



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**GÖÇMEN KADINLARA (AHISKA TÜRKLERİ)
SAĞLIK SORUMLULUĞU, AİLE
PLANLAMASI BİLGİ VE TUTUMLARINA
YÖNELİK VERİLEN HEMŞİRELİK
GİRİŞİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ezgi DEMİRTÜRK SELÇUK

DOKTORA TEZİ

Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

TRABZON-2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

06/01/2023

Ezgi DEMİRTÜRK SELÇUK

İthaf

Kızım İncila'ma.



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim, sabrını, emeğini, desteğini esirgemeyen tezimin her aşamasında bana rehberlik eden, bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım, yolumu aydınlatan, hem akademik anlamda hem de kişisel anlamda örnek aldığım çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Birsal Canan DEMİBAĞ'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmama değerli katkıları, görüş ve önerileriyle, her daim daha iyiyi hedeflemem konusunda desteğini hissettiğim Dr. Öğr. Üyesi Havva KARADENİZ'e ve tez izleme komitesinde yer alarak beni yönlendiren desteklerini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Burçin KURT'a, katkıları için teşekkür ederim.

Araştırma sürecim boyunca destek ve yardımlarını esirgemeyen Öğr. Gör. Dr. İlknur BUÇAN KIRKBİR'e ve her zaman yanımda olan başaracağım konusunda bana inanan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Veri toplama aşamasında ve uygulama sürecinde araştırmada yer alan, bizleri evlerine kabul eden Ahıska Türkü kadınlara ayrıca teşekkür ederim.

Tezimi maddi açıdan destekleyen Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TUBİTAK)'a teşekkür ederim.

Hayatım boyunca sonsuz sevgi ve desteklerini benden esirgemeyen, bana olan inançlarını bir an olsun yitirmeyen canım babam Mehmet DEMİRTÜRK, annem Gülözar DEMİRTÜRK'e ve kardeşlerime her zaman yanımda oldukları için çok teşekkür ederim.

Bitmek tükenmek bilmeyen eğitim süreçlerimde yanı başımda olan, yoğunluğuma sabır gösteren, en büyük destekçim, hayat arkadaşım Taha SELÇUK'a ve tez sürecinde hayatımıza katılmış olan biricik kızım İncila'ma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ezgi DEMİRTÜRK SELÇUK

Bu çalışma TÜBİTAK tarafından 122S061 nolu 1002 projesi ile desteklenmiştir, kaynak gösterilerek tezdten yararlanılabilir.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
RESİMLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Göç	4
2.2. Göç Türleri	5
2.2.1. Gönüllü ve Zorunlu Göç	5
2.2.2. Bireysel ve Kitleseİ Göç	6
2.2.3. İç ve Dış Göç	6
2.2.4. Geçici ve Kalıcı Göç	7
2.3. Göç Nedenleri	7
2.4. Göç ve Sağıık	8
2.5. Göçün Kadın Yaşamı ve Sağııkına Etkisi	10
2.6. Ahıska Türkleri Tarihi	12
2.7. Kavramsal Yapı	13
2.7.1. Nola J. Pender'in Sağııkı Geliştirme Modeli	13
2.7.2. Sağııkı Geliştirme Modelinin Temel Bileşenleri	14
2.8. Sağıık Sorumluluğı	17
2.9. Aile Planlaması Tanımı ve Amacı	19
2.9.1. Türkiye'de Aile Planlaması Hizmetlerinin Tarihsel Süreci	19
2.9.2. Aile Planlamasının Yararları	20

