenme / müzik dinleme / ağır kaldırılmama / aile büyüklerinin önerileri)	212	88,7
Düzenli gebelik kontrolü yaptırma / önerilere uyma	144	60,2
Rahatsızlık olduğunda tıbbi yardım alma	53	22,1
Kendi kararı ile cinsel ilişki yasağı uygulama	48	20,0
Günlük yaşam aktivitelerinde gebeliğe düzenleme yapmama	25	10,4
Sigara / alkol tüketimini bırakma	3	1,2

*Gebeliği olan 239 kadın değerlendirilmiştir. Birden fazla yanıt alındığı için n sayısında katlanma olmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların sağlıklı gebelik geçirmeye ilişkin uygulamaları Tablo 22'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların %88,7'sinin sağlıklı yaşam aktiviteleri yaptığı, %60,2'sinin düzenli gebelik kontrolü yaptırdığı, %20,0'ının kendi kararı ile cinsel ilişki yasağı uyguladığı, %22,1'inin rahatsızlık olduğunda tıbbi yardım alabileceği ve %1,2'sinin madde kullanmayı bıraktığı gözlenmiştir.

Tablo 23. Kadınların Sağlıklı Gebelik İçin Bilgi ve Yardım Alma Durumları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt temalar	Kodlar	n
Bilgi alma durumu			
Bilgi kaynağı	Sağlık çalışanı / kuruluşu	Sağlık ocağı (n = 7), sağlık ocağı ebesi (n = 1), aile doktoru (n = 2), aile doktoru hemşiresi (n = 2), doktor (n = 9), hemşire (n = 1), hastane (n = 3)	25
	Yakınları	Anne (n = 1), kayınpotah (n = 1), arkadaş (n = 2), komşu (n = 1)	5
	Tanıdık sağlık çalışanı	Hemşire arkadaş (n = 1), ebe kayınpotah (n = 1)	2
	Basılı eğitim aracı	Kitap okuma (n = 2)	2
	Ulaşamama	Kayınpotahdan izin alma (n = 1)	1
Yardım alma durumu			
Yardım kaynağı	Sağlık çalışanı / kurumları	Doktor (n = 8), kadın doğum doktoru (n = 3), aile doktoru (n = 3), sağlık ocağı (n = 3), aile doktoru hemşiresi (n = 1), hastane (n = 7), sağlık evi (n = 2)	27
	Tanıdık sağlık çalışanı	Ebe kayınpotah (n = 2), hemşire abla (n = 1)	3
	Akrabaları	Anne (n = 1)	1

Çalışmanın bu konudaki nitel verilerinde kadınların bilgi alma durumları, “*bilgi kaynağı*” teması altında “*sağlık çalışanı / kuruluşu, tanıdık sağlık çalışanı, yakınları, basılı eğitim aracı ve ulaşamama*” olmak üzere beş alt tema altında toplanmıştır. Çalışmada kadınların gebelikte herhangi bir sorun olduğunda yardım alma durumları ile ilgili, “*yardım kaynağı*” teması altında “*sağlık çalışanı / kurumları, tanıdık sağlık çalışanı ve akrabaları*” olmak üzere üç alt tema belirlenmiştir (Tablo 23). Kadınların gebelikte bilgi ve yardım alma durumları ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“*Birincisinde tabii bilmiyorduk biz zaten 4 aylıkken öğrendim hamile olduğumu. İçimde kırımdandığında onda bir şey yapılmadı. Zaten 15 yaşındaydım. Oynayarak yanı sokakta sek sek oynuyorduk tabii. Ama ikincisinde kontrollerimi yaptırdım. Hemşire arkadaş önerdi. 3 ayda bir gittim aşısını yaptırdım. Her ay gitmedim 3 ayda bir gittim. Yani parasal konusunda biraz seydi o yüzden 3 ayda bir gittim.*” (K9, evlilik yaşı 14, ilkokul)

“*...O gelen doktora ebeye de ulaşamıyordum. Onlar da eve gelseydi ancak beni görebileceklerdi, onlar da eve gelmediği için onlarla buluşamadım.*” (K3, 10 yıldır İzmir’de).

Tablo 24. Kadınların Sağlıklı Gebelik İçin Yapılan Uygulamaları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt Temalar	Kodlar	n
Doğum öncesi bakım	Düzenli gebelik kontrolü yaptırma	Hastaneye gitme (n = 3), sağlık ocağında ebe (n = 4), hemşireler (n = 1), kontrole gitme (n = 10), aşı yaptırma (n = 9), ikili - üçlü taramaları yaptırma (n = 1), taramaları düzenli yaptırma (n = 3), şeker testi yaptırma (n = 4), ultrason yaptırma (n = 1), erken doğum riski nedeniyle hastaneye yatma (n = 2), suyu fazla olduğu için hastanede yatma (n = 1)	39
	Önerilere uyma	Doktor önerilerine uyma (n = 4), gebelikte cinsel ilişki yasağına uyma (n = 2), yatak istirahatına uyma (n = 2), doktorun dediği şekilde vitaminlerimi alma (n = 1), doktorun verdiği ilaçları kullanma (n = 7), guatr ilaçlarını kullanma (n = 1), yemek diyetiyle tansiyon kontrolü (n = 1), tansiyon ölçümü yaptırma (n = 3)	21
	Kontrolü yaprıramama	Gebelik kontrollerini yaprıramama (n = 2), yeşil kartı iptal olduğu için gidememe (n = 1)	3
Sağlıklı yaşam aktiviteleri	Gebeliğe özgü düzenlemeye yapma	Sağlıklı beslenme (n = 21), düzenli bir şekilde sıvı tüketme (n = 2), egzersiz yapma (n = 4), yürüyüş yapma (n = 10), spor yapma (n = 1), doğum egzersizleri yapma (n = 1), platese benzer egzersizler yapma (n = 1), ağır kaldırılmama (n = 7), kilo kontrolü yapma (n = 2), kabızlığa dikkat etme (n = 1), müzik dinleme (n = 1), hamurlu gıda yememe (n = 2), tuzlu şeyler yememe (n = 2), kendi kararı ile cinsel ilişki yasağı uygulama (n = 1), yan yatma (n = 1), büyüklerin önerilerine uyma (n = 1), üzütmeme (n = 1)	59
	Gebeliğe özgü düzenlemeye yapamama	Normal yaşamına devam etme (n = 3), hayvanların bakımını yapma (n = 1), bahçe işleri yapma (n = 3)	7
	Alkol / kozmetik tüketimini bırakma	Alkolü bırakma (n = 1), saç boyamama (n = 1), makyajı bırakma (n = 1), protez tırnakları çıkarma (n = 1)	4

Araştırmada kadınların sağlıklı gebelik geçirmek için yaptıkları uygulamaların nitel verileri “*doğum öncesi bakım ve sağlıklı yaşam aktiviteleri*” temalarında toplanmıştır. Doğum öncesi bakım alma teması altında “*düzenli gebelik kontrolü yaptıurma, önerilere uyma ve kontrolü yaptıramama*” alt temaları, sağlıklı yaşam aktiviteleri teması altında ise “*gebeliğe özgü düzenlemeye yapma, gebeliğe özgü düzenlemeye yapamama ve alkol / kozmetik tüketimini bırakma*” alt temaları belirlenmiştir (Tablo 24). Kadınların sağlıklı gebelik geçirmek için yaptıkları uygulamalara yönelik bazı ifadeleri şunlardır:

“Bizim orda tarlaya gidersen kolay doğum olur dediler ben de gittim gebeyken. Tarlada çalıştım her şeyden yedim içtim. Arada köye doktor geliyordu tansiyon kontrolü yapıyordu aşilarımı da yaptılar.” (K15, ilk gebelik yaşı 15, toplam gebelik 5)

Tablo 25. Kadınların Sağlıklı Doğum İçin Uygulamaları İle İlgili Nicel Verileri (n = 222)

Uygulamalar, n = 222*	n	%
Bireysel uygulamalar (duş alıp sancıların ilerlemesini bekleme / yürüyüş yapma / kolay doğum olsun diye oklavadan akıtılan suyu içme / pencere koluna bağlanan ipi çekme / karna ve sırtta masaj yapma / yere çömelme / beslenme / nefes egzersizi yapma / sıcak tutma / bol su içme / dinlenme / kendini alıştırma / kilo kontrolü / dua etme / karyola demirine tutunma)	166	95,0
Sağlık çalışanlarına başvurma (doğum için hastaneye başvurma / doktor, ebe önerilerine uyma / tansiyon ölçümü / sezaryen yapılmasına, suni sancı takılmasına, karnına basılmasına izin verme)	136	61,2
Bebeğin sağlığını korumaya yönelik uygulamalar (bebeğini koruma / bebeğin göbeğini sıkıca bağlama / makas ve ip kaynatma / makası mumla yakma)	31	13,9

*Doğum yapmış olan 222 kadın değerlendirilmiştir. Birden fazla yanıt alındığı için n sayısında katlanma olmuştur.

Araştırmada kadınların sağlıklı doğum yapmak için %95,0'ının bireysel uygulamalar yaptığı saptanmıştır. Kadınların %61,2'sinin sağlık çalışanlarına başvurduğu ve %13,9'unun da bebeğin sağlığını korumaya yönelik uygulamalar yaptığı tespit edilmiştir (Tablo 25).

Tablo 26. Kadınların Sağlıklı Doğum İçin Bilgi ve Yardım Alma Durumları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt temalar	Kodlar	n
Bilgi alma durumu			
Bilgi kaynağı	Sağlık çalışanı	Sağlık ocağında ebe (n = 1), doktor (n = 8), hastaneler (n = 3), sağlık ocağı (n = 6)	18
	Tanıdık sağlık çalışanı	Ebe (n = 1), hemşire (n = 1)	2
	Yakınları	Abla (n = 1), nine (n = 1), anne (n = 6), kayıncı (n = 5), eltiler (n = 1), arkadaş (n = 1), komşu (n = 3)	18
Yardım alma durumu			
Yardım kaynağı	Sağlık çalışanı / kurumları	Hastane (n = 13), doktor (n = 9), aile hekimi (n = 1), sağlık ocağında ebe (n = 1), sağlık ocağında hemşire (n = 1)	25
	Tanıdık sağlık çalışanı	Hemşire (n = 1)	1
	Yakınları	Nine (n = 2), anne (n = 1), diplomasız köy ebesi (n = 2)	5

Kadınların nitel verilerinde sağlıklı doğum yapmakla ilgili bilgi durumlarına yönelik olarak “bilgi kaynağı” teması altında toplanarak “sağlık çalışanı, tanıdık sağlık çalışanı, yakınları” alt temaları belirlenmiştir. Kadınların sağlıklı doğum yapmakla ilgili yardım alma durumları “yardım kaynağı” teması ve “sağlık çalışanı / kurumları, tanıdık sağlık çalışanı ve yakınları” alt temaları altında toplanmıştır (Tablo 26). Kadınların sağlıklı doğum yapmakla ilgili bilgi ve yardım alma temalarına ait bazı ifadeleri şunlardır;

“Annem de biraz yürüyeceksin dedi hamileliğimde 9/ayda. Biraz yürüyüş yaparsan kolay olur doğum dedi. Ağrılarım başladığında hastaneye geldim evde 1 gün bekledim annemin yanında 7 - 8 dakikada bir geliyordu annem biraz bekleyeceksin her 5 dakikada bir geldiğinde gideriz.” (K24, ilk gebelik yaşı 18, hastanede vajinal doğum)

“Sorun olduğunda ebemiz var ona sorardık evi yakın zaten bize. Küçük bir köy kasaba ulaşılabilirdi yani. Bir sıkıntı olduğunda ebeye giderdik sorardık ama ekstradan ben gidip de bir şey sormadım. Çünkü kendi büyük nenem ebem benim. O doğurttu beni.” (K7, ilk gebelik yaşı 16, evde vajinal doğum)

Tablo 27. Kadınların Sağlıklı Doğum İçin Uygulamaları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt Temalar	Kodlar	n
Hastane doğumu	Travay öncesi bireysel uygulamalar	Bol su içme (n = 3), beslenme (n = 4), kilo kontrolü (n = 3), sigarayı azaltma (n = 1), egzersiz (n = 3), yürüyüş (n = 11), evdeyken bele ve karna hafif masaj yapma (n = 1), yormama (n = 1), kaynanasına haber verme (n = 2), görümcesine haber verme (n = 1), doğum sancısı başladığında biraz daha bekleme (n = 6), doğum ağrısı normal bir karın krampı gibi algılama (n = 1), ağrının geçmesini bekleme (n = 1), bulantı kusma (n = 1)	39
	Erken doğumu önlemeye yönelik uygulamalar	Hastaneye başvurma (n = 5), gebelik kontrolü (n = 4), çocuk küçük doğmasın diye hastaneye yatırılarak serum takılması (n = 3), bebeğin akciğerleri büyüsün diye iğne yapılması (n = 1)	15
	Travay takibine yönelik uygulamalara uyum sağlama	Suni sancı verilmesi (n = 2), alete bağlanma (n = 1), astım nedeniyle suni sancı verilememesi (n = 1), devamlı yatar pozisyonda olma (n = 1), bebeğin kalp seslerini dinleten (n = 1), karna masaj yapıyormuş gibi dokunulan (n = 1), alttan muayene yapılan (n = 2), nefes alındırılma (n = 2), ikinma hareketi yaptırılma (n = 3), tansiyon ölçümü (n = 2), sezaryeni kabullenme (n = 5), sonda takılmasından korkma ama sesini çıkarmama (n = 1), doğumhanede ne söyledilerse yapma (n = 1), bağırmamaya çalışma (n = 1), bacağını masada açarken zorlanma (n = 1), kendini buna hazırlama (n = 2), hemşirenin ellerini çekme (n = 1)	26
Evde doğum	Doğum pozisyonu	Çömelme (n = 3), leğene çömelme (n = 1), ikinma hareketi yaptırılması (n = 2)	7
	Doğum desteği	Evde yalnız kalma (n = 1), mahalle / köy ebesi ile birlikte (n = 4), görümcesi ile bacaklarını ısıtma (n = 1)	6
	Doğumu kolaylaştırdığına inanılan uygulamalar	Evin tepesindeki direğe bağlanan ipe tutunma (n = 1), pencerenin koluna bağlanan ipe tutunma (n = 1), karyolaya tutunma (n = 1), şalvarın paçalarını bağlama (n = 1), oklavanın ucundan akıtılan suyu içme (n = 1)	5
	Diğer	Yere çarşaf serme (n = 1)	1

Araştırmmanın nitel bölümünde katılan kadınların sağlıklı doğum yapmak ile ilgili uygulamalara yönelik verilen yanıldardan “*hastane doğumumu ve evde doğum*” temaları belirlenmiştir. Hastane doğumumu teması altında yer alan “*travay öncesi bireysel uygulamalar, erken doğumumu önlemeye yönelik uygulamalar, travay takibine yönelik uygulamalara uyum sağlama*” alt temaları saptanmıştır. Evde doğum teması altında toplanan “*doğum pozisyonu, doğum desteği, doğumumu kolaylaştırdığına inanılan uygulamalar ve diğer*” alt temaları tespit edilmiştir (Tablo 27). Kadınların sağlıklı doğum yapmaya yönelik uygulamalarından bazı ifadeler aşağıda verilmiştir.

“*Evet şöyle bir şey söyleyeyim. İlk doğumumu normal doğum yapmak istedim ama genital bölgede olan siğilden dolayı doktorum bunu uygun görmedi. Sonrasında doğumdan sonra hemen müdahalesini yaptırdık hemen. Doktorum sağolsun yaktı onları. Burada hatta ... Hanım yaktı onları çok güzel bir sonuç aldım ve tekrarlanmadı onlar. Ondan sonra da ama ikinci doğumumu da sezaryen olmak zorunda kaldım tabii...*” (K4, ilk gebelik yaşı 18, sezaryen doğum)

“*Ebem (büyük nenem) yürütütmeye başlardi. Tamam, başka yere gidemiyorsun ama evin içinde yürü. Bol bol yürüdük. İyice oturuktan sonra muayene ederdi ebem bizi. Böyle aşağıya indiğini mi anlıyordu bebeğin bilmiyorum artık. O zaman artık şey olduğunda ağrı başladıkça çömeliyorduk karyoladan filan nereden tutuyorsak artık ikinmaya başlıyorduk. Tuvaletini yapar gibi ikin diyordu. Karyola odamızdaki karyola var ya büyük onun demirinden tutuyorduk ikiniyorduk. Ondan sonra ağrım geçince yürürdüm yine odada. Şu an için ağrı... Hani biraz da süre geçiyor ya unutuyorsun bazı şeyleri. Ama yürüyüp de ikindiğimi hatırlıyorum ben. Yani zorlandığım bir şey olmadı zaten. Özel bir şey yapmadım.*” (K7, ilk gebelik yaşı 16, evde vajinal doğum)

Tablo 28. Kadınların Doğum Sonrası Anne Sağlığını Koruma Uygulamaları İle İlgili Nicel Verileri (n = 222)

Uygulamalar, n = 222*	n	%
Bireysel hijyen (genel hijyen kuralları / el yıkama / ped, iç çamaşırı değiştirme / önden arkaya taharetlenme / ayakta duş alma)	155	69,8
Tıbbi uygulama (doğum sonu kontrole gitme / doktor ve ebe önerilerine uyma / genital bölgeye ve insizyon yerine pansuman yapma / memeleri sağlam / meme başına krem sürme / önerilen ilaçları kullanma / kan transfüzyonu / memeye cerrahi müdahale yapılması / evde doğum sonrası hastaneye başvurma)	120	54,0
Beslenme (özenli beslenme / bol su içme / kaynamış soğan ve maydanoz suyu içme)	80	36,0
Dinlenme ve egzersiz (fiziksel egzersiz / yürüyüş / dinlenme / evden dışarıya çıkmama)	71	31,9
Cinsel ilişki yasağı uygulama	53	23,8
Meme bakımında geleneksel uygulamalar (memeleri sarma / memeye zeytinyağı, lavanta yağı, lavanta suyu, ayva çekirdeklerinden yapılan jel sürme / meme başına soğan koyma / memeye haşlanmış lahana koyma)	23	10,3
Perine bakımında geleneksel uygulamalar (genital bölgeyi karbonatla silme / perineye pişmiş yumurta koyma / sirke ile perine temizliği yapma)	21	9,4
Göbeği sarma	12	5,4

* Doğum yapmış olan 222 kadın değerlendirilmiştir. Birden fazla yanıt alındığı için n sayısında katlanma olmuştur.

Kadınların doğum sonrası bireysel sağlığını korumak için uygulamalarının dağılımı Tablo 28'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların %69,8'inin bireysel hijyen, %54,0'unın tıbbi uygulamalar, %36,0'unun beslenme, %31,9'unun dinlendiği ve egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Kadınların %9,4'ünün perine bakımında, %10,3'ünün meme bakımında geleneksel uygulamalar ve %5,4'ünün göbeğini sarma gibi uygulamalar yaptığı saptanmıştır.

Tablo 29. Kadınların Doğum Sonrası Anne Sağlığını Korumak İçin Bilgi ve Yardım Alma Durumları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt Temalar	Kodlar	n
Bilgi alma durumu			
Bilgi kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşu	Ebler taburcu eğitimi (n = 1), hastane (n = 7), aile hekimi hemşiresi (n = 1), doktorlar (n = 4), sağlık ocağı (n = 2), hemşire (n = 1)	16
	Yakınları	Kayıncı (n = 7), aile (n = 2), anne (n = 8), görünmce (n = 1), ebeler (nineler) (n = 1), abla (n = 1), hala (n = 1)	21
	Tanıdık sağlık çalışani	Hemşire komşu (n = 1)	1
Yardım alma durumu			
Yardım kaynağı	Sağlık çalışani / kuruluşları	Doktorunu arayan (n = 8), sağlık kuruluşu (n = 1), hastane (n = 8), sağlık ocağı (n = 3), aile hekimi hemşiresi (n = 1), hemşire (n = 1), özel doktor (n = 1), sağlık ocağında ebe (n = 1),	24
	Yakınları	Anne (n = 4), kayıncı (n = 4), ebe (büyük nenesi) (n = 1), köyden birisi (n = 1), kuzen (n = 1), abla (n = 1), ebeler (nineler) (n = 1)	13

Kadınların doğum sonrası anne sağlığını korumaya yönelik nitel verilere göre bilgi alma durumları, “bilgi kaynağı” teması altında “sağlık çalışani / kuruluşu, tanıdık sağlık çalışani ve yakınları” alt temalarında incelenmiştir. Kadınların doğum sonrası anne ve bebek sağlığını korumaya yönelik olarak yardım alma durumları, “yardım kaynağı” teması altında “sağlık çalışani / kuruluşları ve yakınları” alt temalarında incelenmiştir (Tablo 29). Kadınların doğumdan sonra anne sağlığını korumak için bilgi ve yardım almaya yönelik ifadeleri şunlardır:

“*Kaynanam da ebeydi ama kendi annem de bu konuda bilinçliydi. O yüzden daha çok annemin dediklerini yaptım.*” (K14, ilk gebelik yaşı 17, hastanede vajinal doğum)

“*Köyden birisi vardı onun eli iyiymiş köyde bu işlere bakardı.*” (K8, ilk gebelik yaşı 16, vajinal doğum)

Tablo 30. Kadınların Doğum Sonrası Anne Sağlığını Koruma Uygulamaları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt Temalar	Kodlar	n
Doğum sonu bakım	Tıbbi bakım	Düzenli ilaç kullanma (n = 3), sağlık ocağına gitme (n = 2), kontrole gitme (n = 2), doktora gitme (n = 2), insizyon yerine pansuman yapma (n = 1), dikişlere pansuman yapma (n = 2), zefiranla pansuman yapma (n = 1), meme başına krem sürme (n = 2),	15
	Cerrahi müdahale	Memeye cerrahi müdahale yapılması (n = 1)	
Bireysel uygulamalar	Bireysel hijyen	Hijyen (n = 1), temizliğine dikkat etme (n = 7), çamaşırıları değiştirme (n = 2), çamaşırıları kaynatma (n = 1), temiz iç çamaşırı giyme (n = 1), ped değiştirme (n = 3), yukarıdan aşağıya doğru temizleme (n = 2), dikişleri temiz ve kuru tutma (n = 3), dikiş yerlerini sıcak suyla temizleme (n = 1), sık banyo yapma (n = 2), ayakta banyo yapma (n = 1), el yıkama (n = 1), göğüs pedi kullanma (n = 1), emzirmeden önce memeyi silme (n = 1), emzirmeden sonra memeyi kurutma (n = 1)	28
	Beslenme	Bol su içme (n = 2), komposto gibi sıvı şeyler tüketme (n = 3), yeşillik tüketme (n = 1), sıcak, soğuk yiyecek içeceklerde dikkat etme (n = 1), sütlaç, tatlı, baklava tüketme (n = 5), sağlıklı beslenme (n = 5), kabız olmamaya dikkat etme (n = 1), gıdalı şeyler tüketme (n = 1), kaynatılmış buğdaydan yapılan helva tüketme (n = 1), pirinç pilavi, bulgur, çorba tüketme (n = 1), soğan, sarımsak tüketme (n = 1)	18
	Dinlenme ve egzersiz	Karın egzersizleri yapma (n = 1), yürüyüş yapma (n = 1), sağlığına dikkat etme (n = 1), ağır kaldırılmama (n = 1), kalabalığa girmeme (n = 1), kendini koruma (n = 1), anneliği hissetme (n = 1), mutlu olma (n = 2)	9
	Cinsel ilişki yasağı	3 ay cinsel ilişki yasağı uygulama (n = 1)	1
Geleneksel uygulamalar	Meme bakımında geleneksel uygulamalar	Lavanta suyu ile vücutunu silme (n = 1), meme başı ağrılığında kuru soğan koyma (n = 1), meme başına ayva çekirdeğinden yapılmış jel kullanma (n = 1), haşlanmış ılık lahanayı memeye koyma (n = 1)	5
	Perine bakımında geleneksel uygulamalar	Genital bölgeyi karbonatla silme (n = 1), perineye yağıda pişmiş yumurta koyma (n = 1), sirke ile perine temizliği yapma (n = 1), özel bölgeyi silme (n = 1)	4

Kadınların doğum sonrası anne sağlığını korumak için yapılan uygulamaların nitel verileri Tablo 30'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde “*doğum sonu bakım, bireysel uygulamalar ve geleneksel uygulamalar*” temalarının yer aldığı saptanmıştır. Bireysel uygulamalar teması “*bireysel hijyen, beslenme, cinsel ilişki yasağı, dinlenme ve egzersiz*” alt temalarında incelenmiştir. Kadınların doğum sonrası anne sağlığını korumak için yaptıkları uygulamalara yönelik olarak bazı ifadeleri aşağıda verilmiştir:

“*Meme başı ağrısında kuru soğanı kesip koydum. Çok değil yarım saat filan beklettim. Sonra yıkadım bebeği emzirmeden. Kokusu bebeği rahatsız eder diye...*” (K5, ilk gebelik yaşı 17, hastanede vajinal doğum)

“*... Dikiş yerlerimi sıcak suyla temizledim tuvalete gittiğim zaman. Ondan sonra çamaşırlarımı ütülerim beyaz bez hazırlıyoruz ütülüyoruz doğumdan sonra onu kullanıyoruz 4-5 gün kullanırız.*” (K6, ilk gebelik yaşı 17, hastanede vajinal doğum)

“*...Biraz yırtıklarım oldu herhalde nenem şey yaptı. Yumurtayı yağda pişirip o şey olan yırtılan yerlere koydu. Çabuk iyileşir diye. Kanamam uzun sürdü enfeksiyon oldu. O dönemde ağrılarım da çok olmuştu. Karın ağrıları. Ateşlendim. Göğüm dışında gitmedim sağlık ocağına. Göğüm çok şeydi gerçekten çok ağır geçirdim o dönemi. bol bol biz yeşillik yerdik hemşire hanım. Kendi şeylerimiz de olduğu için kendi bahçemizde. Az önce size anlatmıştım ya ekiyorduk zaten mevsimine göre ne varsa onları yiyorduk. Bir de hareket ettiğimiz için de kilo da almıyorsun. Küçüğüz zaten. Ama işte emzirmekte zorlandım. Pek acı veriyordu bana. Hergün pansumana gidiyordum. Her gün pansuman yaptırdım sağlık evinde. O açıldıktan sonra zaten sıkıntı yaşadım. Çok sıkıntı yaşadım. İyileşmesi bayağı bir şey oldu. Hemşire hanım burası da biraz çökkündür göğsümün. Şöyledir baktığında bayağı bir belirgindir.*” (K7, ilk gebelik yaşı 16, evde vajinal doğum)

Tablo 31. Kadınların Düşük / Küretaj Sonrası Sağlığını Koruma Uygulamaları İle İlgili Nicel Verileri (n = 239)

Uygulamalar, n = 239	n	%
Sağlık çalışanlarına başvurma (düşük tehdidinde, evde düşük sonrası hastaneye gitme / hastanede kurtaj olma / kontrole gitme / verilen ilaçları kullanma)	60	25,1
Sağlık çalışanlarının önerilerine uyma (yünlü, pamuklu, kaynatılmış ve ütülmiş iç çamaşırı giyme / petleri sık değiştirme / önden arkaya taharetlenme / ilişki yasağı uygulama)	10	4,1
Bireysel olumlu uygulamalar (gebelikten korunma / dinlenme / genel temizlik kurallarına uyma)	9	3,7
Olumsuz uygulamalar (düşük, küretaj sonrası kontrole gitmeme / verilen ilaçları kullanmama / kendi kendine düşük yapmaya çalışma / evde düşük sonrası hastaneye gitmeme)	6	2,5
Kaynamış soğan ve maydanoz suyu içme	1	0,4

*Gebeliği olan 239 kadın değerlendirilmiştir. Birden fazla yanıt alındığı için n sayısında katlanma olmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların düşük / küretajla ilgili olarak sağlığını korumak için yaptıkları uygulamalar Tablo 31'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde %25,1'inin sağlık çalışanlarına başvurduğu, %4,1'inin sağlık çalışanlarının önerilerine uyduğu, %3,7'sinin gebelikten korunma / dinlenme / genel temizlik kurallarına uyma gibi bireysel olumlu uygulamalar yaptığı belirlenmiştir. Kadınların %2,5'inin bu konu ilgili olumsuz uygulamalar yaptığı saptanmıştır. Kendi kendine düşük yapmaya çalışan kadınlar, zor iş yaparak düşük yapma (n = 1), yüksek yerlerden atlama (n = 1), traktörün kasasına oturma (n = 1) gibi yöntemler kullandıklarını bildirmiştir.

Tablo 32. Kadınların Düşük / Küretaj İçin Bilgi ve Yardım Alma Durumları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt temalar	Kodlar	n
Bilgi alma durumu			
Bilgi	Sağlık çalışanı / kurumları	Sağlık kurulu (n = 1), devlet hastanesi (n = 4), doktor (n = 2)	7
Kaynağı	Yakınları	Komşular (n = 2)	2
Yardım alma durumu			
Yardım	Sağlık çalışanı / kurumları	Sağlık kurulu (n = 1), hastanede doktor (n = 10), düşükten sonra kurtaj yapılması (n = 1), hastane (n = 4), şehirde ebe (n = 1), sağlık ocağı (n = 1), farklı bir hastaneye kontrole gitme (n = 1), tekrar aynı hastaneye gidip kurtaj olma (n = 1)	20
	Akraba	Kayıncı (n = 1), anne (n = 1)	2

Kadınların düşük / küretajla ilgili olarak bilgi alma durumlarına ait nitel veriler, “*bilgi kaynağı*” teması altında “*sağlık çalışanı / kurumları ve yakınları*” alt temalarında, yardım alma durumları ise “*yardım kaynağı*” teması altında “*sağlık çalışanı / kurumları ve akraba*” şeklinde üç alt tema altında toplanmıştır (Tablo 32) . Kadınların düşük / küretajla ilgili bilgi ve yardım almaya yönelik bazı ifadeleri şunlardır:

“*Düşüklerim evde oldu. Evet, doktora da gitmedim Böyle parça düştü de anladım düşük olduğunu. Sonrasında kanama da oldu sonra bilgi veren olmadı. Kayıncıda bir şey söylemedi onlar pek inanmıyorum öyle şeye. Kurtajlarımı ama burada oldum. Kurtajdan sonra nelere dikkat etmen gereği anlatıldı.*” (K11, ilk gebelik yaşı 17, düşük 2, küretaj 2)

“*O ilk doğumumda ilk hamile kaldığında normal gidiyor gibi düşünüyorken birden bir kanama oldu. İş de yapmamıştım bir şey de olmamıştı. Yani hani gittiğim sağlık ocağında düşebilir bir şey olabilir demediler. Yani birden öyle kanama başlayınca zaten sağlık ocağına gitmedim. Hastaneye geldim. Onlar da bu normal dediler yani şey olarak yani bazen bir şey olmasa da düşük olabiliyormuş. Yani engellenemezmiş. Öyle demişlerdi. Yani hiçbir şey yoktu ev işi de*

yapmıyorum dikkat ediyordum yani kendiliğinden oldu. Doktora gittim normal yerinde sorun yok dediler ama düştü." (K16 ilk gebelik yaşı 17, küretaj 1)

Tablo 33. Kadınların Düşük / Küretajdan Sonra Sağlığını Koruma Uygulamaları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt Temalar	Kodlar	n
Olumlu uygulamalar	Sağlık çalışanlarına başvurma	Düşük şüphesinde doktora gitme (n = 2), düşük önlemek için ilaç kullanma (n = 1), hastaneye yatma (n = 1), evde düşük sonrası hastaneye gitme (n = 1), hastane tuvaletinde bebeğin düştüğünü görüp hemşireye haber verme (n = 1)	6
	Sağlık çalışanlarının önerilerine uyma	Önerilen ilaçları kullanma (n = 9), önerilere uyma (n = 2), kürtajdan sonra cinsel ilişki yasağı uygulama (n = 4), gebelikte ilişki yasağı uygulama (n = 1), gebelikten korunma (n = 4), genel temizlik kurallarına uyma (n = 2), ped değiştirme (n = 2), sodalı su ile taharetlenme (n = 1), iç çamaşırı değiştirme (n = 2), pamuklu çamaşır giyme (n = 1), tuvalet öncesi ve sonrası el yıkama (n = 1)	29
	Bireysel olumlu uygulamalar	Kendini koruma (n = 1), dinlenme (n = 3), sağlıklı beslenme (n = 3)	7
Olumsuz uygulamalar	Bireysel olumsuz uygulamalar	Küretaj sonrası kontrole gitmemeye (n = 2), yasağa rağmen cinsel ilişkiye zorlanma (n = 2), düşük sonrası özel bir uygulama yapmama (n = 2)	6
	Kendi kendine düşük yapmaya çalışma	Zor iş yaparak düşük yapma (n = 1), katranlı ilk suya leğende oturma (n = 1), ata binip üstünde koşturma (n = 1), yükseklerden atlama (n = 1), karnına sepetleri dayayarak taşıma (n = 1), traktörün kasasına oturma (n = 1), çapa motoru ile ağaçların arasını çapalama (n = 1)	7

Çalışmanın nitel bölümüne katılan kadınların düşük / küretajdan sonra sağlığını korumaya yönelik yaptıkları uygulamaları, “*olumlu ve olumsuz uygulamalar*” olmak üzere iki temadan oluşmuştur. Olumlu uygulamalar temasına ait “*sağlık çalışanlarına başvurma, sağlık çalışanlarının önerilerine uyma ve bireysel olumlu uygulamalar*” olarak üç alt tema belirlenmiştir. Olumsuz uygulamalar teması ise “*bireysel olumsuz uygulamalar ve kendi kendine düşük yapmaya çalışma*” alt temaları altında toplanmıştır (Tablo 33). Kadınların düşük / küretajla ilgili sağlığını korumaya yönelik bazı ifadeleri şöyledir;

“*Bir tane düşüğü ilk olan düşüğü ben biraz zor iş yaparak düşürdüm. Kendimi hırpalayarak düşürdüm. İkincisini düşmedi yine yaptım aynı şeyi ama düşmedi. O zaman da dediler ki katrana oturursan eğer böyle leğenin içine katranın üstüne oturursan düşer dediler. İlk suya koydum leğenin üstüne oturdu. Ama o da hemen düşmedi. Düşmeyecek zannettim. Sonra düştü koyu kahverengi gibiydi önce düşenler. Sonra adet kanaması gibiydi. Ben içinde ne düştü ne düşmedi fark etmedim ama sonra kendiliğinden gitti. İlk hemen âdetim gecikir gecikmez benim mide bulantım gibi şeyler başlıyor. Ya da ben belki de hamile kalma korkusundan dolayı onları yaşıyorum bilmiyorum. Zaten adetim geciği andan itibaren 2-3 günlükken ben bunları başlıyorum yapmaya. Mesela bizim orada at vardı ata bindim. Atın üstünde koşturduğum yükseklerden atlardım. Sonra karnıma sepetleri dayayarak taşıdım. Yüksek yerlerden atlardım aşağıya. Sonra traktörün kasasına oturdum arkaya. Sonra bir de şey var. Ağaçların arasını çapalamak için şey var küçük. Orada şey diyorlar çapa motoru. O çok sallıyor insanı. Onu bile yaptım.*” (K8, ilk gebelik yaşı 16, düşük 2)

“*Yani pedlerimi sık değiştirdim, temizliğime dikkat ettim, onlar şey deseler de bir şey olmaz dediler. Hemen gebelik olmasın dediler ama çok da olmasın diye beklemedik yani. İlaçlarımı aldım düzenli kullandım. Onlar da dediler hemen ikinci gebelik olmasın dediler kanaman çoğalırsa sana ağrı kesici veriyoruz ama bu ağrı kesiciler de kanamayı artırabilir. Biz kontrol ettik kürtajla ilgili içerisinde bir şey kalmamış ama yine de bir şey olursa hani bir durum olursa kontrole gel dediler biraz dinlen, beslenmeye dikkat et toparlan dediler. Gel dediler tekrar hastaneye gel. Ocağa gidersen de seni tekrar buraya gönderirler dediler.*” (K16, ilk gebelik yaşı 17, düşük 1)

Tablo 34. Kadınların Genital Enfeksiyon / Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon Öyküsü ve Uygulamaları İle İlgili Nicel Verileri (n = 245)

	n	%
CYBE Öyküsü		
Mevcut / geçirilmiş CYBE	52	21,2
Gebelikte eşi ile birlikte anormal akıntı yaşama	2	0,8
Uygulamalar, n = 245*		
Genel hijyen kurallarına uyma (genel temizlik kurallarına uyma / el yıkama / ped değiştirme / kaynatılmış, ütülmiş, yünlü, pamuklu çamaşır giyme / iç çamaşırı değiştirme / önden arkaya taharetlenme / kurulanma / ilişkiden önce, sonra duş alma / ilişkiden önce dış fırçalama)	103	42,0
Perineye zararlı / geleneksel uygulamalar (temizleme jeli kullanma / sirkeli su ile yıkama / vajinal duş / kaynatılmış maydanoz üzerine oturma)	33	13,4
Hastalık belirtisi olduğunda doktora başvurma (kötü kokulu, sarı, yeşil, beyaz peynirimsi akıntı gibi yakınmalarda doktora gitmen / smear yaptırmaya / hastanede yatarak tedavi olma)	18	7,3
Tek eşli olma	12	4,8
Cinsel ilişki yasağı uygulama (menstrüasyon / tedavi sırasında, hastalık varken vb)	8	3,2
Sürekli kondom kullanma	6	2,4
Anal seks yasağı uygulama	5	2,0
Eş dışındaki diğer kişiler ile cinsel ilişkide kondom kullanma	1	0,4

* Birden fazla yanıt alındığı için n sayısında katlanma olmuştur.

Kadınların genital enfeksiyon / CYBE gelişmesini önlemek için yaptıkları uygulamalar incelendiğinde %21,2'sinin mevcut ya da geçirilmiş CYBE'si olduğu saptanmıştır. Kadınların %42,0'ı genel hijyen kurallarına uyduklarını, %13,4'ü perineye zararlı olabilecek ve / veya geleneksel uygulamalar yaptıklarını, %7,3'ü herhangi bir hastalık belirtisi olduğunda doktora başvurduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 34).

Tablo 35. Kadınların Genital Enfeksiyon / Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara Yönelik Bilgi ve Yardım Alma Durumları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt temalar	Kodlar	n
Bilgi alma durumu			
Bilgi kaynağı	Sağlık çalışanı / kuruluşu	Doktor (n = 8), hemşire (n = 1), hastaneye (n = 3), sağlık ocağındaki ebe (n = 1)	13
	Görsel – işitsel yayın organları	Kitap (n = 1), televizyon (n = 1), gazete (n = 1), internet (n = 1)	4
	Yakınları	Aile büyükleri (n = 1), arkadaşlar (n = 1), komşular (n = 1), anne (n = 1)	4
	Tanıdık sağlık çalışanı	Hemşire kuzen (n = 1)	1
Yardım alma durumu			
Yardım kaynağı	Sağlık çalışanı / kuruluşu	Kadın doğum doktoru (n = 2), doktor (n = 10), aile hekimi hemşiresi (n = 1), hastane (n = 10), sağlık ocağı (n = 1)	24
	Sağlık çalışanı tanıdık	Hemşire kuzen (n = 1)	1
	Akraba	Anne (n = 1)	1

Araştırmmanın nitel bölümünde kadınların genital enfeksiyon / cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yönelik bilgi alma durumları, “bilgi kaynağı” teması altında “sağlık çalışanı / kuruluşu, tanıdık sağlık çalışanı, yakınları ve görsel – işitsel yayın organları” şeklinde dört alt tema altında toplanmıştır. Araştırmada genital enfeksiyon / cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yönelik yardım alma durumları, “yardım kaynağı” teması ve “sağlık çalışanı / kuruluşu, tanıdık sağlık çalışanı ve akraba” alt temaları olarak saptanmıştır (Tablo 35) . Kadınların genital enfeksiyon / cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yönelik bilgi ve yardım almaya yönelik bazı ifadeleri şunlardır:

“Hiç bilgi almadım ama merak ettiğimi de etrafındaki insanlara güvenmedim sormadım. Merak ettiğimi de internetten baktım sağlıkla ilgili olarak ilişki sırasında kendimizi temiz tutmak için neler yapabiliriz onlara baktım araştırdım. Onlar da zaten bildiğim şeylerdi dedim böyle yapıyoruz doğru mu acaba. Hatırladığım kadariyla ters ilişki zararları yazıyordu enfeksiyon olur bir de kimi zarar görmüş diye yazıyordu. Organlar hepsi bir değil yani kimi

dar oluyor kimi geniş oluyor. Okudum ama kendi bildiklerimi yaptım daha çok.” (K19, evlilik yaşı 17, 7 yıldır İzmir’de)

“...artık bundan sonra bir şikayetim olursa kesin doktora giderim. Yani bazen kaşıntımlı oldum ama ama bu kaşıntıyı da sabrede sabrede yaşayarak kaşıyarak geçirdim. Ama sonra öğrendim ki sonra komşularla konuşurken bir tane alttan konulan bir ilaç varmış komşuya vermişler. Çok rahatladığını söyledi. Keşke dedim ben de o kadar eziyet çekmeseydim. Çünkü günlerce kaşınmıştım. Kızarmıştı hatta neredeyse kanamaya başlamıştı kaşımaktan.” (K3, evlilik yaşı 16, 16 yıldır İzmir’de)

Tablo 36. Kadınların Genital Enfeksiyon / Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara Yönelik Uygulamaları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt Temalar	Kodlar	n
Sağlıklı yaşam	Genel hijyen kurallarına uyma	Ped değiştirme (n = 4), umumi tuvaletleri kullanmama (n = 6), Klozetin etrafını temizleme (n = 1), tuvalet kâğıdı varsa tuvaletin her tarafına koyma (n = 1), tuvalet kapı kollarını peçete ile tutma (n = 2), ilişkiden önce banyo yapma (n = 4), dış fırçalama (n = 1), ilişkiden sonra banyo yapma (n = 1), kurulama (n = 4), iç çamaşırını temiz tutma (n = 7), iç çamaşırlarını ütüleme (n = 1), bezleri kaynatma (n = 1), günlük pet kullanma (n = 1), günlük pet kullanmama (n = 1), vajinal duş yapma (n = 1), cinsel ilişki sonrası peçete kullanma (n = 1), önden arkaya doğru taharetlenme (n = 4), genital bölgeyi temizleme (n = 2), hortumla vajinal duş yapma (n = 1), el yıkama (n = 4), duş alma (n = 1), artık vajinal duş yapmama (n = 2), tek eşli olma (n = 1), havuza girmeme (n = 1), çamaşır değiştirmeye (n = 2), temizliğine dikkat etme (n = 13), ıslak mendille silinme (n = 1)	69
	Cinsel ilişki yasağı	İlaç kullanırken cinsel ilişkide bulunmama (n = 2), menstrüasyon döneminde cinsel ilişkide bulunmama (n = 4)	6
	Sağlığını koruma	Sağlığına dikkat etme (n = 2), çorapsız gezmeme (n = 1), soğuk yiyecek, içecek tüketmemeye (n = 1)	4
	Bariyer yöntem kullanma	Eş dışındaki diğer kişiler ile cinsel ilişkide kondom kullanma (n = 1), kondom kullanma (n = 2)	2
Tıbbi uygulamalar	Tedavi görme	Hastaneye gitme (n = 1), kontrole gitme (n = 1), ilaç kullanma (n = 4), hastanede yatarak tedavi olma (n = 1), eşiyle birlikte tedavi olma (n = 1), tedavi olma (n = 3)	11
Geleneksel uygulamalar	Hijyen	Sirkeli su ile perine ve vajen temizliği yapma (n = 1)	1
	Beslenme	Kaynatılmış soğanlı maydanoz suyu içme (n = 1)	1

Kadınların genital enfeksiyon / cinsel yolla bulan enfeksiyon gelişmesini önlemek için yaptıkları uygulamaların nitel verileri “*saglıklı yaşam, tibbi uygulamalar ve geleneksel uygulamalar*” şeklinde üç tema altında toplanmıştır. Sağlıklı yaşam temasının “*genel hijyen kurallarına uyma, cinsel ilişki yasağı, sağlığını koruma ve bariyer yöntem kullanma*” alt temaları tespit edilmiştir. Tıbbi uygulamalar temasına ait “*tedavi görme*” alt teması belirlenmiştir. Geleneksel uygulamalar temasına ait ise “*hijyen ve beslenme*” alt temaları saptanmıştır (Tablo 36). Kadınlar genital enfeksiyon / cinsel yolla bulan enfeksiyon gelişmesini önlemek için yaptıkları uygulamalara ait olarak şunları ifade etmişlerdir:

“İçerisini hortumla yıkadım hemşire hanım. Köyde öyle diyorlardı bize. Göğüs şeyinden sonra karınlarım kasıklarım nasıl ağriyordu. Ateşle beraber. Ama artık bundan sonra yapmam artık. Artık önden arkaya doğru temizlik yapıyorum hijyen eğitimine katılıyorum. Burada köyde yoktu da burada sağlık ocağında gittiğimiz zaman hijyenle ilgili eğitimler veriyorlar. Hem kendimiz için hem çocuklarımıza için. Orada eğitim verdiklerinde öğrendim bunu. Çocuklarımı da o şekil uyguluyorum. Hep önden arkaya doğru böyle (eliyle tarif ediyor). Mikrop bulaştırmayayım diye ve hep kuru tutuyorum. Ellerimi yıkıyorum. Her seferinde öncesi sonrası yıkıyorum. Çocuklarımı da aynı şekilde. Zaten çok ağır enfeksiyon geçirdim, hastanede yattım tedavi oldum. Çok şiddetli ağrılarım kötü kokulu akıntımlı oluyordu. Makatıma doğru çok ağrım oluyordu. İlişkide de çok ağrım oluyordu. ilişkiden sonra kanamam ve ağrım oluyordu. İşte taramalarla böyle bir mikrop çıktı nereden çıktıysa.” (K7, evlilik yaşı 16, en uzun köyde yaşamış)

“Kötü kokulu akıntımlı oldu. Kürtajdan çok az bir süre geçtikten sonra oldu. Hemen arkasından değil de a zaman sonra oldu. Biraz zaman geçtikten sonra oldu. Onu hastaneye gittim tedavi oldum. Eşimde de oldu kullandı ilaç. O istemedi ama mecbur o da kullandı. Hepsini kullandı. Ama mecbursun ilişkiye de girdik evet. Genelde dışında tuvalete girmemeye gayret ediyorum. Yani nasıl diyeyim eşime bir kızlığımda eşimden başkasıyla birlikte oldum kılıf taktım kendimi korudum. Çok utandım sıkıldım. Ayy çok zormuş.” (K11, evlilik yaşı 17, en uzun yurtdışında yaşamış)

Tablo 37. Kadınların İnfertilite Gelişmesini Önleme Uygulamaları İle İlgili Nicel Verileri (n = 245)

Uygulamalar, n = 245*	n	%
Özel bir uygulama yapmama	207	84,4
Doktora başvurma / tedavi görme (kendisi, eşiyle birlikte kısırlık tedavisi görme / hormon kontrolü / tüp bebek / aşılama / cerrahi sterilizasyon sonrası tüp bebek tedavisi)	14	5,7
Diğer uygulamalar (üşütmeme / taşa oturmama / ayaklarını sıcak tutma / ağır kaldırırmama / hastalıklardan korunma)	14	5,7
Kısırlık yapacağı ön yargısı ile doğum kontrol hapı / RİA kullanmama	13	5,3
Madde kullanımını bırakma (kendisi / eşiyle birlikte sigarayı bırakma / eşine vücut geliştirme ilaçlarını bıraktırmaya çalışma)	3	1,2
Çocuk olsun diye belinin altına yastık koyma / bacaklarını duvara kaldırma	2	0,8

* Birden fazla yanıt alındığı için n sayısında katlanma olmuştur.

Kadınların infertilite gelişmesini önlemek için uygulamalarının dağılımı Tablo 37'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, kadınların %84,4'ünün özel bir uygulama yapmadan oluruna bıraktığı, %5,7'sinin doktora başvurduğu / tedavi gördüğü, %5,3'ünün kısırlık yapacağı ön yargısı ile doğum kontrol hapı (n = 8) / RİA (n = 5) kullanmadığı, %5,7'sinin genel hijyen kurallarına uyduğu ve %1,2'sinin madde kullanmayı bıraktığı tespit edilmiştir.

Tablo 38. Kadınların İnfertilite Gelişmesini Önlemekle İlgili Bilgi ve Yardım Alma Durumları İle Yapılan Uygulamaların Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt temalar	Kodlar	n
Bilgi alma durumu			
Bilgi kaynağı	Sağlık çalışanı / kuruluşu	Hastane (n = 2), doktor (n = 4)	6
	Yakınları	Anne (n = 1), kayınvalide (n = 1), arkadaş (n = 1), komşu (n = 1)	4
	Basılı yayın	Okumak (n = 1)	1
Yardım alma durumu			
Yardım kaynağı	Sağlık çalışanı / kuruluşu	Hastane (n = 16), sağlıkçı (n = 1), kadın doğum uzmanı (n = 1), doktor (n = 4), ebeler (n = 1), tüp bebek birimi (n = 1), devlet doktoru (n = 1)	25
	Tanıdık sağlık çalışanı	Hemşire komşu (n = 1), hemşire akraba (n = 1)	2
İnfertilite gelişmemesi için yapılan uygulamalar			
Tıbbi destek	Doktora başvurma / tedavi görme	İlaçları düzenli kullanma (n = 2), doktora gitme (n = 1), aşılama yaptırma (n = 1)	4
Sağlıklı yaşam aktiviteleri	Soğuktan korunma	Üşütmeme (n = 6), ayakları ıslak bırakmama (n = 1), yalnız ayak gezmeme (n = 1), ayaklarını sıcak tutma (n = 4), çorap giyme (n = 1), taşa basmama (n = 2), belini açmama (n = 3), belini sıcak tutma (n = 1), taşa oturmama (n = 2), soğuk yere oturmama (n = 2), soğuk su içmeme (n = 1)	24
	Genel hijyen kurallarına uyma	Hastalıktan korunma (n = 1), temizliğe dikkat etme (n = 1), çamaşırları sık değiştirme (n = 2), sürekli bez kullanma (n = 2), ağır kaldırılmama (n = 2), bisiklete binmeme (n = 1)	9
	Madde kullanımını bırakma	Sigarayı azaltma (n = 1), eşine vücut geliştirme ilaçlarını bırakıtmaya çalışma (n = 1)	2
AP yöntemi ve cinsel ilişki	Cinsel ilişkisi düzenlemeye	Cinsel ilişkide üstte durmama (n = 1), cinsel ilişkiden sonra hemen ayağa kalkmama (n = 1)	2
	AP yöntem tercihi	RİA kullanmama (n = 1)	1

Araştırmmanın nitel bölümünde katılan kadınların infertilite ile ilgili bilgi alma durumları, “bilgi kaynağı” teması altında ve “sağlık çalışanı / kuruluşu, yakınları ve basılı yayın” alt temalarında toplanmıştır. Kadınların infertilite ile ilgili yardım alma durumları, “yardım kaynağı” teması altında “sağlık çalışanı / kuruluşu ve tanındık sağlık çalışanı” alt temalarında toplanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların infertilite gelişmesini önlemeye yönelik olarak yaptıkları uygulamalara ait “*tibbi destek, sağlıklı yaşam aktiviteleri, AP yöntemi ve cinsel ilişki*” şeklinde üç tema belirlenmiştir. Tıbbi destek teması “*doktora başvurma / tedavi görme*”, sağlıklı yaşam aktiviteleri teması “*soğuktan korunma, genel hijyen kurallarına uyma ve madde kullanımını bırakma*”, AP yöntemi ve cinsel ilişki teması “*cinsel ilişkiye düzenleme ve AP yöntem tercihi*” alt temalarından oluşmuştur (Tablo 38). Kadınların infertilite gelişmemesi için bilgi ve yardım alma durumları ile uygulamalarına yönelik bazı ifadeleri aşağıda verilmiştir.

“*Hiçbir şey bilmiyordum. Ama 14 yaşında evlendiğim için daha 2 aylık adet görüyordum zaten 17 yaşına kadar çocuğum olmamıştı. Kayınvalidem sürekli gönder bu dölsüz gönder bu dölsüz diye eşime sürekli baskı yapıyordu hamile kalmıyor boşan diyordu. 17 yaşında anne oldum yani. Ondan sonra peş peşe doğurdum zaten. En başta kayınvalidem kısır olmadığım halde kısırımı gibi davrandı. Torun veremeyecek bu gönder torun veremeyecek bu diye. Ben bu durumdan çok rahatsız旧 oldum kayınvalidemin kayınpederimin baskısından beni gönderecek diye intihara bile kalkıştım ilaç içtim. Daha sonra annem geldi kayınvalidem ve kayınpederimle konuşup yaşımin küçük olduğundan dolayı çocuk sahibi olamadığımı beni üzmeye haklarının olmadığını söyledi ve çocuğumu alabilirim hemen dedi.*” (K2, evlilik yaşı 14, ilk gebelik yaşı 17)

“*Hastaneye gidebilirim. Şimdi her yere ulaşabiliyoruz biz. Köyde yoktu. Karda kışta bir sürü kilometre yol, arabamız yok. Şimdi bir şey olduğunda akıntı mı var sağlık ocağından çok fazla şey yapmıyoruz ama hastaneye gidiyoruz devlet hastanelerine.*” (K7, evlilik yaşı 16, ilk gebelik yaşı 16)

“*Doğum sonrası hemen RIA takılamayacağını doktorum söyledi. Veya enfeksiyon geçirirsen tüplerin tikanır kısırlık gelişebilir demişti. Enfeksiyon geçirdiğimde ilaçlarımı düzenli kullandım çünkü bu da kısırlığa neden olabilirmiş. Yine kokulu akıntı gibi bir durumla karşılaşlığında da doktoruma başvururum, ilerlemesin, tetiklemesin diye.*” (K1, evlilik yaşı 17, ilk gebelik yaşı 21)

“Mesela adet döneminde temizlige dikkat etmek lazım, petleri sık sık değiştirmek lazım, iç çamaşırılarla dikkat etmek lazım, işütmemeye genellikle de ayaklardan çok soğuk alınıyor işütmemeye dikkat edilmeli mesela doktorun tavsiye ettiği ilaç varsa onları kullanmalıyız.”

(K20, evlilik yaşı 16, ilk gebelik yaşı 18)

“...Ya şeyi söylüyorlardı mesela, işütiürsen hani çocuğun olmaz, kadınlar böyle işütiürse çocuğu olmaz kısır olur diye duymuştum, annem de hep kızım bak kısır olursun belini açma kızım dikkat et diyordu annem çorabını giy, yerler taşlara basma derdi. Ayaklarına çorap giymeyi pek sevmem annem hep kızım çorap giy işütme derdi. Taşlara basma diye söylerdi.”

(K22, evlilik yaşı 17, ilk gebelik yaşı 17)

Tablo 39. Kadınların Şiddet İle Karşılaşma Durumları İle İlgili Nicel Verileri (n = 245)

Şiddete maruziyet	n	%
Yok	145	59,1
Var	100	40,8
Karşılaşılan şiddet türü, n = 100		
Psikolojik şiddet (kıyafete, sosyal yaşama, çocuk yapıp yapılmayacağına, kürtaj yapıp yapmayacağına karışılma / arkadaş, akrabalarla görüşmesine izin verilmeme / kadınla, ailesiyle dalga geçilme / madde kullanmaya zorlanma / çocuğunun bakımına müdahale edilme)	84	57,9
Ekonomik şiddet (bireysel harcamalarına karışılma / maaşına el konulma / çalışmaya izin verilmeme)	63	43,4
Fiziksel şiddet (vücutuna vurulan, darp edilen vb)	26	17,9
Gebelikte fiziksel şiddet (vücuda vurulma / darp edilme vb)	18	12,4
Cinsel şiddet gören	21	14,4
Şiddet uygulayan kişi, n = 100		
Eş	90	62,0
Kayıncı valide	50	34,4
Kayınpeder	4	2,7
Baba	3	2,0
Üvey anne	2	1,3
Enişte	1	0,6

*Şiddet gördüğünü ifade eden 100 kadın değerlendirilmiştir. Birden fazla yanıt aldığı için n sayısında katlanma olmuştur.

Kadınların şiddet ile karşılaşma durumlarının dağılımı incelendiğinde %40,8'inin şiddet ile karşılaştığı saptanmıştır. Araştırmada kadınların, %57,9'unun psikolojik, %43,4'unun ekonomik, %17,9'unun fiziksel, %12,4'unun gebelikte fiziksel ve %14,4'unun cinsel şiddet ile karşılaştıkları belirlenmiştir. Kadınların %62,0'ı eşi, %34,4'ü kayıncıvalidesi, %2,7'si kayınpederi, %2,0'ı babası, %1,3'ü üvey annesi ve %0,6'sı eniştesi tarafından şiddet gördüğünü ifade etmişlerdir (Tablo 39).