2.9.3. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması	21
2.9.4. Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Görev Yetki ve Sorumlulukları	23
2.10. Mobil Uygulama	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4. Araştırmaya Kabul, Dışlanma Ölçütleri ve Sonlandırma Ölçütleri	29
3.5. Veri Toplama Araçları	30
3.5.1. Sosyo Demografik Özellikler ve Aile Planlaması Anamnez Formu (Ek 3)	31
3.5.2. Aile Planlaması Bilgi Formu (Ek 4)	31
3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu (Ek 5)	34
3.5.4. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) (Ek 6)	34
3.5.5. Aile Planlaması Programı Değerlendirme Formu (Ek 7)	35
3.6. Soru Formlarının Ön Uygulaması	35
3.7. Araştırmada Sürecinde Eğitim Amacıyla Yapılan Hemşirelik Girişimleri	35
3.7.1. Nola J Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Basamaklarına Göre Verilen Yüz Yüze Eğitim	35
3.7.2. Telefon Danışmanlığı	37
3.7.3. Mobil Tabanlı Aile Planlaması Uygulamasının Oluşturulması ve Özellikleri	38
3.8. Veri Toplama Yöntemi	41
3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	46
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
3.11. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	47
4. BULGULAR	48
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	75
6. KAYNAKLAR	78
EKLER	99
Ek 1. Kontrol Grubu İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu	100
Ek 2. Hemşirelik Girişim Grubu İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu	101
Ek 3. Sosyo Demografik Özellikler ve Aile Planlaması Anamnez Formu	102

Ek 4. Aile Planlaması Bilgi Formu	105
Ek 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	108
Ek 6. Aile Planlaması Tutum Ölçeği	109
Ek 7. Aile Planlaması Programı Değerlendirme Formu	110
Ek 8. Afet ve Acil Durumlarında Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı Kursu Katılım Belgesi	111
Ek 9. Eğiticilerin Eğitimi Sertifika Programı Katılım Belgesi	112
Ek 10. Sağlık Sorumluluğuna Yönelik Verilen Telefon Danışmanlığı Eğitimi	113
Ek 11. Etik Kurul İzni	118
Ek 12. Kurum İzni	119
Ek 13. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu Ölçeği Kullanım İzni	120
Ek 14. Aile Planlaması Tutum Ölçeği Kullanım İzni	121
ÖZGEÇMİŞ	122

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Madde güçlük ve madde ayırt edicilik için değerlendirme kriterleri	33
Tablo 2. Hemşirelik girişim grubuna yapılan haftalık girişimler	43
Tablo 3. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler	47
Tablo 4. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri	48
Tablo 5. Katılımcıların obstetrik özellikleri	49
Tablo 6. Katılımcıların aile planlaması özellikleri	50
Tablo 7. Katılımcıların aile planlaması bilgi formu, SYBDÖ II- Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, APTÖ ve alt boyutlarından ön testte aldıkları puanların karşılaştırılması	53
Tablo 8. Katılımcıların aile planlaması bilgi formu, SYBDÖ II- Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, APTÖ ve alt boyutlarından son testte aldıkları puanların karşılaştırılması	54
Tablo 9. Katılımcıların aile planlaması bilgi formu, SYBDÖ II- Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, APTÖ ve alt boyutlarından kalıcılık testinde aldıkları puanların karşılaştırılması	55
Tablo 10. Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda aile planlaması bilgi formu puanlarının grup içi karşılaştırılması	56
Tablo 11. Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda SYBDÖ II- Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanlarının grup içi karşılaştırılması	57
Tablo 12. Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu alt boyutu puanlarının grup içi karşılaştırılması	58
Tablo 13. Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum alt boyutu puanlarının grup içi karşılaştırılması	58
Tablo 14. Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda Doğuma İlişkin Tutum alt boyutu puanlarının grup içi karşılaştırılması	59
Tablo 15. Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda APTÖ puanlarının grup içi karşılaştırılması	60
Tablo 16. Hemşirelik girişim grubundaki kadınların aile planlaması programına ilişkin düşünceleri	61

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Nola J Pender'in sağlığı geliştirme modeli	16
Şekil 2. Göçmen kadınlarda aile planlamasının sağlığı geliştirme modeline göre entegrasyonu	17
Şekil 3. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı	29
Şekil 4. Hemşirelik girişim grubundaki göçmen kadınların kullandıkları mobil uygulama programının faydaları	62