Tablo 40. Kadınların Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Bilgi ve Yardım Alma Durumları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt Temalar	Kodlar	n
Bilgi alma durumu			
Bilgi kaynağı	Genel bilgi / deneyim	Dayak olabilir (n = 3), dayaktır şiddet (n = 1), vurmaktır şiddet (n = 2), dayağın ne bilgisini alacağım (n = 1), adamın dövmesidir (n = 1)	8
	Görsel yayın	Televizyondan (n = 7)	7
	Yakınları	Arkadaşlardan (n = 2), çevreden (n = 1), anne ve baba (n = 1)	4
	Tanıdık sağlık çalışanı	Hemşire arkadaş (n = 1)	1
	Seminere katılma	Belediye seminerine katılma (n = 1)	1
Yardım alma durumu			
Kamu kurumu	Emniyet kurumları	155 polisi arama (n = 11), emniyet (n = 1), devlet (n = 1)	13
	Kadına yönelik şiddetle ilgili kurumları	183 numarasını arama (n = 1), belediyenin kadın sığınma evleri (n = 4), dayanışma yerleri (n = 1), kadın korunma haklarından (n = 1)	7
	Sağlık kurumları	Sağlık ocağı (n = 1), hastane (n = 2),	3
Sosyal çevre	Akraba	Aile (n = 1), kocam (n = 1), anne (n = 2)	4

Çalışmada kadınların kadına yönelik şiddetle ilgili nitel verileri incelendiğinde, bilgi alma durumları, “*bilgi kaynağı*” teması altında “*genel bilgi / deneyim, görsel yayın, yakınları, tanıdık sağlık çalışanı ve seminere katılan,*” alt temalarında toplanmıştır. Çalışmada kadınların kadına yönelik şiddetle ilgili yardım alma durumları, “*kamu kurumu ve sosyal çevre*” teması altında “*emniyet kurumları, kadına yönelik şiddetle ilgili kurumları ve sağlık kurumları*” alt temalarında toplanmıştır (Tablo 40). Kadınların kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi ve yardım almaya yönelik bazı ifadeleri şunlardır:

“Eş tarafından dayak olabilir. Evet, attığı oldu çünkü eşim annesinin sözünü dinlediği için onunla konuştuktan sonra bana farklı davranıştı. İşte hani zaten kıyafetlerime karışılıyordu. Akrabalarla görüşmemeye izin vermiyorlardı. Dayak olarak biliyordum sadece. Diğer şeylerin şiddet olduğunu bilmiyordum. Bugün bu anketten sonra öğrendim bazı şeyleri. Teşekkür ederim bu anket sayesinde hayatım bir film şeridi gibi geçti.” (K3, evlilik yaşı 16, evliliğe anne / baba karar vermiş)

“Almadım. Yani dayağın ne bilgisini alacağım.” (K11, evlilik yaşı 17, evliliğe eşile birlikte karar vermiş)

“Evet, bir sorun olursa kadın sigınma evine giderim. Eskiden eşten şiddet görüncce anne baba evine giderlermiş. Anne baba ne yapar gene barıştırır. Onu yine aynı yere gönderir. Bunu pek tavsiye etmiyorum. Anne baba evi kayınbaba evi gibidir. Yani o yüzden çare yok orada. Hakkını ararsan devlette arayacaksın.” (K19, evlilik yaşı 17, evliliğe eşile birlikte karar vermiş)

“Böyle bir sıkıntım olsaydı ailemle paylaştırdım konuşurdum herhalde. Başvurmam gereken bir yer olduğunu nereye başvuracağımı bilmiyorum. “ (K22, evlilik yaşı 17, evliliğe aileler karar verip onayı alınmış)

Tablo 41. Kadınların Kadına Yönelik Şiddet ve Şiddetten Korunmaya İlişkin Uygulamaları İle İlgili Nitel Verileri (n = 25)

Temalar	Alt Temalar	Kodlar	n
Yasal işlemler yapma	Sağlık kurumu / çalışanına başvurma	Darp raporu alma (n = 1), sağlık ocağına gidip tutanak tutturma (n = 1), ebeye (n = 1), hemşireye (n = 1)	4
	Adli kuruma başvurma	Mahkemeye başvurma (n = 1), boşanma (n = 1)	2
Sosyal destek alma	Yakınları	Kayınpederine söyleme (n = 1)	1
Önleyici uygulamalar	Eşin istediği gibi davranışma	Kabullenme (n = 2), katlanma (n = 1), tahammül etme (n = 1), kimseyi kızdırmama (n = 2), inatlaşmama (n = 1), isteklerini erteleme (n = 1), mecbur olma (n = 1), her istediğine evet deme (n = 1), sözlerini dinleme (n = 1), sesini çıkarmama (n = 4), karşı çıkmama (n = 2), kulak asmama (n = 1), fedakârlık yapmama (n = 1), kızdırmama (n = 1), kafa dağıtıcı sözler söylemem (n = 1), istiyormuş gibi yapma (n = 1), şaka yapmama (n = 1), eşini sıkırmama (n = 1), kendi istemediği bir şeyi yapma (n = 1), ağlama (n = 1), geride olma (n = 1), hatayı kendinde arama (n = 1), kendini ezdirmeme (n = 1)	29
	Kendini güçlendirmeye çalışma	İşe başlama (n = 2), eşine ihtiyacının olmadığını ima etme (n = 1), ortak yatırım yapma (n = 1), sorunları çözebilme (n = 2), sorunları biriktirmeme (n = 1), uyum sağlama (n = 6), ortak karar alma (n = 1), mantıklı davranışma (n = 1)	15
	Eş ile iletişim kurma	Konuşabilme (n = 4), güzelliğle konuşma (n = 1), ortamdan uzaklaşma (n = 2), eş ile anlaşma (n = 3), sakinleştiğinden sonra ulaşmaya çalışma (n = 1), eşine bağırmaya hakkı olmadığını ifade etme (n = 1), hayır demeyi öğrenme (n = 1)	13
	Deneyime dayalı öneriler	Erkekler eğitilmeli (n = 1), erkek de susmasını bilmeli (n = 1), bu tür kadınlara iş verilmeli (n = 1), kadınlar çalışmalı (n = 1), susmamalı (n = 1), kendini korumalı (n = 2), susmaması gerektiğini bilmeli (n = 1), bilinçlenmeli (n = 1), kadınlar eğitilmeli (n = 1)	10
	Kendini savunma	Kendini savunma (n = 2), iteleme (n = 1), kendi istemediği bir şeyi yapmama (n = 2), biber gazı kullanma (n = 1), eşini tehdit etme (n = 1)	7

Çalışmada kadınların kadına yönelik şiddetten korunmaya yönelik yaptıkları uygulamaların nitel verileri “*yasal işlemler yapma, sosyal destek alma, önleyici uygulamalar*” temaları altında toplanmıştır. Yasal işlemler yapma teması, “*sağlık kurumu / çalışanına başvurma ve adli kuruma başvurma*” alt temalarında incelenmiştir. Sosyal destek teması “*yakınları*”, önleyici uygulamalar teması ise, “*eşin istediği gibi davranışma, kendini güçlendirmeye çalışma, eş ile iletişim kurma, deneyime dayalı öneriler ve kendini koruma*” alt temalarından oluşmuştur (Tablo 41). Kadına yönelik şiddetten korunmaya yönelik yaptıkları uygulamalara ait bazı ifadeleri şöyledir:

“*Bireysel harcamalarıma ve kıyafetlerime de karıştı. Kayınvalidem yardımcı da oldu çok da karıştı açık giyinmemi istemezdi. Onlar biraz kapalıydı onun için açık giyinme diyor. Tabi ben bunu şiddet olarak algılamadım. Yani çalışmama izin verilmedi mesela. Çalışmayı çok isterdim. Aslında kayınvalidem gençti çocuklara bakabilirdi ama bakmadı kendi çocuğuna kendin bak dedi. Bana yardımcı oldu ama çalışmamadım. Çalışabilirdim. Ne bileyim ben sadece vurmayı şiddet olarak algıladım çünkü. Ama öbürleri de şiddetin içine girdiğini bilmiyordum. İstemeden cinsel ilişkiye zorlanıyorum mesela. Yani yaşam da büyüdüğü için bunlara karşı daha farklı davranışabilirim. Bunları öğrendiğim de iyi oldu. Ben de bunların şiddet olduğunu karşısındaki insanlara rahatlıkla söyleyebilirim. Eşime de kayınvalideme de etrafındaki arkadaşlarına da söyleyebilirim. Bunları da öğrenmiş oldum.*” (K10, evlilik yaşı 17, evliliğe eşiyle birlikte karar vermiş, çekirdek aile)

“*Evde tartıştığımız zaman evde, çocuklarınla ilgili, parayla ilgili her evdeki olduğu gibi bizim evde de şey olur. Sesini yükseltebiliyor, yap diyebiliyor, ben mesela bazen uzun süre hayır desem de cinsel ilişkiye girebiliyor zorluyor. Ben de onu da kırmamam gerektiğini düşünüyorum. Yani çok görüşmediğimiz için yani o zaman istemesem de tamam diyorum yani istiyormuş gibi yapıyorum. Beni dövmeye yeltenmedi ama elini kaldırıldığı da oldu. Elini kaldırığında bunu yapmamalısın dedim. Doğru değil dedim. Kaldırdın bunu ben indirdin diye düşünüyorum. Önemli olan kaldırman bile yanlış diyorum. Bana bağırdığın zaman bağırma diyorum bağırmaya hakkın yok diyorum. Yani şimdi annemler biraz daha şeymiş eskiden dayak yedikleri de oluyormuş. Kendilerini çok da savunamıştı tamam ben de buna tutup şey demiyorum nasıl söyleyeceğim demiyorum. Kavga iyice büyümüş diye. Ama şey oluyor. Her evde olduğu gibi bizim evde de oluyor. Ben kendimi savunabiliyorum. Çalışmama izin vermemişlerdi bunun şiddet olduğunu o zamanlar bilmiyordum. Ben ikimizde çalışırsak daha bir şeylere rahat sahip oluruz.*” (K16, evlilik yaşı 17, evliliğe eşiyle birlikte karar vermiş, çekirdek aile)

5. TARTIŞMA

Adölesan dönemde evlenen kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemek amacıyla karma yöntem olarak yapılan bu çalışmanın nicel bölümü 245 ve nitel bölümü 25 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kadınların üreme sağlığı konusunda bilgi alma, herhangi bir sorunla karşılaşıklarında yardım alma ve üreme sağlığını korumaya yönelik davranış geliştirmede sorun yaşadıkları sonuçları elde edilmiştir.

Araştırmannın nitel bölümünde, kadınların üreme sağlığı öykülerinden elde edilen verilerden temalar oluşturulmuştur. Bu temalar; *"bilgi kaynağı, yardım kaynağı, sağlıklı cinsel yaşam, cinsel şiddet, aile planlaması yöntemi, doğum öncesi bakım, sağlıklı yaşam aktiviteleri, hastane doğumu, evde doğum, tıbbi uygulama, bireysel uygulamalar, geleneksel uygulamalar, olumlu uygulamalar, olumsuz uygulamalar, sağlıklı yaşam, tıbbi uygulamalar, geleneksel uygulamalar, tıbbi destek, sağlıklı yaşam aktiviteleri, AP yöntemi ve cinsel ilişki, kamu kurumu, sosyal çevre, yasal işlem yapma, sosyal destek alma ve önleyici uygulamalar"* dir. Bu sonuçlar, ülkemizde adölesan dönemde evlenen kadınların üreme sağlığı durumuna ilişkin önemli bilgileri ortaya koyması bakımından önemlidir ve bu grubu yönelik sunulan üreme sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve sunumuna yarar sağlayabilir.

Bu bölümde; çalışmada elde edilen nitel ve nicel veriler birleştirilerek; kadınların, eşlerinin ve ailesinin tanıtıcı özellikleri; üreme sağlığı özellikleri ve davranışlarına ilişkin bulguların tartışılmaması şeklinde iki başlık altında incelenmiştir.

5.1. Kadınların, Eşlerinin ve Ailesinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada kadınların çok küçük yaşlarda evlenmiş oldukları görülmüştür. Bu sonuç adölesan evliliklerin kadın sağlığı üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan diğer çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir (Koç ve ark, 2014; United Nations Children's Fund, 2015; Medhi ve ark, 2016; Güneş ve ark, 2016). Bu sonuçlar küçük yaşıda adölesan evliliği olan bireylere yönelik yürütülen sağlık hizmetleri sırasında, bu duruma bağlı önemli sağlık sorunlarının olabileceğinin dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmadaki kadınların daha çok (%77,1) ilkokul eğitimi almış oldukları saptanmıştır. Daha önce yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar rapor edilmiştir (Ayaz

ve ark, 2012; Girls not Brides, 2016b). Kaptanoğlu ve Ergöçmen (2012)'in yaptıkları araştırmada da, evliliğin bir yıl süre ile ertelenmesinin, kız çocukların okulda geçirecekleri süreyi artttığı (0,22 yıl) ve böylece okur - yazarlık oranını (%5,6) da yükselttiği rapor edilmiştir. Düşük eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve anne - çocuk sağlığı göstergelerini olumsuz etkileyen bir durum olması açısından önemlidir.

Bu çalışmada kadınların sosyal güvenceye sahip olma (%22,9) oranının diğer çalışma sonuçlarından (% 2,7; %3,0; %10,5) daha yüksek olduğu görülmüştür (Baş ve ark, 2012; Karadağ ve ark, 2012; Koç ve ark, 2014). Bu farkın çalışma yerleri ve örneklem özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Kadınların sosyal güvence kapsamında olmaması, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı azaltma ya da engel bakımından önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve diğer sağlık çalışanlarının bu durumu dikkate almaları ve bu kadınların sağlığını koruyucu ve erken tanılama hizmetlerinden yararlanmalarını geliştirmeleri gerekmektedir.

Çalışmada bazı kadınarda madde kullanımı olduğu (sigara, alkol ve kadınarda zorla sigara ve / veya alkol kullandırılan) ancak bir kısmının gebelikte madde kullanımını bıraktığı belirlenmiştir. Saracoğlu ve ark (2013), Karabulut ve ark (2013), Soylu ve Ayaz (2013), Cheung ve ark (2015), Ayyıldız ve ark (2015), World Health Organization (2018b)'in yaptığı çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Fleming ve ark (2013)'nın çalışmasında da adölesanların yetişkin kadınlardan daha fazla sigara ve diğer keyif verici maddelerden kullandığı sonucu rapor edilmiştir. Bu sonuçlara göre adölesanların sigara ve alkol kullanımı açısından riskli grup olduğu ve gebelik sürecinde de bu alışkanlığın dikkate alınması gerektiği söylenebilir.

Çalışmaya katılan bazı kadınların akraba evliliği yapmış olduğu sonucu, Kaptanoğlu ve Ergöçmen (2012), Soylu ve Ayaz (2013), Beşpinar (2014), Türkiye'de Evlilik Tercihleri (2015), Ayyıldız ve ark (2015), Güneş ve ark (2016)'nın çalışma sonuçları ile benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre toplumumuzda akraba evliliklerinin halen önemli bir sağlık sorunu olarak devam ettiği söylenebilir.

Bu araştırmaya katılan bazı kadınların evliliklerinde başlık parasının yer aldığı belirlenmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda da benzer şekilde evlilikte başlık parasının alındığı rapor edilmiştir (Beşpinar, 2014; Türkiye'de Evlilik Tercihleri, 2015). Bu sonuçlar bazı ailelerde halen maddi sıkıntılar ya da geleneksel yaklaşımlar nedeni ile başlık parası alındığını göstermektedir. Bu durum küçük yaşıta ve istenmeyen evlilikler, aile içi şiddet gibi ilave sorunlar ile birlikte olması bakımından önemlidir.

Bu çalışmada kadınların önemli bir kısmının eşlerinin en az beş yaş büyük olduğu ve bu sonucun adölesan yaş grubu evliliklerin incelendiği diğer çalışma sonuçları ile benzer olduğu görülmüştür (Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012; Adalı ve ark, 2014; Türkiye'de Evlilik Tercihleri, 2015). Bu sonuçlar çocuk yaşıta yapılan evliliklerde eş ile aralarındaki yaş farkının fazla olduğunu göstermektedir ve bu durum önemli üreme sağlığı ve sosyal sorunları da beraberinde getirmesi bakımından dikkate alınmalıdır.

5.2. Kadınların Üreme Sağlığı Özellikleri ve Davranışlarına Yönerek Bulguların Tartışıılması

Araştırmaya katılan kadınların oldukça önemli bir kısmının (%82,0) ilk gebeliğini 13 - 19 yaş aralığında yaşamış olduğu saptanmıştır. Bu sonucun çocuk evliliği yapmış kadınların incelendiği Güneş ve ark (2016)'nın çalışma sonuçları (%86) ve evlilik yaşına bakılmaksızın yapılan çalışmalardaki adölesan annelik oranları (sırası ile; %22,9; %23,7) (Koç ve ark 2014; Karaçalı ve Özdemir, 2018) ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu sonuçlara göre adölesan dönemde evlenen kadınlarda erken yaşta gebeliklerin yaygın olduğu söylenebilir. Erken yaşlarda görülen gebelikler anne ve çocuk sağlığı sorunlarını arttıracabilecegi için önemlidir.

Çalışmada bazı kadınların isteyerek düşük yaptıkları (%9,4) belirlenmiştir. Bu oran, Güneş ve ark (2016)'nın çalışmasında daha yüksek (%24) iken, diğer çalışmalarda (%1,2 ve %2,7) daha düşük olduğu (Karabulut ve ark, 2013; Adalı ve ark, 2014) rapor edilmiştir. Kadınların yaşı isteyerek düşük yapma davranışları üzerine önemli ölçüde etki sağlayabilir. Çalışmalar arasındaki farklılıklar araştırmaya dâhil edilen kadınların diğer sosyo - demografik özelliklerile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada kendiliğinden düşüğü olan kadın oranının (%11,4), TNSA 2013 (Adalı ve ark, 2014) ve Güneş ve ark (2016)'nın çalışma sonuçlarından (sırası ile; %23,0; %38) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçları arasındaki bu farklılıklar araştırmalara dâhil edilen kadınların yaşı, yaşadığı bölge, sağlık hizmetlerine ulaşım gibi özelliklerinden etkilenmiş olabilir.

Araştırmaya katılan bazı kadınların düşük / küretajla ilgili olarak sağlığını korumak için "*bireysel olumlu uygulamalar yaptığı; sağlık çalışanlarına başvurduğu, sağlık çalışanlarının önerilerine uyduğu, gebelikten korunduğu, dirlendiği ve genel temizlik kurallarına uyduğu*" belirlenmiştir. Ayrıca kadınların bir kısmı "*kendi kendine düşük yapmaya çalışma, zor iş yaparak düşük yapmaya çalışma, yüksek yerlerden atlama, traktörün kasasına oturma*" gibi olumsuz uygulamalar yaptıklarını bildirmiştir. TNSA (2013) verilerine göre (Adalı ve ark,

2014) isteyerek düşüklerin özel sektörde, devlet / numune hastanesinde, doğumevinde ve üniversite hastanesinde gerçekleştirildiği rapor edilmiştir. Ansari ve ark (2015)'nın, Afganistan'da yaptığı çalışmada ebelerin MVA ile gebeliği sonlandıabileceğinin ve post abortif bakım hizmetlerinde etkinliği belirtilmiştir. Dönmez ve ark (2016)'nın literatüre dayalı çalışmasında, düşük yapmak için kadınların zararlı olabilen maddeler içmek, rahim içine katı cisim ve fiziksel güç uygulamak gibi kadın sağlığını tehdit eden riskli uygulamalar yaptığı bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda, güvenli olmayan düşük sonrası dış gebelik, erken doğum ve sonraki gebeliklerde kendiliğinden düşük gibi kalıcı sakatlıklar ve uzun süreli gelişen komplikasyonlar görüldüğü bildirilmiştir (Tezcan ve Ergöçmen, 2012; Calvert ve ark, 2018; World Health Organization, 2018b). Bu sonuçlara göre istenmeyen gebelikler ve güvenli olmayan düşüklerin kadın sağlığı üzerindeki etkisinden dolayı halen önemli bir sağlık sorunu olduğu söylenebilir. Sağlık kuruluşlarında güvenli düşük uygulamaları ve sağlık çalışanlarının bu konuda adölesan kadınlara eğitim vermeleri komplikasyonların önlenmesi bakımından önemlidir.

Bu araştırmada bazı kadınlar adölesan yaş grubunda iken oluşan gebeliklerinde yüksek tansiyon (%5,8) görüldüğünü belirtmiştir. Adölesan gebelikte yüksek tansiyonun incelendiği bir çalışmada da benzer sonuç (%5) (Topçuoğlu ve ark 2014) bildirilmiştir. Ancak bu konuda yapılan diğer bazı çalışmalarda gebelikte yüksek tansiyonun görülme sıklığının bizim çalışma sonuçlarımıza göre düşük oranda (sırası ile %2,2; %0,87; %1,0) olduğu görülmektedir (Karabulut ve ark, 2013; Yuce ve ark, 2015; Ozdemirci ve ark, 2016). Melekoğlu ve ark (2013)'nın çalışmasında ise bu oran daha yüksek olarak (%15) rapor edilmiştir. Hindistan'da yapılan bir çalışmada da adölesan gebeliklerde yüksek oranlarda preeklampsi (%11,52) bildirilmiştir (Medhi ve ark, 2016). Belirtilen oranlardaki farklılıklar araştırma örneklemindeki kadınların sosyo - demografik özellikleri ya da gebeliğe eşlik eden diğer sağlık sorunları ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada bazı kadınlar (%1,2) 19 yaş ve / veya altında iken gerçekleşen gebeliklerinde diyabet olduğunu bildirmiştir. Bu oran Topçuoğlu ve ark (2014)'nın yaptığı çalışma sonucu ile aynı (%1,2) iken, yapılan diğer araştırma sonuçlarından (Karabulut ve ark, 2013; Ozdemirci ve ark, 2016) (%0,7; %0,3) daha yüksektir. Bu sonuçlar gebelikte diyabetin adölesan dönemde de karşılaşılabilen bir sorun olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmaya katılan kadınların bazlarının gebelik öyküsünde genital sigil, üriner enfeksiyon, vajinal enfeksiyon, dış enfeksiyon, sitomegalovirus gibi enfeksiyonlar ve gebelikte yüksek ateş olduğu saptanmıştır. Balkaya ve ark (2014)'nın yaptığı çalışmada da gebelikte bazı enfeksiyonların görüldüğü ve genital enfeksiyon belirtilerinin varlığının düşük

ve erken doğum tehdidini artırdığı rapor edilmiştir. Adler (2011) ise gebelerin %1 – 4’ünde akut CMV görüldüğünü ve bu durumun özellikle fetüs açısından çok riskli olduğunu belirtmiştir. Shanthi ve ark (2012) periodontal enfeksiyonun düşük doğum ağırlığına neden olduğunu, Leppälähti ve ark (2013)’ı adölesan anneler arasında idrar yolu enfeksiyonu, piyelonefrit ve olumsuz yenidoğan sonuçlarının daha yüksek oranlarda görüldüğünü bildirmiştirlerdir. Bu sonuçlar gebelikte ortaya çıkan enfeksiyonların düşük oranda bile olsa anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkilediği için çok önemli olduğunu göstermektedir.

Araştırmada bir kadının adölesan yaşı grubunda iken ölü doğum ile karşılaşıldığı saptanmıştır. Yapılan benzer çalışmalarda farklı sonuçlar (sırası ile; %05,5; %0,56; %3,0) bildirilmiştir (Whitworth ve Cockerill, 2010; Malabarey ve ark, 2012; Medhi ve ark, 2016). Bu sonuçlar ölü doğumların adölesanlar için de önemli bir anne – bebek sağlığı sorunu olduğunu göstermesi ve bu gebelerin çok yakından izlenmesi gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir.

Bu araştırmada bazı kadınların (%1,6) erken doğum yaptığı saptanmıştır. Adölesan gruplarının incelendiği başka çalışmalarda ise bu oranın daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (sırası ile; %37,5; %9,09; %9,3) (Melekoğlu ve ark, 2013; Yuce ve ark, 2015; Ozdemirci ve ark, 2016). Ayrıca bazı kadınlar erken doğum tehdidi nedeniyle “*çocuk küçük doğmasın diye hastaneye yatırılarak serum takıldığını*” ve “*bebeğin akciğerleri büyüsün diye iğne yapıldığını*” ifade etmişlerdir. Daha önce yapılan çalışmalarda adölesan gebelerde erken doğum görülme sikliğinin yetişkinlere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Malabarey ve ark, 2012; Karabulut ve ark, 2013; Ozdemirci ve ark, 2016). Bu bulgular erken doğumun adölesan gebelikler sırasında karşılaşılabilen önemli bir üreme sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmaya katılan bazı kadınların evde doğum (%7,6) öyküsünün bulunduğu belirlenmiştir. Evde doğum yapan kadınlar doğuma yönelik olarak “*yere / leğene doğru çömeldiğini, yanında görevimcesi, mahalle / köy ebesi olduğunu, doğumun kolay olması için karyolaya tutunup destek aldığı ve oklavanın ucundan akitilan suyu içtiğini*” ifade etmiştir. Çalışma sonucu TNSA (2013)’nda bildirilen evde doğum sonucundan (%2,3) daha yüksektir (Ergöçmen ve ark, 2014). Ergin ve ark (2005)’nın çalışmasında ise evde doğumların daha fazla olduğu ve bu doğumların evde sağlık personeli yardımıyla (%3,1) ya da sağlık personeli olmaksızın (%6,0) gerçekleştirildiği bildirilmiştir. Çakırer ve Çalışkan (2010) da evde doğum yapan kadınların % 2,3’ünün ebe yardımı ile doğum yaptığını bildirmiştir. Bangladeş (%87,7; Wahed ve ark, 2010), Senegal (%22; Faye ve ark, 2011), Etiyopya’da (%88,3; Yebyo ve ark, 2015) yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde ev doğumlarının daha yüksek oranlarda

olduğu görülmektedir. Hadjigeorgiou ve ark (2012)'nın veri tabanı tarayarak, kadınların doğum yeri seçimini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, yirmi bir çalışmanın on ikisinde kadınların daha güvenli olduğu gerekçesiyle hastanede doğum yapmak istedikleri bildirilmiştir. İsveç'te yapılan bir çalışmada, evde doğumumu seçen kadınların planlı sezaryen olan kadınlara göre karar verme sürecine katılımlarının daha fazla ve daha olumlu doğum deneyimi ifade ettikleri rapor edilmiştir (Hildingsson ve ark, 2010). Norveç'te yapılan Blix ve ark (2016)'nın çalışmasında ise, hem nullipar hem de multipar kadınların planlı bir ev doğumunda, evden hastaneye nakledildikleri ancak yine de, özellikle de sosyo - ekonomik durumu yüksek olan kadınların ev doğumlarını tercih ettiği bildirilmiştir. DSÖ 2018 yılında yayınladığı "Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerileri Rehberinde" ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) tarafından yayınlanan "Anne Dostu Hastane Programı" kriterlerinde kadınların doğumda sürekli sırt üstü yatar pozisyonunda kalmasından kaçınarak dikey pozisyonda ikinmaya teşvik edilmesi gerektiği bildirilmiştir (Ulusal Anne ve Bebek Dostu Hastane Kriterleri, 2018; World Health Organization, 2018c). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların %0,9'nun ayakta ve %2,2'nin çömelme pozisyonunda doğum yapmak istediği rapor edilmiştir (Uzel ve Yanıkkerem, 2018). Koçak ve Can (2010)'ın literatüre dayalı yaptıkları çalışmada doğum başlamadan önce düğmelerin ve saç örgülerinin açılması, doğum sırasında gebeye enerji sağlamaası için üzüm, badem ve ayva yedirilmesi, bebeğin çabuk doğması için teneke çalınması gibi çeşitli geleneksel uygulamalar bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre doğumun gerçekleşeceği yerin belirlenmesinde toplumsal kültür, eğitim düzeyi, sağlık kuruluşuna uzaklık, ulaşım sorunları, karar verme gücünün olmaması ve ulusal sağlık politikaları gibi birçok etkenin rol aldığı söylenebilir. Ayrıca hem ülkemizde hem de dünyada doğuma yönelik geleneksel uygulamaların devam ettiği görülmektedir.

Çalışmada bazı kadınların adölesan yaşı grubunda sezaryen doğum yaptıkları (%6,7) belirlenmiştir. Ayrıca sağlıklı doğum için hastane doğumunu tercih eden kadınların "*travay öncesi bireysel uygulamalar*" alt temasında "*doğum sancısı başladığında sıklaşmasını beklediğini, doğum ağrısını normal bir karın krampı gibi algıladığını ve ağrının geçmesini beklediğini*" ifade etmişlerdir. Tanzanya'da yapılan bir çalışmaya göre, latent fazda doğumhaneye kabul edilen gebelere daha fazla obstetrik girişimler yapıldığı, sezaryen oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Chuma ve ark, 2014). Kauffman ve ark (2016)'nın çalışmasına göre; gebelerin doğumhaneye kabulünde servikal dilatasyonun 4 cm'den daha az olduğunda oksitosin ve epidural kullanımı gibi tıbbi müdahaleler ile primer sezaryen doğum olasılığının arttığı bildirilmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda da adölesan yaşı grubunda

sezaryen doğum oranlarının (sırası ile; %14,36; %36,0; %52; %72) daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Malabarey ve ark, 2012; Karabulut ve ark, 2013; Topçuoğlu ve ark, 2014; Ayyıldız ve ark, 2015). Bu sonuçlara göre adölesan gebeliklerde ortaya çıkabilen obstetrik komplikasyonların ve elektif sezaryenlerin önlenmesi için doğum ağrısı ve sağlık kuruluşuna başvuru zamanı konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir.

Bu çalışmada kadınlar “*travay takibine yönelik uygulamalara uyum sağlama*”da, “*suni sancı verildiğini, alete bağlandığını, devamlı yatar pozisyonda olduğunu, bebeğin kalp seslerinin dinlendiğini, alttan muayene yapıldığını, nefes alma ve ikinma hareketi yaptırıldığını*” ifade etmiştir. Ayrıca bazı kadınlar “*sezaryeni kabullendirdiğini, sonda takılmasından korktuğunu ama sesini çıkarmadığını, doğumhanede ne söyledilerse yaptığını, bağırmamaya çalıştığını ve bacağını masada açarken zorlandığını ancak yapılan bu tıbbi uygulamalara uyum sağladığını*” gösteren ifadelerde bulunmuşlardır. Uzel ve Yanikerem (2018)'in çalışmasında bazı kadınların doğumhanede nefes alma - gevşeme teknikleri yaptırdığını, hareket etmesine izin verilmediğini ve istemediği halde serum takıldığını ifade ettiği bildirilmiştir. Perinatolojide kanıt dayalı uygulamaların bildirildiği bir sistematik derlemede, doğumun ilk evresinde gebenin hareket etmesinin ve pozisyon verilmesinin, doğum sırasında oral sıvı ve gıda alımı uygulamalarının faydalı olduğu ve doğumda Elektronik Fetal Monitörizasyon (EFM) kullanımının yararları konusunda ortak bir görüş birliğine gereksinim olduğu belirtilmiştir (Öztürk ve ark, 2014). Bu bulgulara göre gebelikte verilen eğitimlerle adölesanların doğuma hazırlanması ve böylece gelişebilecek bazı komplikasyonların önlenmesi sağlanabilir.

Bu araştırmada bazı kadınların doğum sonrası anne sağlığını korumak için yapılan uygulamaları “*doğum sonu bakım, bireysel uygulamalar ve geleneksel uygulamalar*” temaları altında toplanmıştır. Kadınlar tıbbi bakım ile ilgili olarak “*verilen ilaçları düzenli olarak kullandığını, kontrole gittiğini, insizyon yerine pansuman yaptığını, memeye cerrahi müdahale yaptıdığını ve meme başına krem sürdüğünü*” ifade etmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; annelerin bebek bakımı, doğum sonrası evde bakım, egzersizler, emzirme ve meme bakımı, dikiş ve perine bakımı, beslenme ve kanama kontrolü konusunda bilgi aldıkları bildirilmiştir (Dağ ve ark, 2013; Gürcüoğlu ve Vural, 2018). Ayrıca Sağlık Bakanlığı (2014) ve World Health Organization (2017b) doğum sonrası dönemde kadınlar hastaneden ayrılmadan taburculuk eğitiminin yapılması gerektiğini önermektedir. Bu sonuçlara dayanarak kadınlara doğum sonrası taburculuk eğitimi verilmesi ile anne sağlığının iyileştirilmesi konusunda olumlu etkisinin olacağı söylenebilir.

Bu çalışmada bazı kadınların “*bireysel hijyenine ve beslenmesine dikkat ettiğini, 3 ay cinsel ilişki yasağı uyguladığını, dinlendiğini ve egzersiz yaptığını*” ve “*meme ve perine bakımına yönelik geleneksel uygulamalar*” yaptıkları ifade edilmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda, Grigoriadis ve ark (2009)'nın doğum sonu döneme ait uygulamaları içeren 44 araştırmacıların incelendiği sistematik derlemede; sosyal destek, dinlenme, hijyen, diyet ve emzirme konularında kültürel uygulamaların yaygın olarak kullanıldığını bildirmiştirlerdir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar olup lohusanın hijyenine, beslenmesine, anne sütünün arttırılmasına ve kanama kontrolüne yönelik kültürel uygulamaların yapıldığı bildirilmiştir (Lafçı ve Erdem, 2014; Tülay ve Tanrıverdi, 2017; Altuntuğ ve ark, 2018). Bu sonuçlara göre özellikle yararları henüz kanıtlanmayan kültürel uygulamaların doğum sonrası dönemde kullanım konusunda adölesan lohusalara detaylı bilgi verilmesi adölesan lohusa ve yenidoğan sağlığının korunması bakımından önemlidir.

Bu çalışmaya dâhil edilen kadınların önemli bir kısmı adölesan dönemde doğum sonu kanama olduğunu ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise daha düşük oranlar bildirilmiştir (Bildircin ve ark, 2013; Martinez ve ark, 2015; Medhi ve ark, 2016; Ozdemirci ve ark, 2016). Bu sonuç, doğum sonrası kanamanın adölesan doğumlarda karşılaşılan önemli bir üreme sağlığı sorunu olduğunu gösterebilir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğu (%72,7) menarş yaşıının 12 - 13 olduğunu ifade etmiştir. Bazı kadınlar (%5,7) ise evlendikten sonra menarş olduğunu ve önemli bir kısmının (%4,9) bu deneyimini eş / kayıncı / görümce ile paylaştığını bildirmiştirlerdir. Etiyopya'da yapılan bir çalışmada ise kadınların %39'unun evlendikten sonra menarş olduğu rapor edilmiştir (Erulkar 2013). Diğer yandan adölesan evlilikleri ile ilgili yapılan birçok çalışmada menarş yaşıının evlilik öncesi ya da sonrası olduğuna ilişkin bulguya rastlanmamış ve “ruhsal ve fiziksel gelişimini tamamlamadan evlilik” şeklinde genelleme yapıldığı görülmüştür (Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012; Demirbağ ve ark, 2015; Güneş ve ark, 2016; Durdu ve Yelboğa, 2016; Medhi ve ark, 2016; Yount ve ark, 2016; Anik ve Barlin, 2017). Ancak bu çalışmalarda bildirilen evlilik yaşı (12 – 19 yaş) ve / veya ilk gebelik yaşı (13 – 19 yaş), bazı kadınların evlilik sonrası menarş olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuçlara göre konu ile ilgili daha çok araştırma yapılması önerilebilir.

Kadınlar, menstrüasyon döneminde enfeksiyon gelişmemesi için çoğunluğu (%78,3) ped, çamaşır ve genital bölge temizliğine özen gösterdiklerini, yaklaşık yarısı (%45,7) el hijyenine, bir kısmı da (%31,8) tuvalet temizliğine önem verdigini ve önden arkaya doğru taharetlendiğini ifade etmiştir. Genital hijyen davranışlarının incelendiği araştırmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Timur (2010), Ilgaz ve ark (2015), Ünal (2017) çalışmalarında

bazı kadınların önden arkaya doğru taharetlendiğini ve iç çamaşırı temizliğine dikkat ettiklerini bildirmişlerdir. Genital hijyen eğitimi verilen iki çalışmada ise eğitimden sonra kadınların hijyen davranışlarında olumlu değişiklikler olduğu bildirilmiştir (Tartaç ve Özkan, 2011; Koyun ve ark, 2013). Bu sonuçlara göre kadınların genital hijyen konusunda bilgi gereksinimi olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada kadınlar kadına yönelik şiddet dışında üreme sağlığı kapsamında yer alan diğer konularda bilgi kaynağı olarak “*sağlık çalışanı / kuruluşu, tanıdık sağlık çalışanı ve sağlık çalışanı dışında kaynakları*”nı göstermişlerdir. Ayrıca “*yakınlarından ve görsel – işitsel yayın organlarından*” bilgi alabileceklerini de ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan çalışmalarda erken yaşta evlenen kızların çoğunun cinsellikle ilgili bilgilerinin hiç olmadığı / çok az olduğu (Güler ve Küçüker, 2010; Soylu ve Ayaz, 2013; Aktepe ve Atay, 2017) ya da yetersiz / orta düzeyde bilgiye sahip oldukları bildirilmiştir (Demir ve Şahin, 2014; Çalışkan ve ark, 2015). Çalışmalarda aynı zamanda en sık başvurulan bilgi kaynağının akraba ve arkadaş (Güler ve Küçüker, 2010; Demir ve Şahin, 2014; Çalışkan ve ark, 2015) ile okul, sağlık personeli, aile, radyo – televizyon, magazin dergileri olduğu rapor edilmiştir (Demir ve Şahin, 2014; Çalışkan ve ark, 2015). Adölesan sağlığının incelendiği başka bir çalışmada adölesanların cinsellik ve üreme sağlığı bilgilerine aileleri, okul, dini kurumlar ve toplum merkezlerinden aldıkları bildirilmiştir (Hall ve ark, 2012). Ayrıca UNESCO (2011 ve 2013) raporlarında kişinin vücutu, ilişkileri, cinsel davranışları ve sağlığı konusunda eğitim alma hakkı olduğunu ve doğru bilgiye zamanında ulaşmanın da en önemli temel ilke olduğu bildirilmiştir. Karaçalı ve Özdemir (2018)'in çalışmasında kadınların önemli bir kısmının aile planlaması hakkında bilgi ve danışmanlık almak istediği bildirilmiştir. Karadağ ve ark (2013)'nın çalışmasında çoğu kadınının aile planlaması hakkında, hemşire, ebe, doktor, çevre ve komşusundan bilgi aldığı bildirilmiştir. Hindistan'da yapılan bir çalışmada çok az adölesanın kontraseptif yöntemleri bildiği açıklanmıştır (Medhi ve ark, 2016). Demirbağ ve ark (2013)'nın çalışmasında kadınların neredeyse tamamının gebelikte hiç eğitim almadığı rapor edilmiştir. Saracoğlu ve ark (2014)'nın üniversite öğrencilerine yaptıkları bir çalışmada CYBE ile ilgili sorulara çok az öğrencinin doğru yanıt verdiği belirtilmiştir. Çelik ve Kırca (2018)'nın çalışmasında kadınların infertilite konusunda bilgi kaynağı olarak, kitap, akrabalar, diğer hastalar, komşu / arkadaş, internet, radyo ve televizyonu gösterdikleri bildirilmiştir. Bu sonuçlar üreme sağlığı ve cinsellikle ilgili adölesanların yeterli doğru bilgiye ulaşamadıkları ve bilgi gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar üreme sağlığı konusunda eğitim programlarının düzenlenmesi gerektiğini gösterebilir.

Kadınlar, kadına yönelik şiddet haricinde diğer üreme sağlığı konularında “*sağlık çalışanı / kuruluşu, tanıdık sağlık çalışanı ve sağlık çalışanı dışında kaynaklardan*” yardım alabileceklerini söylemişlerdir. Aslan ve ark (2014)'nın çalışmasında üniversite öğrencilerinin birçoğu cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinden kendilerinin yararlanabileceğini bilmedikleri için bu hizmetleri hiç kullanmadıkları bildirilmiştir. Haliloğlu ve ark (2013)'nın çalışmasında infertilite konusunda özelleşmiş dal hastanelerine başvuranların eğitim düzeyi yüksek hastaların olduğu bildirilmiştir. Ulu ve ark (2015)'nın çalışmasında CYBE'den korunmak için yapılması gerekenlere bazı katılımcıların doğru yanıt verdiği ve CYBE ile ilgili şüphe durumunda da çögünluğunun doktora rahatlıkla başvurabileceği bildirilmiştir. Ateşer ve ark (2017)'nın gebelikten korunma yöntemi kullanımlarının sorgulandığı çalışmasında 20 yaş altındaki kadınların herhangi bir yöntem kullanmadığı ve tüm yaş grupları için karşılaşılan sağlık sorunlarında ilk olarak sağlık kuruluşlarına başvuru yapmayı düşündüğü bildirilmiştir. Altuntuğ ve ark (2018)'nın çalışmasında doğum sonrası dönemde bir sorunla karşılaşlıklarında kadınların bazıları etkisi kanıtlanmamış geleneksel ve spiritüel yöntemlere başvurdukları bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların üreme sağlığı konusunda herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşlıklarında yardım alabilecekleri yerler konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları söylenebilir. Kadınların olası sağlık sorununda doğru kaynaklardan yardım alamamaları önemli üreme sağlığı sorunlarına neden olabilir.

Çalışmada bazı kadınlar evliliğin başlangıcında “*cinsel yaşamlarında zorlandıklarını*” söylemişlerdir. Ancak ilerleyen yıllarda “*eşleriyle cinsel uyum içinde olduğunu, karşılıklı isteklerini yerine getirdiklerini, birbirini memnun ettiklerini, anal / oral seks yaptıklarını ve eşine hoşuna giden / gitmeyen davranışlarını söyleybildiklerini*” ifade etmişlerdir. Adölesan evliliklerin incelendiği çalışmalarda, kendisinden yaşça büyük erkeklerle evlendirilen kız çocuklarında, cinsel organların anatomik açıdan uyumsuzluğuna bağlı olarak vajinal travmalar görülebildiği belirtilmiştir (Ardahan ve Sarı, 2016). Yaş farkının çok daha fazla olduğu adölesan evliliklerde kadın ve erkeğin birbirlerini anlamakta güçlük yaşadıkları, çocuk evliliği yapmış olmanın ve ilk cinsel deneyimin erken yaşlarda olmasının cinsel sorunlara neden olacağını, dolayısı ile çift uyumunu önemli ölçüde etkilediği bildirilmiştir (Güneş ve ark, 2016). Aynı çalışmada kendilerinden yaşça büyük erkeklerle evlenen kadınlarda cinsel uyumsuzluk ve cinsel sorunların yaşanabileceği rapor edilmiştir. Ghosh ve ark (2017)'nın çalışmasında yaş ortalaması 16 olan kadınların evliliklerinin başlangıcında uyum sorunu yaşadıkları açıklanmıştır. Bu sonuçlara göre adölesan bireylerin, fizyolojik ve psikolojik olarak gelişimini tamamlamadan yapılan evliliklerden dolayı eşi ile uyum sağlamada zorlandıkları ve daha fazla cinsel sorun yaşadıkları söylenebilir.

Bu araştırmada kadınların bir kısmı “*sıklıkla cinsel şiddet gördüklerini, eşe karşı cinsel sorumluluk ya da zorunluluk duygusu ile hareket ederek eşlerinin istediği gibi davranışlarını, ağrı nedeniyle aslında cinsel ilişki istemediklerini ancak zorunluluktan eşi başkasına gitmesin diye istiyormuş gibi yaptıklarını, yoğunlukla istemeyerek oral ve / veya anal sekse izin verdiklerini ve eşlerine isteklerini söyleyemediklerini*” belirtmişlerdir. Ayrıca kadınlardan bazıları “*rahatsız edici cinsel ilişkiye zorlandıklarını ve eşleriyle iletişim kuramadıklarını*” söylemişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü çocukluk döneminde yapılan evlilikleri çocuk istismarı olarak tanımlamıştır (World Health Organization, 2015). Duman ve ark (2017)'nın hekimlerin erken yaşta evliliklere yönelik farkındalıkları ve tutumlarının incelendiği çalışmasında hekimlerin çoğunluğunun (%82,1) erken yaşlardaki evlilikleri “*aslında çocuğun cinsel olarak istismar edilmesi*” şeklinde tanımladıkları bildirilmiştir. Ayaz ve ark (2012)'nın çalışmasında erken yaşta evlenmiş çocukların istismar edildiğini bildirmişlerdir. Erulkar (2013) da çalışmasında çocuk yaşta evlenen kadınların diğer yaş grubundaki kadınlara göre cinsel ilişki isteklerinin oldukça düşük ve cinsel isteklerini söylemede zorluk yaşadıklarını bildirmiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmada ise adölesan dönemde kendilerinden yaşça büyük erkeklerle evlenen kadınlarda cinsel uyumsuzluk ve cinsel sorunların yaşanabileceği belirtilmiştir (Güneş ve ark, 2016). Bu sonuçlar, adölesan evliliklerde erken yaşlarda gerçekleşen cinsel birelilik sonucu cinsel yaşamın olumsuz etkilendigini ve sağlıklı cinsel yaşam davranışlarını geliştiremediğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmakla ilgili uygulamalara yönelik bazı kadınlar “*güvenli olmayan yöntem (emzirme, geri çekme ve takvim yöntemi)*” kullandıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde kadınlar arasında geri çekme ve / veya takvim yönteminin yaygın olarak kullanılmakta olduğu görülmektedir (Oltuluoğlu ve ark, 2012; Seçkiner ve ark, 2013; Demirbağ ve ark, 2014; Cheung ve ark, 2015; Ateşer ve ark, 2017; World Health Organization, 2018b). Dünya Sağlık Örgütü raporunda da Latin Amerika, Avrupa, Asya ve Afrika ülkelerinde adölesan kadınların etkili gebelikten korunma yöntemi kullanım oranlarının oldukça düşük olduğu bildirilmiştir (World Health Organization, 2017a). Güvenli olmayan bu yöntemler herhangi modern bir yönteme ulaşılmadığında bireylerin kolayca kullanabileceği etkisi sınırlı yöntemlerdir. Bu nedenle bu yöntemleri kullanan kadınlara modern ve etkili yöntemler konusunda bilgi verilmesi gerekmektedir.

Bu araştırmada kadınların bir kısmı, “*istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmak için modern aile planlaması yöntemi*” kullandıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca bazı kadınlar yöntem kullanım sırasında; “*hapla dış gebelik, RİA dislokasyonu, emzirme sırasında*

gebelik, yöntemleri devam ettirememek gibi yöntemlerle ilgili problemler yaşadığını, yönteme ulaşamadığını, aile bireyleri tarafından gebelikten korunma yöntemi kullanmasına izin verilmediğini" ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde kadınların istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmak için modern aile planlaması yöntemi kullandıkları rapor edilmiştir (Oltuluoğlu ve ark, 2012; Seçkiner ve ark, 2013; Ulu ve ark, 2015; Çetişli ve ark, 2016; Medhi ve ark, 2016; Yılmaz ve ark, 2018) Aynı konunun incelendiği çeşitli çalışmalarda benzer şekilde kadınların gebelikten korunma yöntemi kullanım sırasında yöntemle ilgili problemler yaşadığı sonuçları bildirilmiştir (Seçkiner ve ark, 2013; Ateşer ve ark, 2017; Yılmaz ve ark, 2018). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların yöntem kullanmasına izin verilmediği ve / veya eşinin karar verdiği bildirilmiştir (Seçkiner ve ark, 2013; Karadağ ve ark, 2013; Karaçalı ve Özdemir, 2018). Bu sonuçlara göre kadınların modern yöntem kullanımının istenen düzeyde olmadığı, bazı kadınların yönteme ulaşımında sorunlar yaşayarak karşılanmayan gereksinimleri olduğu söylenebilir. Gebelikten korunma yöntemlerinin kullanılmana nedenlerinin çözümüne yönelik geliştirilecek hizmet sunumlarına eşlerin de katılımının sağlanması yönünde planlamaların yapılması istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerin önlenmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca sağlık profesyonelleri tarafından gebelikten korunma yöntemi kullanırken karşılaşabilecek yan etkilerin kadınlara hizmet sunumu sırasında açıklanması yöntem kullanımının sürekliliğini sağlayabilir.

Bu çalışmada kadınların çoğunluğu sağlıklı gebelik geçirmek için yaptıkları uygulamalarda "*düzenli olarak gebelik kontrolü yaptırdıklarını ve doktor önerilerini yerine getirdiklerini*" ifade etmişlerdir. Bazı kadınlar da "*gebelik kontrolünü düzenli olarak yaptıramadıklarını*" belirtmişlerdir. Ülkemizde yapılan en geniş çaplı sağlık çalışması olan TNSA (2013)'nda 20 yaş altındaki gebeler arasında sağlık personelinden en az bir kez doğum öncesi bakım alanların oldukça yüksek oranlarda olduğu (%94,0), ancak bölgeler arasında farklılıklar olduğu bildirilmiştir (Ergöçmen ve ark, 2014). Daha önce yapılan çalışmalarda adölesan gebeliklerde doğum öncesi bakım alanların ortalaması oldukça düşük bildirilmiştir (Karabulut ve ark, 2013; Leppalahti ve ark, 2013). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da adölesan gebelerin yetişkin gebelere göre daha az doğum öncesi bakım aldılarını bildirmiştir (Fleming ve ark, 2013; Ozdoğan ve ark, 2015; Medhi ve ark, 2016). Bu sonuçlar dünyada ve ülkemizde adölesan gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanması bakımından bölgeler ve ülkeler arasında farklılıklar olduğunu göstermektedir. Bu durumda nitelikli ve yeterli sayıda doğum öncesi bakım ile anne ve bebek sağlığının geliştirilmesi ve ölümlerin azaltılması açısından önemli olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada bazı kadınlar gebelikte “*saç boyama, makyaj yapma ve protez tırnak kullanımı*” gibi kozmetik ürün tüketimini bıraktığını ifade etmiştir. Arıca ve ark (2017)'nın çalışmasında bazı gebelerin oje / tırnak cilası, aseton gibi kozmetik ürünler kullanmaya devam ettiklerini belirlemişlerdir. Aynı çalışmada gebelikte, kozmetik ürünlerin kullanımına bağlı olarak embriyo ve fetüsün gelişme döneminde daha yoğun etkileneceği bildirilmiştir. Yıldız ve Abuaf (2013)'ın literatür incelemesi ile yaptıkları çalışmasında da kadınların gebelik boyunca ortalama 1,7 kozmesötik ürün kullandığı bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre gebelikte kozmetik ürün kullanımı gebe ve fetüs açısından önemli bir sorun olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada bazı kadınların mevcut ya da geçirilmiş CYBE'si olduğu saptanmıştır. Literatürde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların, adölesan evlilikleri sonucu cinsel eylemin erken yaşlarda başlamasının risklerinden olduğu ve 15 - 24 yaşları arasındaki kişilerde görülmeye oranının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Sevencan ve ark, 2012; Aslan ve ark, 2014; Cheung ve ark, 2015; United Nations Population Fund, 2017; Hull ve ark, 2017). Dünya Sağlık Örgütü raporunda, her yıl 20 gençten birinin tedavi edilebilir bir CYBE'ye yakalandığını bildirmiştir (World Health Organization, 2017a). Bu konuda Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tedavi Rehberleri (2015) ve CDC (2017) cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisinin tam doz olması ve tüm cinsel partnerlerin de tedavi edilmesi gerektiği önerilmektedir (Aydoğan ve ark, 2015; Center for Diseases Control and Prevention, 2017). Bu sonuçlara dayanarak adölesan evliliklerde cinsel aktivitenin erken yaşlarda başlamasından dolayı CYBE yönünden risk taşıması bakımından önemli bir sorun olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada kadınların bir kısmı genital enfeksiyon / cinsel yolla bulaşan enfeksiyon gelişmesini önlemek için “*genel hijyen kurallarına ve genel sağlığı korumaya dikkat ettiklerini, cinsel ilişki yasağı uyguladıklarını, bariyer yöntem kullandıklarını ve geleneksel uygulamalar*” yaptılarını ifade etmişlerdir. Ayrıca bazı kadınlar “*ilaç kullandığını ve / veya eşiley birlikte tedavi olduğunu*” ifade etmiştir. Saracoğlu ve ark (2014)'nın üniversite öğrencilerine yaptıkları çalışmasında cinsel aktif öğrencilerde kondom kullanımının düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir. Girls not Brides (2016a)'ın raporunda adölesan evliliklerinin CYBE yönünden riskli olduğu bildirilmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalarda CYBE'den korunmak için yapılması gerekenlere katılımcıların verdiği yanıtlar; hastalığı bulaştırma ihtimali olan riskli kişilerle ilişkiye girmemek (Demir ve Şahin, 2014), kondom kullanmak (Hall ve ark, 2012; Demir ve Şahin, 2014; Dessie ve ark, 2014; Ulu ve ark, 2015; Çalışkan ve ark, 2015; Cheung ve ark, 2015), kimseyle cinsel ilişki kurmamak (Demir ve Şahin, 2014) ve

gebeliği önleyici hap kullanmak (Demir ve Şahin, 2014; Çalışkan ve ark, 2015) olarak rapor edilmiştir. Bu sonuçlar adölesan grubun CYBE yönünden risk grubunda ve bilgi gereksinimi olduğunu göstermektedir.

Çalışmada kadınlar sağlıklı cinsel yaşam ve genital enfeksiyon / cinsel yolla bulaşan enfeksiyon gelişmesini önlemek için tek eşli olduklarını bildirmiştir. Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde genital enfeksiyon / cinsel yolla bulaşan enfeksiyondan korunmada tek eşliliğin önemi açıklanmıştır (Dessie, 2014; Demir ve Şahin, 2014; Saracoğlu ve ark, 2014; Çalışkan ve ark, 2015). Özel bakım gerektiren gruplardan olan adölesanlara yönelik bu konuda eğitimlerin yapılması kadın sağlığının korunması ve iyileştirilmesi yönünden önem taşımaktadır.

Bu çalışmada bazı kadınların infertilite gelişmesini önlemek için “*doktora başvurduğu / tedavi gördüğü, soğuktan korunduğu, genel hijyen kurallarına uyduğu, madde kullanımını bıraktığı, cinsel ilişkide düzenlemeler yaptığı ve kısırlık yapacağı ön yargısı ile doğum kontrol hapi / RIA kullanmadığı*” tespit edilmiştir. Kocaöz ve ark (2013)'nın çalışmasında bazı kadınların infertilite sorunu ile karşılaşıkları için doğum sonrası dönemde gebelikten korunma yöntemi kullanmayacakları belirtilmiştir. Karasu ve ark (2017)'nın çalışmasında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavi edilmez ise infertilite gelişebileceğine katılımcıların yaklaşık yarısının doğru yanıt verdiği rapor edilmiştir. Haliloglu ve ark (2013)'nın çalışmasında infertilite gelişiminde madde kullanımının önemli olduğu belirtilmiştir. Çelik ve Kırca (2018)'nın araştırması ile Kurdoğlu (2011)'nun olgu sunumunda kadınların infertiliteden korunmak ya da tedavi olmak için tamamlayıcı / destekleyici / geleneksel bakım uygulamaları yaptıkları bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da adölesan dönemde yapılan evlilikler sonucunda cinselliğin erken başlaması ile birlikte gelişebilecek CYBE, güvenli olmayan düşükler ve doğumlar, yetersiz hijyen koşulları ve madde kullanımını nedeniyle infertiliteye neden olabileceği bildirilmiştir (Girls not Brides, 2016b; World Health Organization, 2017a). Bu sonuçlara göre adölesan evliliklerin infertilite gelişme riski açısından önemli bir üreme sağlığı sorunu olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada kadınların yaklaşık yarısı (%40,8) eşi, kayınvalidesi, kayınpederi, babası, üvey annesi ve eniştesi tarafından şiddet uyguladığını ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan araştırmalar incelendiğinde adölesan yaş grubunda evlenen çocukların her türlü şiddetle karşılaşma risklerinin olduğu görülmektedir (Şenol ve Yıldız, 2013; Ergöçmen, 2015). Banglades'te yapılan bir çalışmada çocuk yaşıta evlenmiş olan çoğu kadının (%78,9) eşi tarafından şiddet uyguladığı bildirilmiştir (Youth ve ark, 2016). Güney Asya'daki 34 ülkenin sağlık verilerinin incelendiği bir araştırmada çocuk yaşıta yapılan evliliklerin eş şiddeti

bakımından risk faktörü olduğu rapor edilmiştir (Kidman, 2016). Literatürde çocuk yaşıta evlendirilen kızların yaygın bir şekilde eşi tarafından şiddete / istismara uğradığı bildirilmiştir (Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012; Soylu ve Ayaz, 2013). Güneş ve ark (2016)'nın çalışmasında çocuk yaşıta evlenenlerin kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha fazla fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıkları rapor edilmiştir. Durdu ve Yelboğa (2016) ile Anık ve Barlin (2017)'in nitel çalışmalarında kadınlar eş, baba ve üvey baba tarafından şiddet gördüklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuçlara göre çocuk yaşıta yapılan evliliklerin, sadece ülkemizde değil, dünyanın farklı coğrafyalarında da rastlanan en önemli toplumsal sorunlardan olduğu söylenebilir. Ayrıca çocuk yaşıta evlendirilme sonucunda çocukların eğitimlerini tamamlayamayıp; evde sömürü, şiddet, istismar ve yoksulluk içinde yaşamak zorunda kalmaktadırlar.

Bu çalışmada bir kadın henüz çocuğu olmadığı için kayınvalidesi ve kayınpederi baskısından ailesinin evine geri gönderileceği korkusuyla, bir kadın da eş şiddeti nedeniyle intihar girişiminde bulunarak ilaç içtiğini ifade etmiştir. Alanyazında adölesan dönemin çocukluk çağından yetişkinliğe geçiş süreci olduğu, kızlarda menarş sonrası iki yıl anovulatuvar siklustan ovulatuvar siklusuna geçiş dönemi olduğu bildirilmektedir (Taşkın, 2014). Bu konuda yapılan araştırmalar normal ovulasyonun belirlenmesinin infertil çiftlerin incelenmesindeki ilk aşamalardan biri olduğu bildirilmiştir (Haliloglu ve ark, 2013). Soylu ve Ayaz (2013) ve Gage (2013)'nin çalışmasında erken yaşıta evlendirilmiş olgular arasında evlilik sonrası intihar düşüncesinin geliştiği ve bazlarında intihar girişiminin gerçekleştiği bildirilmiştir. Yeloğlu ve ark (2012)'nin olgu sunumunda 15 yaşında evlenmiş olan bir kadının iki kez intihar girişimi olduğu bildirilmiştir. Anık ve Barlin (2017)'in nitel çalışmasında 13 yaşında evlenmiş olan bir kadın da intihar girişimi olduğunu ifade etmiştir. Bu sonuçlara göre adölesan evliliklerde intihara yatkınlık açısından dikkatli olunması ve önlem alınması gereği düşünülebilir.

Çalışmada bazı kadınlar kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi alma durumlarını “*dayak olabilir, dayaktır şiddet, vurmaktır şiddet, dayağın ne bilgisini alacağım, adamın dövmesidir*” olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca kadınların bir kısmı bilgi kaynağı olarak “*televizyon, arkadaş, çevre, anne – baba*” göstermiş, bir kadın da belediyenin konu ile ilgili “*seminerine katıldığını*” söylemiştir. Bu konuda ülkemizde yapılan en geniş çaplı araştırma olan Kadına Yönelik Şiddet Araştırması'nda, kadınların şiddeti çoğunlukla televizyondan öğrendikleri bildirilmiştir. Kadınların yardım kurumları hakkında çok az bilgi sahibi olduğu ve çeşitli ön yargılardının bulunduğu da bildirilmiştir (Ergöçmen, 2015). Öztürk ve Toprak (2017)'nın çalışmasında kadın sağlık çalışanlarının şiddet görmelerine rağmen kendileri ve karşılaşıkları

başvuranlar için yaklaşımlarının nasıl olacağı konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu bildirilmiştir. Avşar (2017)'ın çalışmasında kadınlar şiddetle karşılaşlıklarında, bu alanda sunulan sığınmaevi gibi hizmetler ile sığınmaevine ulaşmak için aranacak iletişim yerleri ve hakları konusunda bilgilerinin olmadığı rapor edilmiştir. Doğutaş ve Doğutaş (2014)'ın çalışmasında bazı kadınların şiddet yaşadıklarında yapmaları gerekeni bilmedikleri bildirilmiştir. Kadına yönelik aile içi şiddet araştırmasında (Ergöçmen, 2015) polis en yaygın bilinen kurum olarak bildirilmiştir. Başkale ve Sözer (2015)'in çalışmasında da kadınların çoğunun ne yapması ve nereye başvurması gerektiğini bilmedikleri için yaşadıklarını ya aile ve arkadaşlarına ilettikleri ya da hiç kimseyle paylaşmadıkları bildirilmiştir. Şahin ve Dündar (2017)'ın çalışmasında ise kadınların şiddetle karşılaşlıklarında davranış biçimleri sorulduğunda, çoğu susarak alttan aldığı belirtmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların konu ile ilgili önemli ölçüde bilgi eksikliği olduğu söylenebilir.

Çalışmada kadınlar kadına yönelik şiddetle ilgili *"emniyet kurumlarından, kadına yönelik şiddetle ilgili kurumlardan ve sağlık kurumlarından"* yardım alabileceklerini belirtmişlerdir. Bu konuda yapılan araştırmalarda kadınlar artık dayanma gücünün kalmadığını düşündükleri zaman resmî kurumlara, sivil toplum kuruluşlarına (Ergöçmen, 2015), karakola, adliyeye, herhangi bir sağlık kuruluşuna ve belediyeye (Koşgeroğlu ve ark, 2015) başvurdukları bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar da sürekli fiziksel şiddete maruz kalan bazı kadınların hiç kimseye söylemediği belirtilmiştir (Şahin ve ark, 2012; Şenol ve Yıldız, 2013; Ergöçmen, 2015). Şenol ve Yıldız (2013)'ın çalışmasında bazı kadınlar şiddet gördüklerinde, ev halkı dışındakilerden yardım istemenin aile sırrını dışarıya taşıma, toplumsal rol eksikliği ve dezersiz hissetme nedeniyle kendilerini suçladıkları bildirilmiştir. Doğutaş ve Doğutaş (2014)'ın çalışmasında bazı kadınların şiddet görünce polise başvurduğu, bu kadınların da çoğunuğunun boşandığı bildirilmiştir. Türkiye Aile Yapısı Araştırması (Beşpinar, 2014) raporunda kadınların şiddetle karşılaşlıklarında; aile büyükleri, çocukları, uzman kişi veya kurumları (psikolog, aile ve evlilik danışmanı), kardeşleri, akrabaları, arkadaşları, komşuları ve din adamlarını yardım kaynağı olarak bildirmişlerdir. Bu sonuçlara göre kadına yönelik şiddet önemli bir kadın sağlığı sorunu olmaya devam ettiği söylenebilir.