RESİMLER DİZİNİ

Resim No	Sayfa
Resim 1. Kullanıcı girişı	39
Resim 2. Kullanıcı kaydı	39
Resim 3. Eğitim içeriği	40
Resim 4. Canlı destek sekmesinin görünümü	40
Resim 5. Hatırlatma mesajının görünümü	40



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AP	Aile Planlaması
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
APTÖ	Aile Planlaması Tutum Ölçeği
CSÜS	Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IOM	Uluslararası Göç Örgütü
KOK	Kombine Oral Kontraseptif
RIA	Rahim İçi Araç
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSCB	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
SYBDÖ-II	Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği-II
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

Simgeler

Dk	Dakika
-----------	--------

ÖZET

Göçmen Kadınlara (Ahıska Türkleri) Sağlık Sorumluluğu, Aile Planlaması Bilgi ve Tutumlarına Yönelik Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışma, hemşire tarafından göçmen kadınlara (Ahıska Türkleri) sağlık sorumluluğu ve aile planlamasına yönelik verilen bireysel eğitimlerin, mobil uygulama yoluyla tekrarlı eğitimlerin ve telefon danışmanlığı girişimlerinin kadınların sağlık sorumluluğu düzeylerine, aile planlaması bilgisi ve tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Çalışma bir aile sağlığı merkezine kayıtlı hemşirelik girişim grubunda 40, kontrol grubunda 41 göçmen kadın ile ön test, son test ve kalıcılık testi düzeninde randomize kontrollü deneysel çalışma olarak Haziran 2021-Mart 2022 tarihleri arasında yürütüldü. Verilerin toplanmasında; “Sosyo-demografik Özellikler ve Aile Planlaması Anamnez Formu”, “Aile Planlaması Bilgi Formu”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu”, “Aile Planlaması Tutum Ölçeği”, “Aile Planlaması Programı Değerlendirme Formu” kullanıldı. Hemşirelik girişim grubundaki kadınlara ilk hafta ön test, sonraki haftalarda çoklu girişimler (yüz yüze görüşme, mobil uygulama, telefon danışmanlığı), 8. hafta son test ve 13. haftada kalıcılık testi yapıldı. Kontrol grubuna ilk hafta ön test, 8. haftada son test ve 13. hafta da kalıcılık testi yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde t testi, Varyans analizi, Mann Whitney U, Wilcoxon analizi, Kruskal Wallis Varyans analizi, Friedman testi kullanıldı. Girişim grubundaki göçmen kadınların son test ve kalıcılık testinde kontrol grubuna göre aile planlaması bilgi formu, SYBDÖ-II sağlık sorumluluğu alt boyutu, APTÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarında girişim öncesine göre anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmadan elde edilen sonuçlar, sağlık sorumluluğuna yönelik telefon danışmanlığının, aile planlamasına yönelik yüz yüze görüşme, mobil uygulama ve telefon danışmanlığını içeren hemşirelik girişimlerinin kadınların sağlık sorumluluğu ve aile planlaması bilgi ve tutumlarına yönelik etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Aile planlaması, Göç, Göçmen, Hemşirelik girişimleri, Sağlık sorumluluğu

ABSTRACT

Evaluation of Nursing Interventions on Migrant Women's (Ahıska Turks) Knowledge of Family Planning, Health Responsibility, and Attitudes