Bu çalışmada bazı kadınların şiddetten korunmaya yönelik uygulamaları *"sağlık kurumu / çalışanına başvuran ve adli kuruma başvuran"* alt temalarında incelenmiştir. Alanyazında, gelenekler, kadının statüsünün düşük olması ve ekonomik özgürlüğünün olmaması gibi nedenlerle kadına yönelik şiddet çoğunlukla gizli tutulduğu bildirilmiştir (Ayaz ve ark, 2012; Şenol ve Yıldız, 2013). Şahin ve ark (2012)'nin ve Şahin ve Dündar (2017)'in

çalışmasında şiddet durumunda çok az kadının polise / savcılığa başvurduğu bildirilmiştir. Bu konuda yapılan nitel bir çalışmada şiddete uğrayan kadınların çoğunuğu öncelikle polis / karakol ve STK'lara başvurmaktı ancak görevlilerin negatif toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısı nedeniyle sorun yaşadıklarını, bu kurumlarda polislerin kendilerine rehberlik ve destek olmak yerine evlerine geri gönderilerek şiddet uygulayan eş ile uzlaşturma ve barıştırma yönünde davranış sergiledikleri bildirilmiştir. Aynı çalışmada bazı kadınların şiddet gördüklerinde kadın konukevine / sığınmaevine gelerek rahatladıklarını, rehberlik ve danışmanlık aldılarını, kadın konukevinde / sığınmaevinde kalan kadınlarla görevliler arasında hiyerarşi olmadığını, kendilerine ayrımcılık gösterilmediğini ve kendine olan güveninin yenilendiğini bildirdikleri rapor edilmiştir (Ergöçmen, 2015). Kadına Yönelik Şiddet Değerlendirme Raporu'nda da kadınlar polislerin ve kolluk güçlerinin olumsuz davranışlarını bildirdikleri açıklanmıştır (Sakallı ve ark, 2017). Bu konuda yapılan diğer bir çalışma (Avşar, 2017) sığınmaevine gitmek isteyen kadınlara karakoldaki polislerin sığınmaevi hakkında olumsuz görüş bildirmeleri sonucu gidemediklerini, bazlarının da ısrarlar sonucu gidebildikleri bildirilmiştir. Kadına yönelik şiddetle ilgili Şenol ve Yıldız (2013)'ın çalışmasında polis ve jandarmada aile içi şiddete duyarlılık geliştiği ve telefonla şiddet varlığı bildirildiğinde ya da yardım istediği yetkililerin olay yerine gelerek müdahale ettiği bildirilmiştir. Kadın sağlık personellerinin kadına yönelik şiddet hakkında bilgi tutum ve davranışlarının incelendiği Öztürk ve Toprak (2017)'ın çalışmasında katılımcıların çoğunuğu kendilerinin de şiddetin herhangi bir türünü yaşamış olmalarına rağmen hastanede şiddet görmüş kadın başvurduğunda kendilerini yetersiz hissetmeleri nedeni ile sevk ettikleri rapor edilmiştir. Bu sonuçlara göre şiddet gören kadınların kamu kurum / kuruluşlarına başvuruları oldukça az olduğu ve başvuranların da yeterli destek alamadıkları söylenebilir.

Bu çalışmada bazı kadınların “*gebelikte fiziksel şiddet (viçuda vurulan / darp edilen vb)*” gördüğü belirlenmiştir. Şen ve ark (2012)'nın bu konuda yaptığı çalışmada sağlık profesyonellerinin hepsi gebelikte şiddetin bir sağlık sorunu kapsamında olduğunu ve şiddeti tanılamada kendilerini yeterli gördüklerini bildirmiştir. Şahin ve Dündar (2017)'ın çalışmasında da bazı kadınların gebelikte şiddet gördüğü rapor edilmiştir. Kadına yönelik aile içi şiddet araştırmasında Eryurt ve ark (2015)'nın Türkiye genelinde, bazı kadınların gebeliği sırasında da eş ya da partneri tarafından fiziksel şiddete uğradığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada sağlık personelinin, sağlık kurum / kuruluşlarına başvuran kadınarda şiddetten şüphelenme durumunda onları sorgulamak, ön değerlendirmelerini yapmak, gerekli kurum ve kuruluşlar hakkında bilgi vermek ve yönlendirmek ile yükümlü oldukları bildirilmiştir. Buna rağmen

bazı kadınların sağlık personelinin davranışlarından memnun olmadığı da belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre aile içi kadına yönelik şiddet önemli bir anne ve çocuk sağlığı sorunu olmaya devam etmekte olup çoğu sağlık çalışanının şiddete karşın kayıtsız kaldığı ya da kadını yargılar şekilde davrandığı söylenebilir.

Bu çalışmada bazı kadınlar şiddetten korunmak için önleyici uygulamalar olarak “*eşinin istediği gibi davranışını, kendini güçlendirmeye çalıştığını, eş ile iletişim kurduğunu, deneyime dayalı öneriler geliştirdiğini ve kendini savunduğunu*” ifade etmişlerdir. Ayrıca bir kadın da eşinden şiddet görünce kayınpederine söylediğini belirtmiştir. Alanyazında, Ergöçmen (2015)'in bu konuda yaptığı çalışmada şiddet mağduru kadınların genellikle kendi ailelerine, arkadaşları veya komşularına söyledikleri, şiddeti erkeğin ailesine anlatanların çok nadir olduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada (Şenol ve Yıldız, 2013) kadınların dayak varsa eşler boşanmalıdır şeklinde ifade ettiği söylemiştir. Türkiye Aile Yapısı Araştırması (Beşpinar, 2014) raporunda kadınların şiddete tepki olarak, mekanı terk etme, zor / fiziksel şiddet kullanma, sesini yükseltip bağırmaya, küsme, yatağını ayırma, eşini azarlama, hakaret etme ve zor kullanma gibi davranış gösterdikleri bildirilmiştir. Köşgeroğlu ve ark (2015)'nin çalışmasında kadınların çoğunuğu şiddet mağduru olmalarına rağmen şiddet karşısında tepki göstermediği bildirilmiştir. Şahin ve ark (2012)'nin çalışmasında kadınların bazlarının karşılık verdiği ya da kabullendiği, bir kadın ise boşandığı bildirilmiştir. Şahin ve Dündar (2017)'in çalışmasında yaşanan şiddet sonucu tedavi gerektirecek düzeyde yaralanma olmasına rağmen kadınların yaklaşık yarısı bu konuyu kimseye anlatmamış, susarak ya da sözle tepkilerini gösterdikleri rapor edilmiştir. Basar ve Demirci (2018)'nin çalışmasında kadınların birçoğunun hiç tepki göstermediği, bir kısmının yanıt verip polise gittiği ve evden ayrıldığı bildirilmiştir. Başkale ve Sözer (2015)'in çalışmasında ise kadınlar şiddete karşılık verdiği ve şiddet gören kişinin karşısındakine benzer şekilde davranışlığını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlara göre kadınların, korku, şiddetin duyulmasını istememe ve kurumlardan yeterli yardım alamama gibi nedenlerle resmi kurumlara başvurmak istemedikleri görülmektedir. Şiddetle ilgilenen tüm kurum ve kuruluşların çalışanlarına yönelik eğitimler yaparak farkındalıklarının artırılması sağlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Adolesan dönemde evlenmiş olan kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemek amacıyla karma yöntem olarak yapılan bu araştırmada nicel ve nitel yöntemler birleştirilerek sonuçları aşağıda verilmiştir:

Kadınların, eşlerinin ve ailesinin tanıtıcı özelliklerine ilişkin sonuçlar

- Kadınların yaş ortalamasının $26,62 \pm 5,5$ (Aralık: 18 - 35) ve çoğunluğunun ilköğretim mezunu,
- Kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması $16,11 \pm 16,00$ olduğu ve 1 kadının 12 yaşında ilk evliliğini yaptığı, kadınların bir kısmının eşiyle akraba olduğu,
- Araştırmaya katılan kadınların büyük bir kısmının çekirdek ailede yaşadığı ve algılanan gelir düzeyinin düşük olduğu,

Kadınların üreme sağlığı özellikleri ve davranışlarına yönelik sonuçlar

- Araştırmada kadınların ilk gebelik yaş ortancasının $18,00 \pm 0,16$ ve önemli bir bölümünün ilk gebelik yaşıının 13 - 19 yaş arasında olduğu,
- Çalışmada gebelik yaşayan kadınların öykülerinde yüksek tansiyon, gebelikte diyabet ve enfeksiyon bulunduğu,
- Kadınların doğum ortalaması $1,66 \pm 0,69$, %75,2'sinin vajinal doğum yaptığı ve %7,6'sının evde doğum öyküsünün olduğu,
- Kadınların büyük çoğunluğunun menarş yaşıının 12 - 13 olduğu ve menarş sırasında korku / endişe / kaygı yaşadığı, bazlarının evlendikten sonra menarş olduğu,
- Kadınların çoğu menstrüasyon döneminde enfeksiyon gelişmemesi için sık ped / çamaşır değiştirdiği / genital bölgeyi temizlediği,
- Kadınların çoğunluğunun eşinin isteklerini yerine getirdiği,
- Bu çalışmada kadınlar kadına yönelik şiddet dışında üreme sağlığı kapsamında yer alan diğer konularda bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanı / kuruluşunun gösterildiği,

- Kadınlar, kadına yönelik şiddet haricinde diğer üreme sağlığı konularında sağlık çalışanı / kuruluşundan yardım alabileceğini bildirdiği,
- Kadınların cinsel yaşamla ilgili uygulamalarında çoğunuğunun eşleri ile cinsel uyum gösterdiği,
- Kadınların istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunma ile ilgili olarak nicel bölümde geri çekme / takvim yönteminin, nitel bölümde ise modern yöntemlerin kullanıldıklarını bildirdikleri,
- Kadınların sağlıklı gebelik geçirmeye ilişkin olarak çoğunuğunun sağlıklı yaşam aktivitelerine uyduğu, düzenli gebelik kontrolü yaptırdığı,
- Kadınların sağlıklı doğum yapmak için önemli bir kısmının bireysel uygulamalar yaptığı,
- Kadınların doğum sonrası anne sağlığını korumak için yapılan uygulamalarda bireysel hijyene dikkat edildiği ve doğum sonu bakım yapıldığı,
- Kadınların çoğunuğunun düşük / küretajla ilgili sağlığını korumak için olumlu uygulamalar yaptığı,
- Kadınların genital enfeksiyon / CYBE gelişmesini önlemek için bir kısmının genel hijyen kurallarına uyduklarını,
- Araştırmada infertilite gelişmesini önlemek için bazlarının kısırlık yapacağı ön yargısı ile doğum kontrol hapı / RİA kullanmadığı,
- Kadınların şiddet ile karşılaşma durumlarının dağılımı incelendiğinde %40,8'inin şiddet ile karşılaştığı,
- Kadınların %62,0'ı eşi tarafından şiddet uygulandığı,
- Kadınların çoğunuğunun kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi alma durumlarının “*genel bilgi / deneyim*” alt temasında toplandığı,
- Kadınların kadına yönelik şiddetle ilgili olarak çoğunuğu emniyet kurumlarından yardım alabileceğini bildirdiği,
- Kadınların kadına yönelik şiddetten korunmaya yönelik ifadelerinden önemli bir kısmının “*önleyici uygulamalar*” alt temasında toplandığı sonuçları çıkarılmıştır.

6.2.Öneriler

Adölesan dönemde evlenmiş olan kadınların üreme sağlığı davranışlarının incelendiği bu çalışmada, adölesan yaşta evlilik nedeniyle kadınarda ciddi üreme sağlığı sorunlarının yaşandığı sonuçlarına dayalı olarak,

- Ebelerin başvurularda adölesanların özgeçmişini detaylı bir şekilde sorgulamaları, evlilik ve / veya gebelik öykülerinde istismar şüphesi ile yaklaşarak incelemeleri ve kapsamlı bir şekilde değerlendirmeleri,
- Ebelerin hizmet sunumu sırasında, adölesan dönemde evlenen kadınların üreme sağlığını etkileyebilecek ilk cinsel aktivite yaşı, evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, doğum sayısı, isteyerek / kendiliğinden düşük durumu, doğum şekli, sağlık personeline ulaşılabilirliği, gebelikten korunma yöntemi kullanma durumu, CYBE, infertilite ve şiddet gibi öykülerini göz önünde bulundurmaları,
- Ebelerin adölesan evlilik yapmış olan kadınların bu dönemde ve sonrasında yaşadığını ifade ettiği sorumlara her zaman kuşku ile yaklaşmaları, tüm detayları ile değerlendirmeleri ve yapılması gerekenlere karşın hazırlıklı olmaları,
- Örgün ve yaygın eğitim birimlerinde görev yapan ebelerin hizmet içi eğitim programlarında adölesan evliliklerin üreme sağlığı üzerine etkisi, önemi ve sonuçları konularına yer vermeleri ve sağlık çalışanları ile toplumun bu konudaki farkındalıklarını artırmaları,
- Sağlık yönetici ve politika geliştiricilerin adölesan evliliklerin önlenmesi, evlilik gerçekleşmeden tespit edilmesi, evlenmiş olan kadınlar için destek ve danışmanlık birimlerinin kurulmasını sağlamaları ve bu konuda bilimsel araştırmalar yapılarak bilgi gelişimini destekleyici düzenlemeler yapmaları,
- Yerel yönetim ve Sivil Toplum Kuruluşları'nın, toplumda adölesan evlilikleri konusunda farkındalıkın artırılması için adölesan dönemde evlenmiş olan kadınlarla deneyime dayalı paylaşımının yapılabileceği ortamlar sağlamaları ve akran eğitimleri yapmaları,
- Adölesan dönemde evlenmiş olan kadınların üreme sağlığı sorunlarına ilişkin güçlü kanıtlar geliştirebilecek daha kapsamlı gözlemsel, adölesan evliliklere bağlı üreme sağlığı sorunlarının gelişmesini önleyebilecek özel programların uygulandığı deneysel ve adölesan evliliği yapmış olan kadınların deneyimlerini ortaya koyabilecek daha detaylı niteliksel araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Adalı T, Koç İ, Eryurt MA.** Bölüm 6, Düşükler ve Ölü Doğumlar, In: 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, s 95-104.
- Adler SP.** Screening for Cytomegalovirus during Pregnancy. *Hindawi Publishing Corporation Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* 2011, 1 – 9.
- Akın A.** Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 1994.
- Akın A.** Türkiye’de Değişen Aile Planlaması Politikaları. *Günümüz Türkiye’sinde Aile Planlaması Politikaları Sempozyum Kitabı*, 2011, 8-25.
- Akın, A.** Türkiye’de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2012, 10(1), 43-60.
- Aksakal H, Atasayar M.** Aile İçi Kadına Yönelik Şiddetin Biyo – Psiko - Sosyal Sonuçları Üzerine Bir Çalışma. *Akademik Bakış Dergisi*, Sayı, 26 Eylül – Ekim 2011.
- Aktepe E, Atay İM.** Çocuk Evlilikleri ve Psikososyal Sonuçları Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry* 2017, 9(4), 410 - 420.
- Altunay E, Burak A.** Eğitim Sisteminde Değişimlerin Ve Reformların Nitelikleri Bağlamında Okul Yöneticilerinin Görüşlerinin İncelenmesi. Eğitim Yönetimi Araştırmaları (e-kitap), 5.Bölüm. PEGEM Akademi, Ankara, 2017, 335.
- Altunay E, Oral G, Yalçınkaya M.** Eğitim Kurumlarında Mobbing Uygulamalarına İlişkin Nitel Bir Araştırma. *Sakarya University Journal of Education* Nisan 2014,1(2) 62-80.
- Altuntuğ K, Anık Y, Ege E.** Traditional Practices of Mothers in the Postpartum Period, Evidence from Turkey. *African Journal of Reproductive Health*. March 2018, 22(1),94.
- Anık M, Barlin R.** Türkiye’de Çocuk Gelinler Sorunu, Balıkesir Örneği. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi* 2017, 6(3), 1827-1841.

Ansari N, Zainullah P, Kim YM, Tappis H, Kols A, Currie S, Haver J, Roosmalen JV, Broerse JEW, Stekelenburg J. Assessing post-abortion care in health facilities in Afghanistan, A cross - sectional study. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 2015, 15,6.

Ardahan E, Sarı HY. Adölesan Evliliklerin Sağlığa Etkileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2016, 32 (2), 132-142.

Arıca DA, Selçuk LB, Aran T, Ateş E, Yaylı S, Bahadır S. Gebelikte Kozmetik ve Kişisel Bakım Ürünü Kullanımı. *Türk Dermatoloji Dergisi*, 2017,11, 22-27.

Aslan E, Bektaş H, Başgöl Ş, Demir S, Vural PI. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2014, 23 (5), 174–182.

Ateşer GB, Güzel E, Kaya S, Aydın DS, Şahbaz N, Durmuş MK. Türk Kadınlarının Gebelikten Korunma Yöntem Tercihleri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2017, 33(4), 241-246.

Avşar ST. Şiddet Gören Kadınların Sığınmaevlerine Erişimini Engelleyen Etmenler. *Ferdi Dergi*, 2017, 9 (1), 134-150.

Ayaz M, Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve Ergen Adli Olgularda Ruhsal Değerlendirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2012, 15(1), 33-40.

Aydın D, Akay B. Hemşirelik Öğrencilerinin Erken Evlilik ve Çocuk Gelinler Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 2017.

Aydoğan K, Dicle Ö, Doğan B, Keçici AS, Köse O, Serdaroğlu S. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tedavi Rehberleri. Galenos Yayınevi, İstanbul, 2015, 150.

Ayyıldız T, Topan A, Öztürk Ö, Kulakçı H. Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015, 8(2), 61-66.

Bahamondes L, Makuch M. Infertility care and the introduction of new reproductive technologies in poor resource settings. *Bahamondes and Makuch Reproductive Biology and Endocrinology*, 2014,12, 1-7.

Bakır N, Beji NK. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015, 5(3), 10-16.

Balkaya AN, Vural, G, Eroğlu, K. Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkarıldığı Sorunların İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014,4(1), 6-16.

Basar F, Demirci N. Domestic violence against women in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2018,34(3), 660-665.

Baş FY, Güney M, Türker Y. Emzirme Dönemindeki Kadınlarda Kontraseptif Yöntem Seçimini Etkileyen Sosyodemografik Ve Kültürel Faktörler. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2014, 16(1), 23-28.

Başkale H, Sözer A. Eşinden / partnerinden şiddet gören kadınların şiddet algısı ve mağduriyet nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2015, 14, 6, 468-474.

Beşpinar FU. 4. Bölüm. Türkiye'de Evlilik. In: Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler, Öneriler. Birinci Basım, Turgut M, Feyzioğlu S (eds). T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Araştırma ve Sosyal Politika Serisi 07. İstanbul, 2014, s 112-168.

Bildircin FD, Kurtoglu E, Kokcu A, Isik Y, Ozkarcı M, Kuruoglu S. Comparison of perinatal outcome between adolescent and adult pregnancies. *The Journal of Maternal - Fetal Neonatal Medicine, Early Online*, 2013, 1– 4.

Blix E, Kumle MH, Ingversen K, Huitfeldt AS, Hegaard HK, Olafsdottir OA, Øian P, Lindgren H. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries – a prospective cohort study. *Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2016, 95, 420 – 428.

Boran P, Gökçay, G Devecioğlu E, Eren T. Çocuk gelinler. *Marmara Medical Journal*, 2013, 26, 58 - 62.

Buran G, Aksu H. Çocuk yaştaki evlilikler ve kadın sağlığına etkileri, Literatür incelemesi. *Journal of Human Sciences*, 2018, 15 (2), 1327-1337.

Bütün M, Demir SB, Nitel Araştırma Yöntemleri. Siyasal Kitabevi, Ankara, 2016, 343.

Calvert C, Owolabi OO, Yeung F, et al. The magnitude and severity of abortion-related morbidity in settings with limited access to abortion services, a systematic review and metaregression. *BMJ Glob Health* 2018, 3.

Centers for Disease Control and Prevention. Information for Teens, Staying Healthy and Preventing STDs. If you choose to have sex, know how to protect yourself against sexually transmitted diseases (STDs). National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. 2017, 1 – 2.

Chen J, Cai Y, Cong E, Liu Y, Gao J, Li Y, ... Gao C. Childhood Sexual Abuse and the Development of Recurrent Major Depression in Chinese Women. *Public Library of Science ONE*, 2014, 9(1), 1-10.

Cheung KK, Montgomery D, CPCP, Benjamins LJ, MD, MPH. Prevalence of Sexually Transmitted Infections Among Adolescents Entering Child Protective Services. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2014,28, 324 - 326.

Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M. Labour management and Obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 2014, 14, 68.

Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. T.C.Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009, 80.

Çakırer N, Çalışkan ZI. Nevşehir İli Ağilli Köyünde Gebelik, Doğum ve Lohusalığa İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamalar, *TAF Preventive Medical Bulletine*, 2010, 9(4), 343 - 348.

Çalışkan T, Çevik C, Ergün S. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 4,1.

Çelik AS, Kirca N. İnfertil Kadınların Uyguladıkları Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 21(3), 178 - 188.

Çelik DB, Dağlar G, Demirel G. Adolesanda jinekolojik sorunlar ve üreme sağlığı üzerine etkileri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, Cilt, 2013, 47(4), 157 – 166.

Çetili NE, Top ED, Arkan G, Kaba F, Ertop F. Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Cinsel Yaşam ve Benlik Sayısına Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 2016,13 (2), 101 - 106.

Çocuk Koruma Kanunu. Resmî gazete, 15 Temmuz 2005, No: 25876.

Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 20 Kasım1989.

Dağ H, Dönmez S, Şen E, Şirin A. Vajinal doğum yapan kadınların hastane taburculuğuuna hazır olusluk durumu. *Gaziantep Medical Journal*, 2013, 19, 65 - 70.

Dede Y, Demir SB, Karma Yöntem Araştırmaları Tasarımı ve Yürütülmesi. Anı Yayıncılık, Ankara, 2015, 354.

Demir G, Şahin TK. Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgileri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2014,4(3), 19 - 24.

- Demirbağ BC, Kürtüncü M, Erkaya R, Çiçek Z.** Adolescent Marriage and Pregnancy, Sample of Eastern Black Sea. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 4(3), 128 - 131.
- Dessie Y, Berhane Y, Worku A.** High parental monitoring prevents adolescents from engaging in risky sexual practices in Harar, Ethiopia. *Global Health Action* 2014, 7.
- Direkvand - Moghadam A, Delpisheh A.** Effect of Infertility on the Quality of Life, A Cross Sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2014, 8, 13 - 5.
- Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi.** T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, 2014, 925.
- Doğutaş A, ve Doğutaş C.** Domestic Violence In Turkey, An Example of Agri Province, *Sosyal Politika Çalışmaları*, 2014, 14(31),91-109.
- Dölen, İ.** Kurtaj Gerceği-Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (TJOD) Görüşü. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2012, 10(1), 75 - 82.
- Dönmez A, Çoban AÖ, Canbay FC.** İstenmeyen gebelik ve güvenli olmayan düşüklerin çözümünde ebenin rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016, 15(5), 450 – 457.
- Duman NS, Gökten ES, Rana HN.** Hekimlerin Erken Yaşa Evliliklere Yönelik Farkındalıkları ve Tutumları. *Klinik Psikiyatri*, 2017, 20, 203 - 208.
- Durdu Z, Yelboğa Y.** Türkiye'de Çocuk Gelinler Üzerine Bir Araştırma, Mersin Örneği. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2016, 9(44), 1827 - 1841.
- Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi.** T.C. Sağlık Bakanlığı Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara, 2008, 136.
- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN,** Hemşirelikte Araştırma Süreç, uygulama ve etik. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2014, 403.
- Erenel AŞ, Kavlak T, Bingöl B.** Kadınların Doğum Sonrası Altı Ay Sonunda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu. *Van Tıp Dergisi*, 2011,18 (2), 68 - 76.
- Ergin F, Başar P, Karahasanoğlu B, Beşer E.** Güvenli Olmayan Doğumlar Ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005, 4 (6).
- Ergöçmen BA, Çavlin A, Özgören AA.** Bölüm 10, Üreme Sağlığı. In: 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, s 141 - 152.

Ergöçmen BA. Bölüm 10. Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Kurumsal Başvuru Süreci. In: Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, 2015, s 203 – 222.

Erulkar A. Early Marriage, Marital Relations and Intimate Partner Violence in Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2013, 39 (1), 6 – 13.

Eryurt MA, Özgören AA, Koç İ. Bölüm 2, Hanehalkı Nüfusu Ve Konut Özellikleri. In: 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, s 17 - 42.

Evcili F, Cesur B, Altun A, Güçtaş Z, Sümer H. Evlilik Öncesi Cinsel Deneyim, Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Görüş ve Tutumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013,2 (4), 486-498.

Faye A, Mariama N, Ibrahim B. Home birth in women who have given birth at least once in a health facility, the contributing factors in developing country. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* 2011, 90(11),1239–1243.

Fleming N, Ng N, Osborne C, et al. Adolescent pregnancy outcomes in the province of Ontario, a cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2013, 35 (3), 234 – 245.

Gage, AJ. Association of child marriage with suicidal thoughts and attempts among adolescent girls in Ethiopia. *Journal of Adolescent Health*, 2013, 52(5), 654 - 656.

Ghosh S, Subrata LS, Nitin DN. Understanding Happiness and Psychological Wellbeing Among Young Married Women in Rural India. *Journal of Comparative Family Studies*, 2017, (1), 113 - 131.

Girls not Brides, The Role Of Parliamentarians In Ending Child Marriage A Toolkit 2nd edition revised, London, 2016a, 1 - 32.

Girls not Brides, Taking action to address child marriage, the role of different sectors An overview, London, 2016b, 1 - 12.

Gökgöl, T. İsteyerek düşük olgusuna global açıdan bakış, Yasalar ve deneyimler, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2012, 10(1), 1 - 9.

Grigoriadis S, Dennis C, Kenneth F, Gail R, Sarah R, Lori R, Cornelie C. Postpartum cultural practices, a systematic review of the evidence. *Annals of General Psychiatry*, 2009, 7(1), 163.

- Güler Ö, Küçüker H.** Early marriages among adolescents girls in Afyonkarahisar, Turkey. *European Journal of General Medicine*, 2010, 7, 365 - 371.
- Güneş M, Selcuk H, Demir S, İbiloğlu AO, Bulut M, Kaya MC, Yılmaz A, Atlı A, Sır A,** Çocuk evliliği yapan kadınlarda çift uyumu ve çocukluk çağının ruhsal travması. *Journal of Mood Disorders*. 2016, 6(2), 63 - 70.
- Gürcüoğlu EA, Vural G.** Annelerin Doğum Sonu Dönemde Hastanede Verilen Ebelik/Hemşirelik Bakımından Memnuniyetleri. *Gazi Medical Journal – GMJ*, 2018, 29, 34 - 40.
- Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı.** T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2009, 204.
- Hadjigeorgiou E, Kouta C, Papastavrou E, Papadopoulos I, Martensson LB.** Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth, an integrative review. *Midwifery*, 2012, 28, 380 – 390.
- Haliloglu S, Sağlam ZA, Toprak D, Çetin A.** İnfertilite Polikliniği'ne Başvuran Kadın Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Smyrna Tip Dergisi*. 2013, 15 – 21.
- Hall KS, Moreau C, Trussell J.** Associations between sexual and reproductive health communication and health service use among U.S. adolescent women. *Perspect Sex Reproductive Health*, 2012, 44 (1), 6 - 12.
- Hildingsson I, Radestad I, Lindgren H.** Birth Preferences that Deviate from the Norm in Sweden, Planned Home Birth versus Planned Cesarean Section. *Birth*, 2010, 37 (4), 288 - 295.
- Hodoglugil NŞ, Akın A.** Cinsiyet eşitliği, barış ve gelişme yolunda Pekin +5 sonuçları ve Türkiye'de durum. *Aktüel Tip Dergisi*, 1999, 6, 56 - 9.
- Hull S, Kelley S, Clarke JL.** Sexually Transmitted Infections, Compelling Case for an Improved Screening Strategy. *Population Health Management*, 2017, 20 (S1), 1 – 11.
- İlgaz A, Sevinç Ö, Uzun SU.** İki farklı aile sağlığı merkezine kayıtlı doğurgan çağdaki evli kadınların genital hijyen davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2015, 14 (2), 153 - 160.
- Ji Y.** Negotiating Marriage and Schooling, Nepalese Women's Transition to Adulthood. *The ANNALS, American Academy of Political Social Science*, 2013, 646(1), 194 – 213.
- Kadınlara Karşı Her türlü Ayrımcılığın Tasfiye Edilmesine Dair Sözleşme, CEDAW Sözleşmesi**, 1979, 1 - 17.

- Kaptanoğlu İ ve Ergöçmen B**, Çocuk Gelin Olmaya Giden Yol. *Sosyoloji Derneği, Türkiye Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 2012, 15 (2), 128 - 161.
- Kaptanoğlu İY, Çavlin A.** Bölüm 5. Kadına Yönelik Şiddet Yaygınlığı. In: Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, 2015, s 81 - 122.
- Karabulut A, Ozkan S, Bozkurt AI, Karahan T, Kayan S.** Perinatal outcomes and risk factors in adolescent and advanced age pregnancies, Comparison with normal reproductive age women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2013, 33, 346 – 350.
- Karaçalı M, Özdemir R.** Karabük ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Public Health*, 2018, 16 (2), 131 - 145.
- Karadağ G, Koçak HS, Yılmaz M.** Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Kullanma Ve Tercih Etme Nedenleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2(1), 13 - 25.
- KarakAŞ N, PehlivAN E.** Malatya'da iki hastanede düşük doğum aralıklı bebeklerde anneye ait doğurganlık ve prenatal dönem özelliklerinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 1, 34 - 38.
- Karasu F, Göllüce A, Güvenç E, Dadük S, Tunçel T.** Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgilerinin İncelenmesi. *İÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 2017, 5(1), 1 – 15.
- Kauffman E, Souter VL, Katon JG, Sitzov K.** Cervical dilation on admission in term spontaneous labor and maternal and newborn outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 2016, 127(3), 481 - 488.
- Kaynak MM.** Türkiye'de "Çocuk Gelin" Sorunu. *Nesne*, 2014, 2 (3), 27 - 38.
- Kidman R.** Child marriage and intimate partner violence, a comparative study of 34 countries, *International Journal of Epidemiology*, 2016, 1 – 14.
- Kocaöz S, Peksoy S, Atabekoğlu C.** Kadınların gebelikten önce kullandığı ve doğum sonrasında tercih ettiği kontraseptif yöntemler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2 (1), 1 - 8.
- Koç İ, Türkyılmaz S, Adalı T**, Bölüm, 4 Doğurganlık, In: 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, s 59 - 73.

- Koçak YÇ, Can HÖ, Soğukpinar N.** Geleneksel Doğum Uygulamaları Ve Doğum Yardımcıları. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 2010, 5 (4), 1 - 6.
- Koyun A, Özpulat F, Özvarış SB.** Bir Eğitim Programı Geliştirme Ve Değerlendirme Süreci, Ortaöğretim Kız Öğrencileri İçin “Genital Hijyen” Eğitim Programı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2 (4), 449 - 459.
- Köşgeroğlu N, Culha İ, Öz Z, Yılmaz A.** Şiddet Karşısında Kadınların Davranışlarının İncelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2015, 3 (9) 342 - 350.
- Kurdoğlu Z.** Geleneksel Yöntemlerle Tedavi Edilen İnfertil Bir Kadında Vajende Saptanan Yabancı Cisim, Olgu Sunumu. *Van Tip Dergisi*, 2011, 18 (4), 217 - 219.
- Lafçı D, Erdem E.** Traditional practises regarding mother and infant care of 15-49 year old married women in the postpartum period. *Gaziantep Medical Journal*, 2014, 20 (3), 226 - 236.
- Lane C, Brundage CL, Kreinin T.** Why We Must Invest in Early Adolescence, Early Intervention, Lasting Impact. *Journal of Adolescent Health*, 2017, 61 (4), 10 - 11.
- Leppälähti S, Gissler M, Mentula M, et al.** Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *British Medical Journal*, 2013, 3, 1 - 10.
- Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, Alon Shrim A, Abenhaim HA.** Pregnancies in Young Adolescent Mothers, A Population - Based Study on 37 Million Births. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2012, (25), 98 - 102.
- Malhotra A, Warner A, n McGonagle A, Lee - Rife S.** Solutions to End Child Marriage What The Evidence Shows. International Center for Research on Women (ICRW). 2011, 36.
- Mangiattera V, Pendse R, McClure K, Rosen J.** Adolescent Pregnancy. *World Health Organization Department of Making Pregnancy Safer Notes*. 2008, 1 (1), 1 - 4.
- Martínez HT, Silva MAL, Cabrera IP, Mendoza AJ.** Obstetric profile of pregnant adolescents in a public hospital, risk at beginning of labor, at delivery, postpartum, and in puerperium. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2015, 23 (5), 829 - 836.
- Mason E.** Guidelines for preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. World Health Organization, Geneva, 2011, 1-8.

Medhi R, Das B, Das A, Ahmed M, Bawri S, Rai S. Adverse obstetrical and perinatal outcome in adolescent mothers associated with first birth, a hospital-based case-control study in a tertiary care hospital in North-East India. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2016, 7 37 – 42.

Melekoğlu R, Evrüke C, Kafadar T, Mısırlıoğlu S, Büyükkurt S, Özgünen TF. Adölesan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2013, 10, 213 - 219.

Montazeri S, Gharacheh M, Mohammadi N, Alaghband Rad JA, Hassan EA. Determinants of Early Marriage from Married Girls' Perspectives in Iranian Setting, A Qualitative Study. *Hindawi Publishing Corporation Journal of Environmental and Public Health*, 2016, 1 - 8.

Nagassar RP, Rawlins JM, Sampson NR, Zackerali J, Chankadyal K, Ramasir C, Boodram R. The Prevalence of Domestic Violence within Different Socio-economic Classes in Central Trinidad. *West Indian Medical Jounal*, 2010, 59 (1), 20 – 25.

Nakua EK, Sevugu JT, Dzomeku VM, Otupiri E, Lipkovich HR, Owusu-Dabo E. Home birth without skilled attendants despite millennium villages project intervention in Ghana, insight from a survey of women's perceptions of skilled obstetric care. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 2015, 15, 243.

Neupane S, Doku DT. Determinants of Time of Start of Prenatal Care and Number of Prenatal Care Visits During Pregnancy Among Nepalese Women. *Journal of Community Health*, 2012, 37(4), 865–873

Oltuluoğlu H, Başer M. Malatya İl Merkezinde Yaşayan Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Seçme Nedenlerinin İncelenmesi. *Journal of Inonu University Medical Faculty*, 2012, 19(3), 167-174.

Ortaylı N, Çağatay L. Bir bütünüń parçaları, Gebelikten korunma ve isteyerek düşük, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2012, 10 (1), 61 - 74.

Ozdemirci S, Kasapoglu T, Cirik DA, Yerebasmaz N, Salgur FK, Is late adolescence a real risk factor for an adverse outcome of pregnancy? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2016, 29 (20), 3391 - 3394.

Ozdogan S, Karadeniz P, Kiray E, Bulbul A, Uslu HS, Koc AB. Outcome of Adolescent Pregnancy, A Retrospective Cohort Study. *West Indian Medical Journal*, 2015, 2 (2), 90.

Özcebe H ve Biçer BK, Önemli bir kız çocuk ve kadın sorunu, Çocuk evlilikler, *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 2013, 86 - 93.

Özpulat F, Toplumun İhmal Edilen Yüzü, Çocuk Evlilikler ve Kadın Sağlığına Yansımaları. *Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 2 (1), 11 - 22.

Öztürk F, Akın A, Karataş SÇ, İlik B, Türkçelik E. Kadına yönelik şiddetle mücadelede koruma ve destek programı kaynak kitabı, In: Türkiye'de kadına yönelik şiddetle mücadelede koruma ve destek hizmetlerinin sağlanması konusunda kadın STK'larının kapasitesinin güçlendirilmesi projesi. İlk Basım, Ankara, 2015, 127.

Öztürk GZ, Toprak D, Hurşitoğlu M, İpek Y. Aile Sağlığı Merkezine Gelen Kadın Hastaların Sezaryen ve Küretaj Hakkındaki Bilgi, Tutum, Davranışları ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Türkiye Klinikleri*, 2014, 24 (1), 1 - 8.

Öztürk GZ, Toprak D. Kadın Sağlık Personellerinin Kadına Yönelik Şiddet Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2017, 9 (1), 58 - 62.

Özvarış SB, Ertan AE. Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım, "Akın A (eds),*Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*" kitabında 2003, 113 - 126, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Özyurt BC, Deveci A. Manisa'da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22, 10 - 16.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2018, 288.

Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. T.C. Sağlık Bakanlığı, Resmi Gazete, 22 Mayıs 2014, Sayı, 29007.

Sakallı AE, Doğan D, Günel H, Güreli Z. Mor Çatı deneyimi kadına yönelik şiddete Dair neler anlatıyor? Kadına Yönelik Şiddet Değerlendirme Raporu. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı. İstanbul, 2017, 112.

Saraçoğlu GV, Erdem İ, Doğan S, Tokuç B. Youth Sexual Health, Sexual Knowledge, Attitudes, and Behavior Among Students at a University in Turkey Gençlik Cinsel Sağlığı, Türkiye'deki Bir Üniversitede Öğrenciler Arasında Cinsel Bilgi, Tutumlar ve Davranışlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2014, 51, 222 - 228.

Sargin A. Kamu Kurumları ve Kadın Sivil Toplum Örgütleri İçin Kadına Yönelik Şiddet ile Mücadele ve Şiddete Uğrayan Kadınlara Destek Mekanizmaları. Türkiye'nin Az Gelişmiş Bölgelerindeki (Güneydoğu Anadolu, Doğu Anadolu ve Doğu Karadeniz Bölgeleri) Kadın ve Kadın STK'larının Güçlendirilmesi Projesi. 2012, 41.

- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu MA, Temmerman M, Alkema L.** Global causes of maternal death, a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*, 2014, 2, e323 – 333.
- Seçkiner PÇ, Ergöçmen BA, Abbasoğlu AÖ.** Bölüm 5 Aile Planlaması, In: 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, s 75 - 94.
- Sert, G.** Vakalarla Türkiye'de Üreme Hakları. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 2012, 70.
- Sevencan F, Aslan D, Akın A, Akın L.** Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar yönünden riskli davranış gösteren kişilerin damgalanma konusundaki görüşleri ve sağlık hizmeti kullanımlarına ilişkin değerlendirmeler, *Ege Tip Dergisi*, 2012, 51(1), 43 - 50.
- Shanthi V, Vanka A, Bhambal A, Saxena V, Saxena S, Kumar SS.** Association of pregnant women periodontal status to preterm and low-birth weight babies, A systematic and evidence-based review. *Dental Research Journal (Isfahan)*, 2012, 9(4), 368-380.
- Soylu N, Ayaz M,** Adli değerlendirme için yönlendirilen küçük yaşta evlendirilmiş kız çocukların sosyodemografik özellikleri ve ruhsal değerlendirmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2013, 14, 136 - 44.
- Şahin BB ve Dündar PE.** Kadına yönelik şiddet ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2017, 18(3), 203-210.
- Şahin ME, Yetim D, Öyekçin GD.** Edirne'de kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların şiddete karşı tutumları, *Cumhuriyet Tip Dergisi*, 2012, 34, 23 - 32.
- Şen S, Egelioglu N, Kavlak O, Sevil Ü.** Sağlık profesyonellerinin gebelikte şiddet konusundaki farkındalıklarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2012, 9(1), 21 - 33.
- Şen S, Kavlak O.** Çocuk Gelinler, Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür Ve Araştırma Dergisi*, 2011, 12 (7), 25, 35 - 44.
- Şenol D, Yıldız S.** Kadına Yönelik Şiddet Algısı - Kadın ve Erkek Bakış Açılılarıyla. Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları, Ankara, 2013, 123.
- Tartaç Y, Özkan S.** Lise Öğrencilerinin Menstruasyon Hijyen Konusunda Bilgi/Tutumları ve Eğitimin Etkinliğini Değerlendirme. *Gazi Medical Journal*, 2011, 22, 27 - 32.

Taşkin L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2014, 764.

Taylor AY, Lauro G, Segundo M, Greene ME. "She goes with me in my boat." Child and Adolescent Marriage in Brazil. Results from Mixed-Methods Research. *Rio de Janeiro and Washington DC, Instituto Promundo & Promundo-US*. July 2015, 148.

Tesfaye G, Hambisa MT, Semahegn A. Induced Abortion and Associated Factors in Health Facilities of Guraghe Zone, Southern Ethiopia. *Hindawi Publishing Corporation Journal of Pregnancy*. 2014, 8.

Tezcan S, Ergöçmen AB. Türkiye'de isteyerek düşükler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2012, 10 (1), 36 - 42.

Theobald D, Farrington DP. Child and adolescent predictors of male intimate partner violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2012, 53 (12), 1242 – 1249.

Timur S. Bir Üniversite Öğrenci Yurdunda Kalan Kız Öğrencilerin Genital Hijyen Davranışları. *e-Journal of New World Sciences Academy Medical Sciences*, 2010, 5 (4), 39 - 48.

Topçuoğlu S, Erçin S, Arman D, Gürsoy T, Karatekin G, Ovalı F. Adölesan veya İleri Anne Yaşı, Yenidoğan İçin Risk midir? Tek Bir Merkezin Retrospektif Sonuçları. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2014, 45, 131 - 135.

Turfan, EÇ, Akyüz MD. Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Danışmanlığı. Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Ankara, 2017, 1 - 11.

Tülay A, Tanrıverdi G. Farklı Kültürlerdeki Kadınlarda Lohusalık Bakımının Karşılaştırılması, Nitel Araştırma. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2017, 9, 1 - 25.

Türkiye'de Evlilik Tercihleri. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2015, 112.

Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm İstatistikleri 2017, Haber Bülteni, Sayı: 27592, 2018, s 2.

Ulu NK, Demir H, Taşar MA, Dallar YB. Ankara'da Düşük Sosyoekonomik Düzeyi Olan Bir Bölgede Ergenlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. *Türkiye Çocuk Hastanesi Dergisi*, 2015, 1, 32 - 38.

Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2005, Cilt 1, 322.

Ulusal Anne ve Bebek Dostu Hastane Kriterleri ve Unvan Alan Hastaneler Listesi.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB). 2018, 1 - 8.

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul edilen Eylem Planı, Nüfus ve Kalkınma, Birleşmiş Milletler, Kahire, 5 – 13 Eylül 1994.

United Nations Children's Fund (UNICEF). İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. Türkiye, 2004, 12.

United Nations Children's Fund (UNICEF). Child marriage, adolescent pregnancy and family formation in West and Central Africa Patterns, trends and drivers of change United Nations Children's Fund (UNICEF) West and Central Africa Regional Office Dakar, Senegal, 2015, 35-59.

United Nations Children's Fund (UNICEF). The State of the World's Children, A fair chance for every child. New York, 2016, 184.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). UNESCO and Education “Everyone has the right to education”. Paris, 2011, 32.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Learning to Live Together Paris, 2013, 140.

United Nations Population Fund (UNFPA). The Deadly gap, Meeting the unmet need for reproductive health care, 2012, 7.

United Nations Population Fund (UNFPA). Motherhood in Childhood Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York, 2013, 132.

United Nations Population Fund (UNFPA). Programme of Action of the International Conference on Population Development, 20th Anniversary Edition. New York, 2014, 296.

United Nations Population Fund (UNFPA). Trends in Contraceptive Use Worldwide, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York, 2015, 70.

United Nations Population Fund (UNFPA). Yeni Kanıtlar, Dersler Ve Uygulama Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Eğitimi Küresel İnceleme. Türkiye, 2016, 56.

United Nations Population Fund (UNFPA). Annual Report 2016 Millions of lives transformed. New York, 2017, 23.

United Nations, World Marriage Patterns 2000, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, New York, 2000, 1.

- Uzel HG, Yanikkерем E.** İntrapartum Dönemde Kanıt Dayalı Uygulamalar, Doğum Yapan Kadınların Tercihleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2018,11 (1), 26 - 34.
- Uzun AK, Orhon FŞ.** Adolesan Gebeliklerin Anne Ve Bebek Sağlığına Olan Etkileri. *Ankara Üniversitesi Tip Fakültesi Mecmuası*, 2013, 66 (1).
- Ünal KS.** Hemşirelik Öğrencilerinin Genital Hijyen Davranışları Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Journal of Current Researches on Health Sector*. 2017, 7 (1), 23 - 36.
- Voetagbe G, Yellu N, Mills J, Mitchell E, Adu-Amankwah A, Jehu-Appiah K, Nyante F.** Midwifery tutors' capacity and willingness to teach contraception, post-abortion care, and legal pregnancy termination in Ghana. *Human Resources for Health* 2010, 23, 8 (2), 1 - 6.
- Wahed T, Moran A, Iqbal M.** The perspectives of clients and unqualified allopathic practitioners on the management of delivery care in urban slums, Dhaka, Bangladesh - A mixed method study. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth* 2010, 10 (50), 1 - 9.
- Weitzman, A.** Women's and Men's Relative Status and Intimate Partner Violence in India. *Population and Development Review*, 2014, 40 (1), 55 – 75.
- Whitworth M, Cockerill R.** Antenatal management of teenage pregnancy. *Obstetrics Gynaecology and Reproductive Medicine*, 2010, 20 (11), 323 - 328.
- World Health Organization.** Interpreting Reproductive Health. ICPD + 5, The Hague, 1999, 32.
- World Health Organization.** Early marriages, adolescent and young pregnancies. Report by the Secretariat. Geneva, 2012, 1 - 4.
- World Health Organization.** Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Counselling for Maternal and Newborn Health Care, A Handbook for Building Skills, 2013a, 244.
- World Health Organization.** Global and regional estimates of violence against women, Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, 2013b, 51.
- World Health Organization.** World health statistics. Geneva, 2015, 164.
- World Health Organization,** World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 1.Health Status Indicators. 2.Global Health. 3.Health Priorities. 4.Mortality. 5.Universal Coverage. 6.Life Expectancy. 7.Statistics. Geneva, 2016, 136.

World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health, an operational approach. *Human Reproduction Programme*, Geneva, 2017a, 1 - 12.

World Health Organization. Preventing unsafe abortion. WHO, Fact sheet, Geneva, 2017b, 1-4.

World Health Organization. Recommendations On Maternal Health Guidelines Approved By The Who Guidelines Review Committee. Geneva, 2017c, 1-36.

World Health Organization. Maternal Mortality. Geneva, 2018a,1-5.

World Health Organization. World health statistics 2018, monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, 2018b, 100.

World Health Organization. WHO recommendations, intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, 2018c, 212.

World Health Organization. Preventing unsafe abortion. WHO, Fact sheet, Geneva, 2018d, 1 - 6.

Yakıt E, Coşkun A, Toplumsal Açıdan Çocuk Yasta Evlilikler Gerceği, Hemşire ve Ebenin Sorumluluğu. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 2014,11 (3), 3 - 10.

Yalçın M, Özoglu EA, Dönmez A. Öğretim Elemanlarının Araştırma Görevlisi Kavramına İlişkin Metaforik Algıları. *Eğitim ve Bilim*, 2016, 41(185), 19 - 32.

Yebyo H, Alemayehu M, Kahsay A. Why Do Women Deliver at Home? Multilevel Modeling of Ethiopian National Demographic and Health Survey Data. *Public Library of Science ONE*, 2015, 10 (4), 1 - 14.

Yelioğlu ÇH, Güveli H, Kandemir G. Kadınlarda çoklu ruhsal travma: Bir olgu sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2012, 25(3), 263-266.

Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2016, 430.

Yıldız H, Abuaf ÖK. Gebelik ve emzirme döneminde kozmesötik kullanımı. *Turkderm - Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi*, 2013, 47, 194 - 199.

Yılmaz FA, Akarsu RH, Güleroğlu FT. Kadınların Doğum Sonu Dönemde Aile Planlaması Tercihlerinin Belirlenmesi. *Bozok Tip Dergisi* 2018,8(2),21 - 5.

Yount KM, Crandall AA, Cheong YF, Osypuk TL, Bates LM, Naved RT, Schuler SR. Child Marriage and Intimate Partner Violence in Rural Bangladesh, A Longitudinal Multilevel Analysis, *Population Association of America*, 2016, 1 - 32.

Yurdakul M, Çobaner AA, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetlerinde Sağlık Eğitimi, İletişim ve Danışmanlık, *Türkiye Klinikleri Nurse - Special Topics*, 2015,1 (2), 28 - 34.

Yuce T, Aker S\$, Seval MM, Kalafat E, Soylemez F. Obstetric and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. *Istanbul Northern Anatolian Association of Public Hospitals*, 2015,2 (2), 122 - 127.

EKLER

Ek 1. Bir Karma Yöntem Çalışmasının Özelliklerini İncelemek İçin Kontrol Listesi

1	Çalışmanın araştırma konusunu değerlendiriniz.	
2	Felsefi ve teorik temellere dikkat ediniz.	
3	Araştırmacıların amacını belirleyiniz.	
4	Araştırmacıların nicel veri analizini, nicel veri toplamayı, örneklem seçmeyi içeren bir yol izleyip izlemediğini belirleyiniz.	
5	Araştırmacıların nitel veri analizini, nitel veri toplamayı, nitel örneklem seçmeyi içeren nitel bir yol izleyip izlemediğini belirleyiniz	
6	Hem nicel hem de nitel veri toplamak için ortaya konan nedenleri değerlendiriniz.	
7	Çalışmanın amacını açıklamada nicel ve nitel yolların göreceli önemini belirleyiniz. Eşit (1) veya eşit olmayan (2) ifadelerini kullanınız.	
8	Nicel ve nitel yolların zamanlanması belirleyiniz. Eş zamanlı (1), sıralı (2) veya çok basamaklı bileşim (3) ifadelerini kullanınız.	
9	Nicel ve nitel yolların arasındaki arayüz noktasını belirleyiniz. Yorumlama (1), veri analizi (2), veri toplama (3) veya desen düzeyi (4) ifadelerini kullanınız.	
10	Araştırmacıların iki yolu nasıl harmanladığını belirleyiniz. Birleştirme (1), ilişkilendirme (2), iç içe geçirme (3), bir teorik çerçeveye yerleştirme (4) veya bir program – amaç çerçevesinde yerleştirme (5) ifadelerini kullanınız.	
11	Genel karma yöntem desenini belirleyiniz.	
12	Karma yöntem sembol sistemini kullanarak desenin sembollerle gösterimini sağlayınız.	
13	Çalışma esnasında gerçekleşen aktivitelerin akışını gösteren bir diyagram çiziniz.	

Ek 2. Anket Formu

Yönerge: Bu araştırma “**Adölesan Dönemde Evlenen Kadınların Üreme Sağlığı Davranışları: Bir Karma Yöntem Çalışması**” amacı ile hazırlanmıştır. Araştırmamıza 18 yaşından önce evlenmiş olup 18 - 35 yaş aralığında olan kadınları almaktayız. Veri toplama formunda belirtilen durumların sizde olup olmaması araştırmaya katılmanıza engel değildir. Formların doldurulmasına yardımcı olmanız araştırmanın gerçekleşmesi için yeterlidir ve önemlidir.

Araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Elde ettiğimiz bu bilgiler gizli tutulacak ve kimlik belirtilmeden bilimsel yaynlarda kullanılacaktır. Bu araştırma ile ilgili soru sormak istediğinizde 05055266811 no.lu telefondan **Uzman Ebe Aysegül DÖNMEZ’e** ve 05322004655 no.lu telefondan **Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM’a** başvurabilirsiniz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, sağlıklı bir yaşam dileriz.

Görüşme

Tarihi:...../...../.....

Anket No:.....

1. Bölüm: Sosyo - demografik özellikler

A- Kadına ait sorular

1. Kaç yaşındasınız:.....

2. Kaç yaşında evlendiniz?.....

3. Öğrenim durumunuz nedir?

- | | | |
|--------------------|--|-----------------------|
| 1. Okuryazar değil | 2. Okuryazar | 3. İlkokul mezunu |
| 4. Ortaokul mezunu | 5. Lise mezunu | 6. Üniversite ve üstü |
| 7. Öğrenci..... | 8. Evlenmeden önceki eğitim durumunuz..... | |

4. Evlendikten sonra en uzun süre ile yaşadığınız yer neresidir?

1. İl: 2. İlçe/kasaba: 3. Köy:

4. Evlenmeden önce en uzun süre ile yaşadığınız yer

5. Kaç yıldır İzmir'de yaşıyorsunuz?.....

6. Medeni durumunuz nedir?

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. Resmi Nikâh | 2. İmam Nikâhı |
| 3. Resmi Nikah-İmam Nikahı | 4. Boşanmış/Ölmüş |
| 5. Ayrı Yaşıyor | 6. Birlikte yaşıyor |
| 7. Bekar | 8. Diğer..... |

7. Aşağıdakilerden herhangi birisini kullanıyor musunuz?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Hiç kullanmadım | 2. Alkol |
| 3. Sigara | 4. Keyif verici hap/iğne |
| 5. Zorla kullandırıldım | 6. Diğer..... |
| 7. Eskiden kullanıyorum | |

8. Akraba evliliği var mı? 1. Yok 2. Var (Açıklayınız.....)

9. Evliliğe nasıl karar verdiniz?

1. Eşimle birlikte karar verdik
2. Annem/babam karar verdi
3. Aileler karar verdi, bizim onayımız alındı
4. Aileler karar verdi, benim onayım alınmadı
5. Diğer, belirtiniz

10. Evlenirken size /ailenize başlık parası ödendi mi? 1. Evet 2. Hayır

11. Sosyal güvenceniz var mı? 1.Evet 2.Hayır

12. Ücret karşılığında herhangi bir işe çalışıyor musunuz?

1. Evet (Belirtiniz.....)
2. Hayır

B - Eş ile ilgili sorular:

13. Eşiniz kaç yaşında?
14. Eşinizin öğrenim durumu nedir?
- | | | |
|--------------------|--|-----------------------|
| 1. Okuryazar değil | 2. Okuryazar | 3. İlkokul mezunu |
| 4. Ortaokul mezunu | 5. Lise mezunu | 6. Üniversite ve üstü |
| 7. Öğrenci..... | 8. Evlenmeden önceki eğitim durumunuz..... | |
15. Eşinizin yaşamı boyunca en uzun süre ile yaşadığı yer neresidir?
- | | | |
|--|-----------------------|---------------|
| 1. İl: | 2. İlçe/kasaba: | 3. Köy: |
| 4. Evlenmeden önce en uzun süre ile yaşadığı yer | | |
16. Eşiniz ücret karşılığında herhangi bir işte çalışıyor mu?
- | | |
|---------------------------|----------|
| 1. Evet (Belirtiniz.....) | 2. Hayır |
|---------------------------|----------|
17. Eşiniz kaç yıldır İzmir'de yaşıyor?.....
18. Eşiniz aşağıdakilerden herhangi birisini kullanıyor mu?
- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Hiç kullanmadı | 2. Alkol |
| 3. Sigara | 4. Keyif verici hap/iğne |
| 5. Zorla kullandırıldı | 6. Diğer..... |
| 7. Eskiden kullanıyordu | |

C - Ailenize ait sorular:

19. Evde eşiniz ve çocuğu dışında birlikte yaşadığınız kişi ya da kişiler var mı?
- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|
20. Evinize giren toplam aylık gelir miktarı ne kadar?
21. Evinize giren gelir miktarını nasıl değerlendirirsınız?
- | | | |
|----------------------|----------------------|-------------------------|
| 1. Gelir giderden az | 2. Gelir gidere denk | 3. Gelir giderden fazla |
|----------------------|----------------------|-------------------------|
22. Ailede aşağıdakilerden herhangi birisini kullanan birey var mı?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Hiç kullanan yok | 4. Alkol |
| 2. Sigara | 5. Keyif verici hap/iğne |
| 3. Zorla kullandırılan var..... | 6. Diğer..... |
| 6. Eskiden kullanan vardı artık yok | |

23. Şu anda hastanede bulunma nedeniniz nedir?.....

2. Bölüm: Üreme Sağlığına İlişkin Bilgiler

24. İlk adet kanamanızı kaç yaşında gördünüz?.....

25. İlk adet kanamanızı öğrendiğiniz zaman neler hissettiiniz?

26. İlk adet kanamanızı önce kime söylemiştiniz?

27. Adet döneminde enfeksiyon gelişmemesi için aldığınız önlemler nelerdir?

.....
.....

28. Gebeliklerinizle ilgili aşağıdaki soruları yanıtlayınız?

GEBELİK ÖYKÜSÜ	1. Gebelik	2. Gebelik	3. Gebelik	4. Gebelik	5. Gebelik	6. Gebelik	7. Gebelik	8. Gebelik
Yaş								
Kürtaj								
Düşük								
Ölü doğum								
Erken doğum (22-27hf)								
Normal Doğum								
Sezaryen Doğum								
Zor doğum (müdahaleli)								
Hastane/ Evde Doğum								
Planlı gebelik								
İstenen gebelik								
Emzirme süresi								
Gebelikte yüksek tansiyon								
Gebelik şekeri								
Gebelikte kanama								
Gebelikte enfeksiyon								
Doğum sonu kanama								
Diğer								

29. Sağlıklı bir cinsel yaşam için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

.....
.....

30. İstenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmak için neler yaptığınızı açıklar mısınız? Hangi gebelikten korunma yöntemlerini kullandınız?

.....
.....

31. Sağlıklı gebelik geçirmek için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

.....
.....

32. Sağlıklı doğum yapmak için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

.....
.....

33. Doğumdan sonra sizin ve bebeğinizin sağlığını korumak için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

.....
.....

34. Daha önce düşük ya da küretaj olduysanız düşükle ilgili olarak sağlığını korumak için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

.....
.....

35. Cinsel organlarda herhangi bir enfeksiyon ya da cinsel yolla bulaşan enfeksiyon gelişmesini önlemek için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

.....
.....

36. Kısırlık gelişmemesi neler yaptığınızı açıklar mısınız?

.....
.....

37. Eşiniz ya da aile büyükleri tarafından şiddete maruz kaldınız mı?

	Evet	Hayır	Kişi
1. Bireysel harcamalarına karışılması			
2. Kıyafetime karışılması			
3. Sosyal yaşama karışılması			
4. Akrabalarımla görüşmemeye izin verilmemesi			
5. Maaşıma el konulması			
6. Çalışmama izin verilmemesi			
7. Çocuğumun bakımına müdaahale edilmesi			
8. Vücuda vurma, çarpma vb			
9. Gebelikte vücuda vurma, çarpma vb			
10. Benimle/ailemle dalga geçilmesi			
11. Çocuk yapıp yapmayacağıma karışılması			
12. Kürtaj yapıp yapmayacağıma karışılması			
13. Madde kullanmaya zorlanma			
14. Şiddetle karşılaşırsam nereden nasıl yardım alacağımı biliyorum			
15. İstediğiniz dışında cinsel ilişkiye zorlanma			
16. Diğer.....			