This study aimed to determine the effect of nurse-led individual, repeated training via a mobile application, and telephone counseling interventions on health responsibility and family planning on the migrant women's (Ahıska Turks) health responsibility levels, family planning knowledge, and attitudes. The study was conducted as a randomized controlled quasi-experimental study between June 2021 and March 2022 with migrant women registered in a family health center with pretest, posttest, and retention test design and with experimental (41) and control (40) groups. The data were collected with the “Socio-demographic Characteristics and Family Planning Anamnesis Form”, the “Family Planning Information Form”, the “Health Promoting Lifestyle Profile II-Health Responsibility Subdimension”, the “Family Planning Attitude Scale”, and the “Family Planning Program Evaluation Form”. The experimental group received a pretest in the 1st week, multiple interventions (face-to-face interview, mobile application, and telephone counseling) in the next weeks, a posttest in the 8th week, and a retention test in the 13th week. The control group was administered a pre-test in the 1st week, a post-test in the 8th week, and a retention test in the 13th week. In the evaluation of the data, t-test, analysis of variance, Mann Whitney U, Wilcoxon analysis, Kruskal Wallis analysis of variance, and Friedman test were performed. When compared with the pre-intervention values, a greater difference was determined in the mean scores of the experimental group than the control group in the post-test and retention test in the family planning information form, health responsibility sub-dimension of the HPLP-II, FPAS and its sub-dimensions ($p < 0.05$). The results demonstrated that nurse-led interventions, including telephone counseling on health responsibility and face-to-face meetings, a mobile application, and telephone counseling on family planning were effective on women's health responsibility and family planning knowledge and attitudes.

Keywords: Family planning, Migration, Migrant, Nursing interventions, Health responsibility

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Göç, insanların afet, savaş, şiddet, silahlı çatışmalar sebebiyle uluslararası ülke sınırını geçmesi ya da devlet sınırları içerisinde bir yerden bir yere gitmesiyle oluşan nüfus hareketleridir (1, 2). Göç olayı hem göç edilen ülke için hem de göç edenler için birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Dezavantajlı grup içinde olan kadınlar göç sırasında da evlilik, annelik, eğitim, sosyal yaşam, iş hayatı gibi birçok sorumluluklarının devamını sağlamaya çalışmaktadırlar (3). Buna ilaveten göç edenlerin genelinde olduğu gibi kadınlar da yerleştikleri yerde temel ihtiyaçlarının yanı sıra kültür farklılığı, bilgi eksikliği, dil problemleri, utanç, sosyal ayrımcılık gibi nedenlerden dolayı sağlık sisteminin kullanım sorunlarını da yaşamaktadırlar (4). Göç eden kadınlara yönelik yapılan çalışmalarda kadınların erken yaşta evlenmeleri, iki yıldan kısa aralıklarla hamile kalmaları, korunmasız cinsel ilişkiye girmeleri, bulaşıcı hastalıklar, fiziksel/cinsel şiddet, düşükler, evde yapılan doğum, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, anne-bebek ölüm riski ve aile planlaması hizmetlerinden yararlanamama gibi birçok sorundan bahsedilmektedir (5, 6).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından aile planlaması “ailenin sağlığını ve refahını geliştirerek bir ülkenin sosyal kalkınmasına etkili bir şekilde katkıda bulunmak amacıyla, bireyler ve çiftler tarafından bilgi, tutum ve sorumlu kararlar temelinde, gönüllü olarak benimsenen bir düşünme ve yaşama biçimi” olarak tanımlanmaktadır (7). Aile planlaması (AP) çiftlerin, sosyoekonomik durumlarına göre istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına, istenmeyen gebeliklerin önlenmesine, iki doğum arasındaki süreyi belirlemelerine yarar sağlamaktadır. Amaç, anne ve bebek sağlığını korumak, iyileştirmek, riskli gebeliklerin önlenmesiyle anne-bebek ölümlerini azaltmak, aşırı doğurganlığın ve buna bağlı olumsuz sonuçların önlenmesi, ruhsal ve fiziksel açıdan sağlıklı bebekleri yetiştirilmesini sağlamaktır (7-9). Temel sağlık hizmetlerinden biri olan aile planlaması danışmanlığı hizmetlerinden göçmen kadınların yeterince yararlanmadığı ve karşılanmamış aile planlaması gereksinimleri olduğu literatür taramaları sonuçlarında görülmektedir (4, 10-12). Ayrıca literatür incelemesiyle göçmen kadınların doğurganlık oranlarının yüksek, cinsel sağlık/aile panlaması/üreme sağlığı hizmeti alma, genital hijyen alışkanlıkları ve üreme sağlığını koruyucu davranışlar gösterme konusunda yetersiz bilgilere sahip oldukları tespit edilmiştir (13-15). Göçmen kadınlar, cinsel saldırı ve istismar, doğum öncesi ve sonrası dönemde yetersiz sağlık bakımının alınması, küçük yaşta zorla evlilik, istenmeyen gebelikler ve doğum komplikasyonları açısından yüksek risk