Sorularımız sona ermiştir. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Ek 3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Adölesan Dönemde Evlenen Kadınların Üreme Sağlığı Davranışları: Bir Karma Yöntem Çalışması

GÖRÜŞME FORMU

Tarih: ____/____/

Saat: (Başlangıç/Bitiş) ____/____

Merhaba, adım Ayşegül DÖNMEZ. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Ana Bilim Dalı'nda Doktora öğrencisiyim. Aynı zamanda Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Eğitim Birimi'nde çalışmaya devam ediyorum. Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM danışmanlığında “**Adölesan Dönemde Evlenen Kadınların Üreme Sağlığı Davranışları: Bir Karma Yöntem Çalışması**” başlıklı doktora tezi hazırlamaktayım.

Bu çalışmanın genel amacı; adölesan dönemde evlenen kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemeye yöneliktir. Yapılan bu çalışmada siz katılımcıların görüşleri çok önemlidir. Araştırma ile elde edilecek sonuçların çocuk evliliği yapmış olan bireylerin evlilik ve üreme sağlığı ile ilgili sorunlarına çözüm üretmede katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırmaya katılmama ve istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Bu durum sizin bakımınlıza etki etmeyecektir. Sizinle görüşme sonucu kayıtlardan elde edilen veriler, sadece çalışma için kullanılacaktır. Yapılacak görüşme gizlidir, konuşulanlar sadece araştırmacı ve tez danışmanı tarafından bilinecektir. Konuşulanlar hiçbir şekilde, eşimiz, aileniz, kurum çalışanları / yöneticileri tarafından okunmayacak ve bilinmeyecektir. Özel hiçbir bilgi bir kişi ya da kuruluş tarafından kullanılmayacaktır. İşminiz kesinlikle yer almayacak, bunun yerine kodlar kullanılacaktır. Görüşme yaklaşık 15 - 20 dakika sürecektir. Bu bir sınav değildir. Burada vereceğiniz yanıtlarında doğru veya yanlış yoktur. Görüşme sırasında konuyu değiştirebilirim ya da devam edebilirim. Eklemek istediğiniz bir şey olursa beni durdurabilirisiniz. Görüşmede zaman kazanmak için ses kayıt cihaz kullanılması konusunda ne düşünüyorsunuz? Görüşme sonunda kullanılmasını istemediğiniz bilgiler çıkarılabilir. Görüstmeye başlamadan önce sorunuz var mı? Ancak, içeriğin zenginliğine bağlı olarak bu süre daha kısa/uzun olabilir. Eğer izin verirseniz görüşmeye başlayabiliriz.

Katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

SORULAR:

1. Sağlıklı bir cinsel yaşam için bilgi edinme, hizmet arayışı ve uygulamaları ile ilgili davranışlarını belirlemeye yönelik sorular;

Alt sorular 1: Sağlıklı cinsel yaşama sahip olmak için bilgi alma durumunuzu açıklar mısınız?

Alt sorular 2: Herhangi bir sorun olduğunda nereden nasıl yardım alabileceğinizi açıklar mısınız?

Alt sorular 3: Sağlıklı bir cinsel yaşam için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

2. İstenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmak için bilgi edinme, hizmet arayışı ve uygulamaları ile ilgili davranışlarını belirlemeye yönelik sorular;

Alt Sorular 1: İstenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmak için bilgi alma durumunuzu açıklar mısınız?

Alt Sorular 2: Herhangi bir sorun olduğunda nereden nasıl yardım alabileceğinizi açıklar mısınız?

Alt Sorular 3: İstenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmak için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

3. Sağlıklı gebelik geçirmek için bilgi edinme, hizmet arayışı ve uygulamaları ile ilgili davranışlarını belirlemeye yönelik sorular;

Alt Sorular 1: Sağlıklı gebelik geçirmek için bilgi alma durumunuzu açıklar mısınız?

Alt Sorular 2: Herhangi bir sorun olduğunda nereden nasıl yardım alabileceğinizi açıklar mısınız?

Alt Sorular 3: Sağlıklı gebelik geçirmek için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

4. Sağlıklı doğum yapmak için bilgi edinme, hizmet arayışı ve uygulamaları ile ilgili davranışlarını belirlemeye yönelik sorular;

Alt Sorular 1: Sağlıklı doğum yapmak için bilgi alma durumunuzu açıklar mısınız?

Alt Sorular 2: Herhangi bir sorun olduğunda nereden nasıl yardım alabileceğinizi açıklar mısınız?

Alt Sorular 3: Sağlıklı doğum yapmak için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

5. Doğumdan sonra sizin ve bebeğinizin sağlığını korumak için bilgi edinme, hizmet arayışı ve uygulamaları ile ilgili davranışlarını belirlemeye yönelik sorular;

Alt Sorular 1: Doğumdan sonra sizin ve bebeğinizin sağlığını korumak bilgi alma durumunuzu açıklar mısınız?

Alt Sorular 2: Herhangi bir sorun olduğunda nereden nasıl yardım alabileceğinizi açıklar mısınız?

Alt Sorular 3: Doğumdan sonra sizin ve bebeğinizin sağlığını korumak için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

6. Daha önce düşük ya da küretajla ilgili bilgi edinme, hizmet arayışı ve uygulamaları ile ilgili davranışlarını belirlemeye yönelik sorular;

Alt Sorular 1: Düşük ya da küretajla ilgili bilgi alma durumunuzu açıklar mısınız?

Alt Sorular 2: Herhangi bir sorun olduğunda nereden nasıl yardım alabileceğinizi açıklar mısınız?

Alt Sorular 3: Daha önce düşük ya da küretaj olduysanız sağlığını korumak için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

7. Cinsel organlarda herhangi bir enfeksiyon ya da cinsel yolla bulaşan enfeksiyon gelişmesini önlemek için bilgi edinme, hizmet arayışı ve uygulamaları ile ilgili davranışlarını belirlemeye yönelik sorular;

Alt Sorular 1: Cinsel organlarda herhangi bir enfeksiyon ya da cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili bilgi alma durumunuzu açıklar mısınız?

Alt Sorular 2: Herhangi bir sorun olduğunda nereden nasıl yardım alabileceğinizi açıklar mısınız?

Alt Sorular 3: Cinsel organlarda herhangi bir enfeksiyon ya da cinsel yolla bulaşan enfeksiyon gelişmesini önlemek için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

8. Kısırlıkla ilgili bilgi edinme, hizmet arayışı ve uygulamaları ile ilgili davranışlarını belirlemeye yönelik sorular;

Alt Sorular 1: Kısırlıkla ilgili bilgi alma durumunuzu açıklar mısınız?

Alt Sorular 2: Herhangi bir sorun olduğunda nereden nasıl yardım alabileceğinizi açıklar mısınız?

Alt Sorular 3: Kısırlık gelişmemesi için neler yaptığınızı açıklar mısınız?

9. Kadına yönelik şiddetde yönelik bilgi edinme, hizmet arayışı ve uygulamaları ile ilgili davranışlarını belirlemeye yönelik sorular;

Alt Sorular 1: Kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi alma durumunuzu açıklar misiniz?

Alt Sorular 2: Herhangi bir sorun olduğunda nereden nasıl yardım alabileceğinizi açıklar misiniz?

Alt Sorular 3: Kadına yönelik şiddetten korunmaya yönelik neler yaptığınızı açıklar misiniz?

Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)

LÜTFEN DİKKATLICE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu araştırmanın amacı, adölesan dönemde evlenen kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Araştırmanın nicel boyutuna yönelik belirlenen dahil edilme kriterleri

- Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum Kliniklerine hizmet almak için başvurması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- 18 yaşından önce evlenmiş olup 18 - 35 yaş aralığında olan kadınlar (veri toplama süreci ile ilgili yasal yükümlülük reşit olma, adölesan evliliğinin ve anneliğin getirdiği sorumluluklar ile üreme sağlığı hizmetlerini tanımlayabilecek farkındalığın oluşması gerekçeleri ile),
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,

Nitel araştırma için dâhil edilme kriterleri

- Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum Kliniklerine hizmet almak için başvurması,
- Nitel görüşme için gönüllü olması

Araştırmanın nicel bölümüne de dâhil edilmiş olması,

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Yüz yüze görüşme yöntemi ile soru formu doldurulacaktır. Soru formu uygulandıktan sonra görüşmeyi kabul eden kadınlarla hastaneden ayrılmadan bireysel görüşme için planlama yapılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Sizin sorumluluğunuza, araştırma ile ilgili size sorulan bütün soruları cevaplamaktır.

Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırıcı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı nicel boyutu için 100 ve nitel boyutu için 25'dir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 7 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 15 - 20 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamaşının söz konusu olmadığı ancak bu çalışmada üreme sağlığına yönelik çıkan sonuçların başka insanların yararına kullanılabilecek olması, yalnızca araştırma amaçlı olduğu ve kullanılan yöntemin araştırma konusu üzerine olan etkinliğinin incelendiği belirtilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışma ile ilgili herhangi bir risk bulunmamaktadır. Araştırma sırasında size soru formunda yer alan size, eşinize ve ailenize yönelik bilgileriniz ile üreme sağlığı davranışlarınıza yönelik sorular sorulacaktır. Olası bir girişimsel invaziv yöntem kullanılmayacak olup zarar verici etkenler kullanılmayacaktır.

KAN ÖRNEKLERİNİN SAKLANMASI

Bu araştırma sırasında sizden kan örneği alınmayacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakincalı olduğu ilaç ve besin bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Soruların yarısından daha azı doldurulduğunda, çalışmadan çıkarılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu çalışmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırcı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar **Ayşegül DÖNMEZ** ve **Zekiye Karaçam** tarafından karşılaşacaktır. Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dahil) güvence altına alınmactasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gereklili olmayan araştırmalar için zorunlu değildir).

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABILECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05055266811 no.lu telefondan **Uzman Ebe Ayşegül DÖNMEZ** ve 05322004655 no.lu telefondan **Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM'a** başvurabilirsiniz. (Bilgilendirmeyi yapan (ekipten) kişinin adı, soyadı ve cep telefonu yazılmalıdır.)

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Araştırma süreci ile ilgili tüm masraflar araştırmacılar tarafından karşılaşacak, size ve/veya sigorta sisteminize hiçbir ödeme yaptırılmayacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen herhangi bir kurum bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRmadan AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programınızı aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dâhilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştımanın çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacak, ancak bu bilgiler hiçbir kişi ya da kurum ile paylaşılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınılansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştımanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 5. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Tez İzni

SBÜ TEPECİK EĞİTİM-ARAŞTIRMA HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad: Ayşegül Dönmez

Cep Tel: 0505 526 68 11

Tarih: 15.11.2017

İmza:

Araştırmamanın;

Adı/ Konusu:	<p style="text-align: center;">ADÖLESEN DÖNEMDE EVLENEN KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI DAVRANIŞLARI: BİR KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI</p> <p>Çocuk yaşta evlilik, “fiziksel, fizyolojik ve psikolojik açılarından evlilik ve çocuk doğurma sorumluluğu taşımaya hazır olmadan ve genellikle 18 yaşından önce gerçekleşen evlilikler”dir (Malatyalı, 2014; UNICEF, 2014; UNFPA, 2014; Girls not Brides, 2016; Global Partnership, 2016). Çeşitli kaynaklarda 18 yaşından önce gerçekleşen evlilikleri tanımlamak için çocuk yaşta evlilik, erken evlilik, çocuk gelin ve çocuk evlilikleri gibi ifadeler birbirinin yerine kullanılmaktadır (Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015; Girls not Brides, 2016). Ancak konunun uzmanları, “çocuk gelin” tanımlamasını, çocuk ve gelin kavramlarının beraber kullanılmasının yanlış çağrımlara neden olacağı ve hatta erken evliliğe masum bir ifade kazandıracağı endişesi ile bu kullanım şeklini doğru bulmadıklarını belirtmişlerdir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015). Her ne ad ile anılırsa anılsın çocuk yaşta evlilik istenmeyen gebelikler, güvenli olmayan düşükler, anne-bebek ölümleri ve sakatlanmalrı, anneliğe uyumsuzluk, riskli gebelik, düşük doğum ağırlıklı bebekler, kanserler, infertilite ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) gibi birçok üreme sağlığı problemini de beraberinde getirmektedir.</p> <p>Adölesan yaşılarındaki evlilikler, neden olduğu pek çok sağlık sorunlarına rağmen engellenmemekte ve dünyada yaklaşık her yıl 15 milyon kız çocuğunun evliliği 18 yaşını doldurmadan gerçekleşmektedir. Adölesan evliliklerin en yoğun görüldüğü bölgeler Güney Asya (%45), Sahraaltı Afrika (%39), Latin Amerika ve Caribbean (%23), Ortadoğu ve Kuzey Afrika, Avrupa ve Kuzey Amerika'da ki (%18) bazı topluluklardır (UNICEF, 2016). Adölesan evlilik oranları az gelişmiş ülkelerde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre oldukça yüksektir. Ancak adölesan evlilikler ABD (%3,9), Kanada (%0,6), İngiltere (%1,7) ve Japonya (%0,7)'nın yanında Fransa ve Portekiz (%0,6), Belçika (%1,6) ve Almanya (%1,2) gibi bazı geliş ülkelerde de görülmektedir (UNICEF, 2015). Düşük gelirli ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan çocukların evlilikleri genellikle kendilerinden yaşça büyük bireyler ile olmak üzere 18 yaş altında %30 ve 15 yaş altında %14 oranlarında gerçekleşmektedir (Mason, 2011). Ülkemizde Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre 15-19 yaş grubundaki evli kadınların oranının giderek azaldığı (2003'te %11,9, 2008'de %9,6 ve 2013'de %7), ancak halen yüksek olduğu görülmektedir (Koç ve ark, 2014).</p> <p>Adölesan evliliklerde ortaya çıkan üreme sağlığı sorunları dünya genelinde önemlidir (Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012; Martinez ve ark, 2015; Girls not Brides,</p>
---------------------	---

2016). Dünya Sağlık Örgütü ailelerin, çocukların, adölesanların ve kadınların sağlığını geliştirmek için destekleyici programlar yapmaktadır. Bu programlardan 1994 yılında Kahire yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda “Üreme Sağlığı” kavramı ilk kez kullanılmıştır (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, 1994). Bu konferansta üreme sağlığı, üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, vücudun bütün bunlarla ilişkili olabilecek fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik içinde olması şeklinde tanımlanmıştır. Üreme sağlığı programlarının hedefleri sağlıklı cinselliğe sahip olma, cinsel gelişme ve olgunlaşma, cinsiyetlerin eşit koşullarda sorumluluk alarak istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olma gibi üreme ile ilgili kararları güvenli ve sağlıklı ortamlarda alabilmelerinin sağlanması olarak belirtilmektedir (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, 1994; World Health Organization, 1999). Kahire Konferansı'ndan itibaren kadınların üreme sağlığı sorunları anne ölümleri ve hastalıkları, gebelikten korunma yöntemleri, düşükler/kürtajlar, HIV/AIDS, CYBE ve üreme organları enfeksiyonları, rahim ağzi kanseri, cinsellik, kadına yönelik şiddet ve infertilite başlıklarında incelenmiştir (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, 1994).

Anne ve bebek ölümleri adölesan evliliklerinde öne çıkan ciddi üreme sağlığı sorunlarındandır. Adölesan evliliklerde oluşan gebeliklere bağlı anne ve bebek ölüm oranları ile hastalıkları diğer yaş grupları ve genel oranlara göre çok daha yüksektir. Dünya genelinde, bu konuda önemli gelişmeler olsa da henüz istenilen düzeyde değildir. Dünyada her gün yaklaşık 830 anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir (World Health Organization, 2016). Bu ölümlerin sadece %1'i gelişmiş ülkelerde gerçekleşmekte iken, %95'i Afrika ve Asya ülkelerinde meydana gelmektedir (World Health Organization, 2016). Yine dünya genelinde 100 bin canlı doğumda 210 olan anne ölüm oranı, ülkemizde yüz binde 16 olarak rapor edilmiştir (World Health Organization, 2015) ve ülkemizde binde 11'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016). Yapılan çeşitli çalışmalarda 18 yaşıdan önce doğum yapan annelerin düşük/ölü doğum ve anne ölümü ile karşılaşma riskinin daha ileri yaşlarda anne olan kadınlara göre daha yüksek oranlarda olduğu bildirilmiştir (Uzun ve Orhan, 2013; Karabulut ve ark, 2013; Bildircin ve ark, 2014; Girls not Brides, 2016). Latin Amerika'da yapılan bir çalışmada da anne ölümlerinin 16 yaşıdan küçük ergenlerde 20 yaşındaki kadınlara göre dört kat daha fazla olduğu rapor edilmiştir (Mangiaterra ve ark, 2008). Kuzeydoğu Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise adölesan annelerde preeklampsı (%11,52) ve erken doğumlarının (%23,64), 20-25 yaş grubu annelere (sırasıyla %6,06 ve %15,76) göre daha yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir (Medhi ve ark, 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da erken doğum oranı 16-19 yaş grubu annelerde %9,3 iken 20-35 yaş grubunda %2,4 olarak rapor edilmiştir (Özdemirci ve ark, 2016).

Adölesan dönemde evlenen kız çocukların diğer yaş gruplarına göre daha fazla istenmeyen ve planlanmamış gebelikler ile karşılaşmaktadır. Ülkemizde 15-19 yaş

	<p>grubunda isteyerek düşük hızı %1,2'dir (Adalı ve ark, 2014). Dünya'da, her yıl güvenli olmayan koşullarda 25 milyon kurtaj gerçekleşmektedir. Sağlıklı olmayan koşullarda gerçekleşen kurtajlara bağlı olarak tahmini 47,000 ölüm ve beş milyon kadında da sakatlanmalar gelişmektedir. Bu ölümlerin ve sakathıkların çoğu cinsel eğitim, doğum, güvenli düşük ve güvenli kurtaj olanaklarının sağlanması ile önlenemektedir (Say ve ark, 2014; World Health Organization, 2017).</p> <p>Adölesan evliliklerinde erken cinsel aktivite davranışları sonucunda istenmeyen gebelik görülme riski artmaktadır. Ancak günümüzde gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 222 milyon kadın güvenilir ve kaliteli aile planlaması hizmetlerine, bilgilerine ve malzemelerine ulaşamamaktadır (United Nations Population Fund, 2012; Say ve ark, 2014). Latin Amerika, Avrupa ve Asya ülkelerinde adölesan kadınların gebelikten korunma yöntemi kullanım oranları %42-68 iken, Afrika ülkelerinde bu oran %3-49 arasındadır (World Health Organization, 2012). Hindistan'da adölesanlarla yapılan bir çalışmada kontraseptif yöntem bilme oranı %13,94 ve herhangi bir yöntem kullanma oranı ise %4,24 olarak açıklanmıştır (Medhi ve ark, 2016). Trabzon'da yapılan bir çalışmada ise 15-18 yaşlarındaki evli olanların çoğu, evliliklerinin ilk iki yılında gebelik istememişler (%65), ancak herhangi bir gebelikten korunma yöntemini de kullanmadıklarını (%73) bildirmiştir (Demirbağ ve ark, 2013).</p> <p>Üreme sağlığı aynı zamanda bireylerin tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları ve bu yeteneklerini kullanmadan karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir. Amerika'da yapılan bir çalışmada ergenlerin cinsellik ve üreme sağlığı bilgilerini ailelerinden ve eğitim kurumlarından (okul, dini kurumlar ve toplum merkezleri) aldığı bildirilmiştir (Hall ve ark, 2012). Ülkemizde üniversite öğrencilerinin CYBE bilgi düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada bu konudaki bilgilerin orta düzeyde olduğu ve bilgilerin arkadaş (%42,3), okul (%24,6), hekim (%17,7) ve aileden (%15,4) aldığı rapor edilmiştir (Çalışkan ve ark, 2015).</p> <p>Adölesan evlilikleri sonucu cinsel eylemin erken yaşlarda başlamasının risklerinden bir diğer CYBE'dir ve 15-24 yaşları arasındaki kişilerde CYBE görme oranı oldukça yüksektir (Aslan ve ark, 2014; Cheung ve ark, 2014; Hull ve ark, 2017). DSÖ her yıl 20 genetik birinin tedavi edilebilir bir CYBE'ye yakalandığını belirtmektedir (World Health Organization, 2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada 24 transseksüel katılımcının tamamı CYBE'si olan ya da HIV/AIDS'e yakalanmış birini tanıdıklarını belirtmişlerdir (Sevencan ve ark, 2012).</p> <p>Adölesan dönemde evlenmiş olan kız çocukları daha ileri yaş gruplarındaki kadınlara göre daha fazla fiziksel (iki kat) ve cinsel şiddete (üç kat) maruz kalmaktadırlar (Malatyali, 2014). Ancak gelenekler, kadının statüsünün düşük olması ve ekonomik özgürlüğünün olmaması gibi nedenlerle kadına yönelik şiddet çoğulukla gizli tutulmaktadır (Ayaz ve Yaman, 2010; Şenol, 2014). Dünyada 15-19 yaş grubu ergen kızların %29,4'ü eş/partner şiddetine maruz kalmaktadır (World Health Organization,</p>
--	---

	<p>2013). Güney Asya'daki 34 ülkede yapılan çalışmalar incelendiğinde çocuk yaşı yapılan evliliklerin eş şiddetinden risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Kidman 2016). Bangladeş'te yapılan bir çalışmada eş tarafından şiddete maruz kalan kadınların %78,9'unun çocuk yaşı evlenmiş olduğu bildirilmiştir (Youth ve ark. 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada çocuk yaşı evlendirilen kızların yaygın bir şekilde eş tarafından fiziksel (%14,6) ve duygusal (%27,1) şiddete/istismara uğradığı rapor edilmiştir (Soylu ve Ayaz 2013). Başka bir çalışmada da çocuk yaşı evlenenlerin kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha fazla fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (Güneş ve ark. 2016).</p> <p>Adölesan evlilikleri kız çocukların psiko-sosyal büyümeye ve bedensel gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca gelişime dönemindeki evli bir çocuk, evlilik bağı ile ağır bir sorumluluk altına girmektedir (Özcebe, 2013; Girls not Brides, 2016; Özçulat, 2016). Toplumsal bir rol olarak iyi bir gelin ve daha sonraki annelik rolleri, bireye ağır yükler getirmektedir. Bütün bunların sonucunda çocuk evlilikleri yapan bireylerde, sıkılıkla depresyon ve intiharlar gibi ciddi psikolojik problemler görülebilmektedir (Özyurt ve Deveci, 2011; Özcebe, 2013; Boran ve ark, 2013; Gage, 2013; Malatyali, 2014).</p> <p>Adölesan yaşı evlenenlerin şiddet, istismar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, gebelik ve doğum gibi risklerle daha fazla karşılaşmaları nedeni ile özel bakım ve korunmaya, üreme sağlığı ile ilgili öncelikli ve özenli yaklaşma gereksinimleri bulunmaktadır. Temelde koruyucu sağlık bakım hizmeti sunucusu olarak ebelerin, çocuk yaşı evlenenlerin üreme sağlığı davranışlarının geliştirilmesinde ve sunulan sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin sağlanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri tarafından karşılanan her durumda, bireye üreme sağlığı hizmetleri konusunda güncel doğru bilgiler verilmelidir. Ancak, ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinin her aşamasında kadınlarla birlikte olan ebeler, çoğu kez iş odaklı çalıştırıldıkları dolayısı rutin bakım planı kapsamında üreme sağlığı hizmetlerine yer vermemeştirler. Diğer yandan yapılan çalışmalarda, ebelerin, çocuk evliliklerinde üreme sağlığı davranışlarının geliştirilmesinde ve sunulan sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin sağlanmasında önemli sorumluluklarının bulunduğu vurgulanmaktadır (Hodoglugil ve Akin, 1999; Sağlık Bakanlığı, 2016). Ebeler tarafından bilgilendirilen kadınların, doğru üreme sağlığı davranışları edinmesi ile toplumda istenmeyen gebelikler, CYBE, riskli gebelikler ve kötü doğum sonuçları, anne ve bebek ölümleri ve şiddet gibi üreme sağlığı sorunlarının çözümüne katkı sağlanabilir.</p> <p>Ebeler ve diğer sağlık çalışmaları hizmet sunumu sırasında adölesan yaşı evlenenler ile sıkılıkla karşılaşmaktadır. Ancak, sağlık çalışanları bu özel grup ile çalışırken sağlık bakımında yasal zorunlulukları yerine getirmede, cinsel istismar, istenmeyen gebelik, şiddet gibi sorunlara yönelik hizmet vermede güçlük yaşamaktadırlar. Oysa adölesan evliliklerinin çözümünde ve onların hizmet gereksiniminin karşılanmasında öncelikle durum tespiti yapılması gerekmektedir.</p>
--	---

	<p>Ülkedeki karar vericiler ve program yürütütücülerinin, yeni planlama yapabilmeleri için üreme sağlığı ile ilgili mevcut durum ve etkileyen faktörleri, gelecekte nasıl olacağını ve bu konu hakkındaki tutumlar ile ilgili bilgilere gereksinimi bulunmaktadır. Bu konuda yapılacak araştırmalardan elde edilecek bilgiler, adölesan evliliklerinin önlenmesi, bu grubu yönelik üreme sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve sunumunda yarar sağlayabilecektir.</p> <p>Adölesan evlilikleri son yıllarda yoğun bir şekilde karşılaşılan ve çok sayıda üreme sağlığı sorunlarını da beraberinde getiren önemli bir konudur. Bu yaş grubuna hizmet sunan sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu sırasında bu bireylerin üreme sağlığı davranışları konusunda kültürel özellikleri de yansitan kapsamlı veriye gereksinimleri bulunmaktadır. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde, bu konuda sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012; Özcebe, 2013; Yakıt ve Coşkun, 2014) ve daha fazla bilgiye gereksinim duyulmuştur. Bu gerekçelerle, araştırmada adölesan yaşıta evlenmiş olan kadınların, üreme sağlığı davranışlarının incelenmesi hedeflenmiştir.</p> <p>Çalışma İzmir ilinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum kliniklerine hizmet almak için başvuran ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olan kadınlar ile yapılacaktır.</p>
Amacı:	Bu araştırmanın amacı, adölesan dönemde evlenen kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemektir.
Yöntemi:	<p>Bu çalışma, karma yöntem (mixed research design) araştırması olarak yapılacaktır. Nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı ve yöntem çeşitlimesi olarak tanımlanan bu yöntemde, aynı araştırma sorusuna farklı araştırma yöntem ve teknikleri kullanılarak yanıt aranmaktadır. Bu şekilde, bir araştırmada nitel ve nicel yöntemlerin birlikte kullanılması, her iki yöntemin de avantajlarını artırmakta ve dezavantajlarını azaltmaktadır (Dede ve Demir, 2015; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu araştırmada nicel veriler soru formu ve nitel veriler bireysel görüşme teknikleri ile elde edilecektir.</p> <p>Nicel araştırmalar, sayısal değerlerle hipotezleri test etmeyi amaçlamaktadır. Araştırmacı tarafından belirlenen soruların çok sayıda katılımcı ile tepkilerini ölçebilmesi nicel araştırmaların avantajıdır. Böylelikle kolayca veriler karşılaştırılabilirlikte ve istatistiksel işlemler yapılmaktadır (Erdoğan ve ark, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016).</p> <p>Niteliksel (qualitative) araştırma yöntemi, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi yöntemler kullanarak algı ve olayların, insan davranışlarının içinde bulunduğu doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir şekilde incelemeyi ve çok boyutlu açıklamayı amaçlamaktadır (Erdoğan ve ark, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016; Bütün ve Demir, 2016). Bu araştırma yöntemi, amaca yönelik durumların derinlemesine betimlenmesi, yorumlanması ve katılımcıların düşüncelerini ve davranışlarını anlayarak, kuramlar oluşturma</p>

ve modellemeyi hedeflemektedir. Çalışma metotları "nitel" olup, sayısal ve ölçümle değerlendirmeleri kapsamamaktadır. Niteliksel araştırmalara katılımcılar belirlenirken, olasılığa dayalı şekilde seçilmez ve ortaya çıkan sonuçların toplumun tamamına genellenmesi hedeflenmez (Bütün ve Demir, 2016). Niteliksel araştırmalar çoğunlukla sosyal bilimlerin çalışmalarında kullanılmış ancak hastalıkların çok fazla değişken tarafından etkilenerek yaygınlaşması, bireylerin sağlığının genetik yatkınlıklarla birlikte gelişim ve çevre gibi faktörlerin de etkilediğinin izlenmesi ile birlikte fen bilimlerinde de önem kazanmaya başlamıştır. Son yıllarda, özellikle riskli sağlık davranışları nedenlerinin araştırılması, bireylerin sağlık hizmetlerinden taleplerinin belirlenmesi, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gibi konularda niteliksel araştırmalar nicelesik araştırmalar ile birlikte ve bütünlüklü olarak kullanılmaktadır (Erdoğan ve ark, 2014). Her iki araştırma yönteminin güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır ve hangi yöntemin tercih edileceğine araştırma konusu ve amacı ile araştırmacıya bağlı olarak değişimler (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Bu araştırmada kullanılan karma yöntem deseni ile hem nicek hem de nitel yöntemlerle paralel olarak veri toplanmakta ve analiz yapılmaktadır (Dede ve Demir, 2015; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Nicek ve nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı çok önemli desen araştırmalarında yorumlamaya kadar çalışmalara birbirinden bağımsız olarak devam edilebilmektedir (Dede ve Demir, 2015). Araştırma karma deseninde nitel ya da nicek metodlardan biri ile başlanarak aynı yöntemlere dayalı olarak devam edilebilir. Örneğin, bir araştırma karşılaştırma ve ilişkisel nicek bir çalışma ile başlayabileceği gibi nitel bir betimleme ile de başlayabilmektedir (Bütün ve Demir, 2013; Dede ve Demir, 2015).

Araştırmacı karma yöntem deseninde gerek nitel gerekse nicek yöntemlerle elde ettiği bulguları birlikte ya da ayrı sunabilmektedir. Karma yöntemde birden fazla amaç bildiren bulgular, sonuçlar bölümünde çeşitlendirilerek ya da bir noktaya yönlendirilerek sunulabilir. Böylece, birbirile çatışan bakış açıları ortaya çıkarılarak araştırmnan etki alanı genişletilebilir. Temalar ve istatistiksel çözümlemelerin birlikte verildiği sunumda, nitel veriler (temalar) ve nicek verilerin (istatistiksel çözümlemeler) yorumlanarak sonuçlara ulaşılır. Tartışmalar bölümünde nitel ve nicek sonuçların her ikisi de özetlenir ve bütünlendirilerek sunulabilir. Araştırmacı araştırmnanın her aşamasında nitel ve nicek olmak üzere her iki yöntemden de yararlanabilir (Bütün ve Demir, 2013; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu şekilde yapılan veri kaynakları çeşitlemesi, yöntem çeşitlemesi ile ilgili olarak ayrı zaman dilimlerinde elde edilen bilgilerin devamlılığının birbirleriyle doğrulanarak karşılaştırılabilmesine imkân vermektedir. Bu süreci sağlayan aşamalardan biri de farklı meslekte ve statüde olan bireylerin görüşlerinin birbirileyle karşılaştırılmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Veri çeşitlemesini destekleyen önemli bir başka faktör farklı veri kaynaklarından veri toplamaktır.

Nitel araştırma, nicek araştırma yöntemlerinin aksine miktarı, sıklığı ya da şiddetini ölçmek yerine algı, davranış ve yorumları tüm detayları ile anlamaya çalışır (Yıldırım ve

Şimşek, 2016). Bu nedenle sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı yaşam biçimini davranışları, uygun veri toplama teknikleri kullanarak geliştirilmiş müdahale yöntemlerini uygulayarak bireyin ve toplumun sağlıkla ilgili olabilecek alışkanlıklarını, inançlarını ve değerlerini öğrenerek sağlanabilir.

Adölesan evliliği yapmış olan kadınlar gibi hassas gruplar arasında üreme sağlığı yönünden yapılan niceliksel araştırma sonuçları onların üreme sağlığı davranışlarını açıklamada yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle niteliksel araştırma yöntemleri kullanılarak yeni sonuçların saptanması ve kullanılması sorunun daha iyi algılanmasını ve yeni çözümlerin üretilmesini sağlayabilir.

Bu araştırma sürecinde nicel ve nitel aşamaların eşzamanlı olarak uygulanıldığı yakınsayan paralel desen kullanılacaktır. Yakınsayan paralel desen, “*araştırmacının, nicel ve nitel aşamaları araştırma sürecinin aynı olan bir aşamasında eş zamanlı olarak uygulamasıyla oluşur. Bu desen yöntemlere eşit öncelik verir, çözümleme sırasında bu aşamaları birbirinden ayrı tutar ve daha sonra genel yorumlama yaparken sonuçları birleştirir.*” (Dede ve Demir, 2015; Şekil 1).



Şekil 1: Karma Yöntem Araştırma Deseni Prototip Modelleri (Dede ve Demir, 2015)

Araştırmayı nicel boyutu

Adölesan evliliği yapmış olan kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı araştırma tipi kullanılacaktır.

Araştırmayı nitel boyutu

Adölesan yaşta evlilik yapmış olan bireylerin üreme sağlığı davranışlarını incelemek amacıyla durum çalışması kullanılacaktır. Durum çalışması: bir duruma ilişkin etkenler; ortam, bireyler, olaylar, süreçler vb bütüncül bir yaklaşımla araştırılır ve ilgili durumu nasıl etkiledikleri ve ilgili durumdan nasıl etkilendikleri üzerine odaklanılır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEK GRUBU

Araştırmayı nicel boyutuna yönelik örneklem

Araştırmayı örneklemi, 15.11.2017-15.03.2018 tarihlerinde İzmir ilinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum kliniklerine hizmet almak için başvuranlardan araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olan 100 kadın oluşturacaktır. Bu hastanede 2017 yılı ocak-haziran döneminde 18-25 yaş aralığında doğum yapan kadın sayısı 1608 idi.

Araştırmayı niceliksel bölümü gelişgüzél örneklemeye yöntemi ile belirlenen 100

kişi ile gerçekleştirilecektir. Bu bölümde alınması gereken en az birey sayısı TNSA 2013'da belirtilen 18 yaş altı evlilik oranı (%7) sonuçlarına dayalı olarak evreni bilinen örneklem hesabı ile belirlenmiştir (Koç ve ark, 2014). Buna göre N = 1608 (Doğum) (18-25 yaş grubu kadın-doğuma başvuran sayısı/hastane kayıtlarında 18 yaş altı evlenmiş olduğuna dair kayıt yok), $p = 0,07$, $q = 0,93$ ve $d = 0,05$ alınarak hesaplanmış ve 94 olarak bulunmuştur (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2014). Olası veri kayıpları göz önüne alınarak araştırmaya 100 kişi alınması planlanmıştır.

StatCalc - Sample Size and Power

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

	Population size:	Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Population size:	1608	80%	42	42
Expected frequency:	7 %	90%	67	67
Acceptable Margin of Error:	5 %	95%	94	94
Design effect:	1,0	97%	114	114
Clusters:	1	99%	156	156
		99.9%	240	240
		99.99%	317	317

Araştırmanın nicel boyutuna yönelik belirlenen dahil edilme kriterleri

- Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum Kliniklerine hizmet almak için başvurması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- 17 yaşında ve/veya öncesinde evlenmiş olup 18-25 yaş aralığında olan kadınlar (veri toplama süreci ile ilgili yasal yükümlülük reşit olma, adölesan evliliğinin ve anneliğin getirdiği sorumluluklar ile üreme sağlığı hizmetlerini tanımlayabilecek farkındalıkın olması gereklisi ile),
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,

Çalışmanın dışlama kriterleri

- Ruhsal ve zihinsel sağlık sorunu olan kadınlar araştırmaya dahil edilmeyecektir.

Araştırmanın nitel boyutuna yönelik örneklem

Nitel verilerin toplanması için gerekli olan örneklem, amaçlı örneklem yöntemi ile belirlenecektir. Amaçlı örneklem yönteminde ise araştırmaya dahil edilme kriterlerinin bulunduğu ölçüt örneklem metodu kullanılacaktır (Erdoğan ve ark, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Araştırma başlangıcında belirlenmiş olan kriterlere uyum

	<p>sağlayan yaklaşık 5-25 kişi ile görüşmeler yapılacaktır. Araştırmaya alınacak kesin birey sayısı verilerin doygunluk noktasına ulaşması durumunda yani veriler tekrar etmeye başladığında belirlenerek görüşmeler sonlandırılacaktır. Bu nedenle, nitel araştırma için örneklem sayısı çalışmanın başlangıcında net olarak belli değildir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Araştırmanın bu bölümünde veriler, yarı yapılandırılmış form ile bireysel görüşme tekniği uygulanarak toplanacaktır.</p> <p>Nitel araştırma için dâhil edilme kriterleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum Kliniklerine hizmet almak için başvurması, • Nitel görüşme için gönüllü olması • Araştırmanın niceł bölümune de dâhil edilmiş olması, <p>3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ HAZIRLANMASI VE VERİLERİN TOPLANMASI</p> <p>3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması</p> <p>Araştırma verilerinin toplamasında soru formu (niceł veriler için) ve yarı yapılandırılmış görüşme formu (nitel veriler için) kullanılacaktır.</p> <p>Soru Formu</p> <p>Soru formu, araştırmacı tarafından adolesan evliliği yapan kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve üreme sağlığı davranışını belirlemek için literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır (Bütün ve Demir, 2013; Erdoğan ve ark, 2014; Dede ve Demir, 2015; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Soru formunda kadınların tanımlayıcı özelliklerini, doğurganlık özelliklerini, evliliklerini ve üreme sağlığı davranışlarını sorgulayan soru bulunmaktadır. Hazırlanan soru formunun kapsam geçerliği ve anlaşılabilirliğini geliştirmek için doğum, kadın sağlığı ve hastalıkları ile ilgili alanda eğitimi ve çalışma deneyimi olan 10 kişiden görüşleri alınacaktır. Uzmanların görüşleri doğrultusunda soru formu yeniden düzenlenecektir. Soru formu, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla sakın bir ortamda, yüz yüze görüşlerek doldurulacaktır. Soru formu: sosyo-demografik değişkenler (birey ve eş yaşı, eğitim, meslek ve gelir durumu gibi), doğurganlık özellikleri ve üreme sağlığı (gебелik sayısı, ölü doğum sayısı, canlı çocuk sayısı, gebeliğin istenme durumu, önceki gebelikleri vb.) soruları içermektedir. Soru Formu Ek-... de verilecektir.</p> <p>Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu</p> <p>Araştırmanın nitel bölümünün verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanacaktır (Ek-....). Yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmasında soruların kolaylıkla anlaşılması ve çok boyutlu olmaması, katılımcıyı yönlendirici olmaması gibi ilkelere dikkat edilmiştir (Erdoğan ve ark, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Hazırlanan görüşme formunun amaca ne ölçüde hizmet ettiği, anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini kontrol etmek amacıyla alan uzmanlarının</p>
--	--

	<p>görüşlerine sunulacaktır. Uzmanların önerileri doğrultusunda görüşme formu yeniden düzenlenenecektir. Araştırmada uzman incelemesi ile iç geçerlik (inandırıcılığını) sağlanmaya çalışılacaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).</p> <p>Pilot uygulama</p> <p>Soru formu anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek amacıyla adölesan evliliği yapmış olan 10 kadın ile ön uygulama yapılacaktır. Yarı yapılandırılmış görüşme formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek için 5 kişi ile görüşme yapılacaktır. Ön uygulama sonrasında veri toplama araçlarına son şekli verilecektir. Ayrıca, verilerin iç geçerliliğini artırmak için toplanan verilerden elde edilen bulguların tutarlılığı kontrol edilecektir. Buna yönelik olarak bulguların, görüşme formunun geliştirilmesinde kullanılan kavramsal çerçeve ile uyumluluğu sürekli kontrol edilecektir (Erdoğan ve ark., 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016).</p> <p>Verilerin Toplaması</p> <p>Araştırmamanın nicel boyutuna ilişkin verilerin toplanması:</p> <p>Örnek grubundaki kadınlarla sakin bir ortamda, yüz yüze görüşülerek, soru formları uygulanacaktır. İlk görüşmeden sonra tekrar herhangi bir izlem ya da görüşme yapılmayacak, veri toplama süreci sona erecektir. Kadınlardan veri toplamak için "Soru Formu" kullanılacaktır.</p> <p>Araştırmamanın nitel boyutuna ilişkin veri toplanması:</p> <p>Soru formu uygulandıktan sonra görüşmeyi kabul eden kadınlarla hastaneden ayrılmadan bireysel görüşme için planlama yapılacaktır. Kadınlar ile görüşmeye başlamadan önce, araştırmamanın amacı, nasıl yapılacağı, ses kaydı yapılacağı konusunda bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarından gönüllü olarak katıldıklarını belirten sözlü ve yazılı onam alınacaktır. Örnek grubundaki kadınlarla sakin bir ortamda, yüz yüze görüşmeler yapılacaktır. Görüşme süresi katılımcıya göre değişkenlik göstermekle birlikte yaklaşık 15-20 dakika olarak ve her birey ile sadece bir görüşme olacak şekilde planlanmıştır. Araştırmamanın nitel verileri, bu tür araştırmalarda yaygın kullanılan yarı yapılandırılmış soru formu ile görüşme yapılarak elde edilecek ve ses kayıt cihazı ile kayıt edilecektir. Araştırmamanın nitel boyutuna ilişkin örneklem sayısına, verilerin doygunluğa ulaşması durumuna göre karar verilecektir. Araştırma verilerinin Aralık 2017- Haziran 2018 tarihleri arasında toplanması planlanmıştır. Araştırmamanın zaman çizelgesi Tablo 1'de verilmiştir.</p>
Uygulanacağı Birimler:	Kadın-Doğum Klinikleri
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb.) Kurum/Kuruluş Adı:	Adnan Menderes Üniversitesi BAP

Başlama Tarihi ve Süresi:	Aralık 2017-Haziran 2018
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM

Eğitim / Ar-Ge Birim Sorumlusu
İmza
..../ .../ 2017

Bakım Hizmetleri Müdürü
İmza
15.../11/2017

Klinik Birim Sorumlusu
İmza
..../ .../ 2017

HASTANE YÖNETİCİSİ

SAĞLIK İMZA
TÜRKİYE KARDEŞLİK ANELERİ KURUMU
 İzzet Kürşat Karabulut Hastanesi Genel Sekreterliği
 Prof. Dr. Gökhan ARAĞACI
 Hastane Konum: Başkent
 Diploma Tesdi No: Diploma No: 70172 / 1118
 Duanı No: 46178

Not: Eğitim Araştırma Hastaneleri onayı için:

- 1-Ar-Ge Birim Sorumlusu
- 2-Klinik / Birim Sorumlu Hekimi
- 3-Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- gereklidir.
- 4-Hastane Yöneticisine onaylatılması gereklidir.

Devlet Hastaneleri ve ADSM onayı için:

- 1- Klinik / Birim Sorumlu Hekimi
- 2- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- 3- Hastane Yöneticisine onaylatılması

Ek 6. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 92340882-050.04.04
Konu : Kararlar hk.

Sayın Prof.Dr.Zekiye KARAÇAM

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29.11.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 7 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM
Etik Kurul Başkanı

KARAR 7:

Protokol No : 2017/52

Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr.Zekiye KARAÇAM
ADÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü öğretim üyesi - Prof.Dr.Zekiye KARAÇAM'ın "Adölesan Dönemde Evlenen Kadınların Üreme Sağlığı Davranışları: Bir Karma Yöntem Çalışması" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereklilik, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve yapılan düzeltmeler uygun bulummuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilebilmesinde etik ve bilimsel sakince bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırıcıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen **çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)'lerin gönderilmesi gerekliliğinin hatırlatılmasına** ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir

Ek 7. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Son Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/03/2019-E.15343



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 92340882-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
Öğretim Üyesi

Aydin Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.02.2019 tarihinde yapılan olağan toplantıda çalışmanızla ilgili alınan 9 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Ayten TAŞPINAR
Kurul Başkanı

KARAR 9:

Protokol No : 2017/52
Sorumlu Yürüttüçü : Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Aydin Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 29.11.2017 tarihinde onay verilen; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "Adölesan Dönemde Evlenen Kadınların Üreme Sağlığı Davranışları: Bir Karma Yöntem Çalışması" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 27.02.2019 tarihli dilekçesi görüştü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.
Kurum izin belgesinin alınıp, dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk** Onayımasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Evrakı Doğrulamak İçin: <https://ehys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/L5496JE>

Sağlık Bilimleri Fakültesi Gençlik cad. no:7 Efeler/AYDIN
Telefon No: 02562132717 Faks No: 02562124219
E-Posta: sagbilfakultesi@adu.edu.tr Internet Adresi:
<http://akademik.adu.edu.tr/fakultet/saglik/> İmza Kullanımı İmza Güvenlik Elektronik İmza İmza Gözlemevi

Bilgi İçin: Nazife Uzun
Unvan: Bilgisayar İşletmeni
Telefon No: 05438373927

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : DÖNMEZ, Ayşegül
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Manavgat, 01.01.1970
Telefon : 505 526 68 11
E-mail : ayseguldonmez@yahoo.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Doktora	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	2019
Y. Lisans	Ege Üniversitesi	2013
Lisans	On Dokuz Mayıs Üniversitesi	2011
Lise	SSK Tevfik Sağlam Sağlık Meslek Lisesi	1988

BURSLAR ve ÖDÜLLER:

Sağlıkta Örnek İnsan Ödülü – 2014- Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı

5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi Teşvik Ödülü - 2014

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
1988 - 1990	SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Doğumhane	Ebe
1990 - 1992	SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Jinekoloji - Obstetri Kliniği	Ebe
1992	SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Aile Planlaması Eğitim Merkezi Kurucu Üyeliği	Ebe
1992 - 1994	SSK Ege (Tepecik) Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Aile Planlaması Eğitim Merkezi	Ebe
1994 - 2012	SSK Ege (Tepecik) Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Aile Planlaması Eğitim Merkezi	Sorumlu Ebe
2012 - ...	SB Tepecik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Eğitim Birimi	Ebe

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

Dönmez, A, Er M, Karaçam Z. Gebe Okuluna Başvuran Gebelerin Yaşadığı Gebeliğe Bağlı Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. Life Sciences. 2018. 13 (1), 1-10.

Dönmez, A, Karaçam Z. Annenin Duygusal İyiliği: Jean Ball'ın Deck-Chair (Şezlong) Teorisi. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2017. 27 (1), 7-12.

Dönmez, A, Özkan AÇ, Canbay FC, İstenmeyen gebelik ve güvenli olmayan düşüklerin çözümünde ebenin rolü. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016. 15 (5), 450-457.

Nayki U, Nayki C, Ulug P, Kulhan M, **Erdonmez, A**, Ertopcu K and Yildirim Y. Health& Medical Informatics-Menstrual Bleeding Patterns and Development of Ovarian Cysts in Turkish Levonorgestrel- Releasing Intrauterine System Users. J Health Med Informat 2015, 6:4 <http://dx.doi.org/10.4172/2157-7420.1000194>.

- Ertopcu K, Nayki C, Ulug P, Nayki U, Gultekin E, **Donmez, A**, Yusuf Yildirim, Surgical removal of intra-abdominal intrauterine devices at one center in a 20-year period. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2014.
- Saydam BK, Ertopcu K, **Donmez, A** “Aile Planlaması Hizmetlerinde Memnuniyeti Etkileyen Faktörler” Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006, 22(1):197-210. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006, 22(1):197-210.
- Ertopcu K; Inal M.M; **Donmez A**; Ergin I; Et al. “Effect of contraception on depression: comparison of Edinburgh and Beck depression scales”, ”, *Eur J Contracept Reprod Health Care*, (June 1): 1-5) (2004).
- Ertopcu, K., Senol, S., **Donmez, A.**, Coskun, S., Vardar, S., Yetkin, S., & Ozelmas, I. (2000). The evaluation of intervally and postabortively applied Copper (Cu) T 380 A intrauterine devices in a five year period (a total of 1731 cases). *European Journal Of Contraception And Reproductive Health Care*, 5, P3-06.
- Karacan G, Demir Ü, **Donmez, A**, Ertopcu K, DMPA Kullanan Kadınların Yöntemi Seçme Nedenleri Ve Karşılaştıkları Sorunların İncelenmesi, - Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi/Journal, 2000, Cilt:3, Sayı:1, 23-28.

2. PROJELER

- SSK/SEATS Aile Planlaması Projesi, Uygulayıcı, 1994-1997.
- MSH Aile Planlaması Kayıt Sistemi, Uygulayıcı, 1998-2000.
- “Implanon Uygulama ve Kabul Edilebilirlik Çok Merkezli Pilot Çalışması” Sağlık Bakanlığı AÇSAP Derialtı Kontraseptif İmplant Projesi, Uygulayıcı, 2002.
- “Medikal Abortus Çok Merkezli Çalışması” Dünya Sağlık Örgütü, “Gynuity Health Projects”, Araştırmacı, 2007.
- 13/ASYO/003, HPV (+) Kadılarda Serviks Kanserini Önelemeye Yönelik Eğitim Müdafale Çalışması, Araştırmacı, Proje No:13/ASYO/003, 2015, İzmir.

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

Ertopcu K., Inal M.M., **A. Donmez**, I. Ozelmas, S. Tinar, “Interval versus Postabortive Counseling: Demographic Characteristics and Effect of Reproductive Desire on Method

Selection (14332 cases)", *The 8th Congress of the European Society of Contraception*, June, 2004, Edinburgh, Britain.

Ertopcu K., Inal M.M., **Donmez, A**, I. Ergin, S. Yetkin, S. Vardar, O. Bicer, I. Ozelmas, "Effect of Contraception on Depression: Comparison of Edinburgh and Beck Depression Scales", *The 8th Congress of the European Society of Contraception*, June, 2004, Edinburgh, Britain.

Inal M.M., K. Ertopcu, C. Nayki, U. Nayki, **Donmez, A**, S. Vardar, I. Ozelmas, S. Tinar, "Effect of Subdermal Contraceptive Implant (Implanon®) on Hormonal Parameters", *The 8th Congress of the European Society of Contraception*, June, 2004, Edinburgh, Britain.

Ertopcu K., BK. Saydam, İnal M.M., **Donmez, A**, İ. Ergin, Ş. Vardar, S. Yetkin, İ. Özelmas, "Danışmanlık ve Memnuniyet", *4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*, 20-23 Nisan 2005, Ankara.

Ertopcu K., İnal M.M., Z. Özenç, **Donmez, A**, A. Turpçulu, İ. Özelmas, Ş. Tınar, "Aylık Enjektabl Kontraseptiflerin 5 Yıllık Takibi", *4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*, 20-23 Nisan 2005, Ankara.

Özenç Z., İnal M.M., NS. Deniz, **Donmez, A**, K. Ertopcu, İ. Özelmas, Ş. Tınar, "Intern Doktorların Aile Planlamasıyla İlgili Teorik Bilgilerinin Değerlendirilmesi", *4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*, 20-23 Nisan 2005, Ankara.

Inal M.M., Kose S., Ertopcu K., Demirci F., **Donmez, A**, D. Oztekin, I. Ozelmas, S. Tinar, "Chlamydia: Prevalance Study of Turkish Population", *The 9th Congress of the European Society of Contraception*, May 2006, İstanbul, Turkey.

Ertopcu K., Inal M.M., Z. Ozenc, **Donmez, A**, G. Yildirimkaya, I. Ozelmas, S. Tinar, "Contraception Again with IUD after IUD Dislocation and IUD+Pregnancy (Evaluation of 6412 cases)", *The 9th Congress of the European Society of Contraception*, May 2006, İstanbul, Turkey.

Ertopcu K., Inal M.M., Z. Ozenc, **Donmez, A**, F. Ozdemir, I. Ozelmas, S. Tinar, "Evaluation of Placental Retentions after 8536 Uterine Evacuations", *The 9th Congress of the European Society of Contraception*, May 2006 İstanbul, Turkey.

Inal M.M., S. Kose, K. Ertopcu, M.E. Avci, **Donmez, A**, I. Ergin, I. Ozelmas, S. Tinar, "Vaginal Infections in Family Planning Regular Visitors", *The 9th Congress of the European Society of Contraception*, May 2006, İstanbul, Turkey.

Ertopcu K, **Donmez A**, Saydam BK, Yildirim Y. One Year Follow Up Of Mirena (Evaluation Of 273 Cases In 10 Years) (First Global Conference On Contraception, Reproductive And Sexual Health Poster Sunu), 22- 25/05/2013 Copenhagen, Denmark.

İcke S, Sarican ES, **Donmez A**, Sogukpinar N. New Solution To Birth Pain: Reflexology. 3rd European Congress on Intrapartum Care Making Birth Safer, Poster Bildiri, May 25 – 27 2017. Stockholm.

Donmez A, Er M, Karaçam Z. Gebe Okuluna Başvuran Gebelerin Yaşıdağı Gebeliğe Bağlı Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi 2nd International Science Symposium, Tbilisi Yunus Emre Turkish Cultere Center. Sözel Bildiri, 2017, Tbilisi, Georgia.

Donmez, A, Saydam BK. HPV (+) Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Geliştirmenin Serviks Kanserini Önlemeye Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi 1.

Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi. 2017, Aydın.

Canbay FC, Çoban A, **Donmez A**. Türkiye'de Gebelikte Şiddet: Sistematik Derleme 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi. Sözel Bildiri 2017, Aydın.

Donmez A, Karaçam Z, Sakaoğlu HH. Adölesan Evliliklerin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi. Uluslararası Necatibey Eğitim Ve Sosyal Bilimler Araştırmaları Kongresi, Sözel Bildiri. 2018, Balıkesir.

Donmez A, Karaçam Z, Yeşil Y, Gürsoy G, Oruç P. Kadın-Doğum İle İlgili Birimlerde Ebelik Ve Diğer Öğrenci Uygulamalarının Kurumsal Açıdan Değerlendirilmesi. 1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi. Sözel Bildiri, 2018, İzmir.

Donmez A, Karaçam Z. Hizmet İçi Eğitimlerin SWOT Analizi İle Değerlendirilmesi. 1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi. Sözel Bildiri, 2018, İzmir.

Donmez A, Karaçam Z, Sakaoğlu HH, Canbulut N. Sezaryen Doğum Oranları Ve Kadınların Doğum Şekli Tercihi İle İlişkisi. 1. Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi. 2018. Poster Bildiri.

Ergüden AS, Fidanboy S, Işık H, Oral E, Yeşil Y, Ekşioğlu A, **Donmez D**, Can HÖ, Turfan EÇ. Gebelerin Nonobstetrik Travmalara Maruziyet Durumlarının İncelenmesi. 5. Uluslararası & 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri 3-5 Mayıs 2018, Amasya.

B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler

Ertopçu, K., **Dönmez, A.**, Coşkun S., Sağlık Personelinin Sterilizasyon yöntemler ile ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi ve hizmet içi eğitimin önemi. I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyum Kitabı, s:107-114. 1996, İzmir.

Dönmez,A., İnterval RİA Uygulamaları ve Danışmanlığında Ebe ve Hemşirenin Rolü (1393 Olgunun Değerlendirilmesi) Dokuz Eylül Üniversitesi 5. Ulusal Hemşirelik Kongresi- Sözel sunu, 1997, İzmir.

Ertem KG, Demir Ü, **Dönmez A.** ve ark. DMPA etkinlik güvenirlilik ve sürekliliğinde danışmanlığın önemi. 1. Ulusal Aile Planlaması Kongresi. Poster bildiri. 14 - 17 Nisan 1999, Ankara.

Dönmez, A., Ertem,G., Altınbaş, Ş., Turpçulu,A., Ertopçu, K., "Aile Planlaması Danışmanlığında Hemşirenin Rolü", I. Ulusal Klinisyen Hemşireler ve Ebeler Kongresi, Sözel Bildiri, 4-7 Mayıs, 2000, Antalya.

Dönmez A., Vardar Ş, Demir Ü. Hormonal kontrasepsiyonda bireysel danışmanlık.1. Ulusal Aile Planlaması Kongresi. Posterbildiri 14 - 17 Nisan 1999, Ankara.

Yıldırım, Y., K. Ertopçu, İ. Özeltas, E. Töz, **Donmez, A.**, Ş. Tınar. Minilaparotomi İle Gerçekleştirilen İnterval ve Post-abortif Tuba Ligasyonu Uygulamalarının Komplikasyonları (2846 Olgunun Retrospektif Analizi). *Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*, Kongre Özeti Kitabı, 341, Ankara, 2007.

Ertopçu K., Saka Ö, Arbak G, Tekeli Ş, **Donmez, A.**, Özeltas İ. Sedo-analjezi ile gönübirlik cerrahi sterilizasyon uygulamaları (2913 olgunun değerlendirilmesi) 7.Üreme Sağlığı Kongresi-Sözel Sunu, 2011, Ankara.

Ertopçu K., **Dönmez A.**, Dinçer L., Özeltas İ., Taşyurt A., Akın A, İzmir ve Diyarbakır'da 1998'den 2008'e Üreme Sağlığı (Toplam 82441 olgu) 7.Üreme Sağlığı Kongresi-Poster Sunu, 2011, Ankara.

Ertopçu K., **Dönmez A.**, Bilgili N., Akın A. Medikal Abortus'ta Erkeğin Rolü, 7.Üreme Sağlığı Kongresi-Sözel Sunu, 2011, Ankara.

Ertopçu K., **Dönmez A.**, Bilgili N., Akın A. Medikal Abortus Sonrası İstenmeyen Gebelik Tekrarı. 7.Üreme Sağlığı Kongresi-Poster Sunu, 2011, Ankara.

Donmez, A. Post Partum Bir Yıl İçinde İstenmeyen Gebelikler, 1. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Doğum Sonrası Bakım Kongresi 19-22 Haziran 2013 İzmir/Türkiye, Poster Sunu. 1. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Doğum Sonrası Bakım Kongresi. 19-22 Haziran 2013 İzmir/Türkiye

- Donmez, A**, Saydam BK, Altunay E, Demirelöz M, Başgün A, Hadımlı A, Canbulut N. Gebelik Döneminde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, 1.Ege Ebelik ve Doğum Kongresi, Poster Sunu, 21 - 22 Mart 2014, İzmir.
- Altunay E, **Donmez, A**, Er M. Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Algısı ile Meslek Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, 1.Ege Ebelik ve Doğum Kongresi, Poster Sunu 21 - 22 Mart 2014, İzmir.
- Altunay E, Er M, **Donmez, A**. Sağlık Çalışanlarının Lisans Eğitimlerini Değerlendirme Düzeyleri ile Özyeterlik-Etkililik Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, 1.Ege Ebelik ve Doğum Kongresi, Poster Sunu, 21 - 22 Mart 2014, İzmir.
- Altunay E, Pektaş S, **Donmez, A**. Ebelik Öğrencilernin Ve Klinikte Çalışan Ebe/Hemşirelerin Uygulamalara Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi, 1.Ege Ebelik ve Doğum Kongresi, Poster Sunu, 21 - 22 Mart 2014, İzmir.
- Dönmez A.**, Özel A., Güler S., Gürsoy G., Turan D., Gül A. Mezuniyet Sonrası Eğitimde Örnek Bir Model: Tepecik Eğitim Ebe/Hemşireliği, 1.Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Poster Sunu, 18 - 19 Aralık 2014, İzmir.
- Dönmez A.**, Er M., Gürsoy E., Özler E., Gül A., Ertopcu K., Adölesan Ve İleri Yaş Gebeliklerde Obstetrik Öykülerin İncelenmesi, 1.Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Poster Sunu, 18 - 19 Aralık 2014, İzmir.
- Er M., **Dönmez A.**, Gürsoy E., Patak A., Gül A., Ertopcu K., Doğum Sayısının Obstetrik Sonuçlar Üzerine Etkisi, 1.Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Poster Sunu, 18 - 19 Aralık 2014, İzmir.
- Demir BK, Şentürk S, Kircali M, Atak A, **Donmez A**. Genç sağlıkçılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Vücut Kitle İndekslerine Göre Değerlendirilmesi. 34. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi.2017.