altındadır. Tüm bu sorunlar göçmen kadınların savunmasız grup olduğuna işaret etmektedir. Bu doğrultudan bakıldığında göçmen kadınların, üreme sağlığı sorunları, aile planlaması hizmetleri ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarının öncelikli olarak ele alınması, eğitim ve danışmanlık verilmesi, sağlığını geliştirme programlarının düzenlenerek destek verilmesi oldukça önemlidir (16).

Sağlık sorumluluğu kavramı bireyin kendi sağlığına önem vermesi, olumsuz sağlık durumların farkında olması ve ihtiyaç halinde sağlık profesyonellerinin yardımına başvurabilmesidir. Kısaca sağlık ile ilgili davranışların bireylerin sorumluluğunda olmasıdır (17). Yapılan çalışmalar bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri, dil, kültür, gelir düzeyleri, beslenme alışkanlıkları gibi faktörlerin bireylerin sağlık sorumluluğunu almasını etkilediğini göstermektedir (17, 18). Pozitif sağlığa kavuşabilmek için her bireyin eksik oldukları konularla ilgili eğitim alarak sağlık sorumluluğu bilincini geliştirmesi gerekmektedir (19). Anne, sağlık sorumluluğunun farkında olursa hem kendi sağlığını hem de bakımıyla ilgilendiği bebek ve çocuklarının sağlığının sorumluluğunun da farkında olmaktadır (20). Aile sağlığı merkezlerindeki (ASM) sağlık çalışanlarının bireylerin sağlık sorumluluğu konusundaki bilgi düzeylerini belirleyip, bu konuda eksiklerini takip ederek eğitim vermeleri, sağlık sorumluluğu seviyesinin artırılmasında büyük rol oynamaktadır (21). Göçmen bireylere sağlık sorumluluğu konusunda eksik olan bilgileri vermek, yanlış olanları düzeltmek için verilecek eğitim programının niteliği özellikle birinci basamak sağlık hizmetinde ön planda olan aile sağlığı merkezlerinde gelişen teknolojiyi kullanarak özenle tasarlanmalıdır.

Gelişen teknolojiyle internet kullanımının artmasına bağlı olarak mobil uygulamalar artmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında bilgiye erişimini kolaylaştırmak için telefon, video konferans yöntemi gibi araçlarla danışmanlık verilebilmesi konusunda öneriler bulunmaktadır (22). Mobil öğrenme bireylere her zaman her yer de öğrenme sağlayarak, öğrenmeyi kullanıcılar için daha erişilebilir hale getirmekte ayrıca iki yönlü etkileşime izin vermektedir (23). Yapılan çalışmada mobil sağlık uygulamasının aile planlaması bilgisini artırmak için uygun maliyetli bir araç olabileceğini, planlanmamış gebelik sıklığını azaltmada faydası olduğunu göstermektedir (24, 25). Mobil uygulamaların oral kontraseptif alımını hatırlatmada etkili olduğu, doğum ve kürtaj sonrası kontraseptif kullanımını arttırdığı görülmüştür (26).

Göçmen kadınlar için hem aile sağlığı merkezlerini kullanma, hem de aile planlaması konusunda bilgi alarak sağlık sorumluluğu farkındalığının geliştirilmesi ile sağlığına yönelik problemlerinin giderilmesi ve sağlık sitemine daha fazla yük getirmemesi yanında göçmen kadınların bireysel sağlıklarının korunması açısından da önemlidir. Literatürde özellikle ülkemizde göçmen kadınların sorunlarını belirlemeye yönelik tanımlayıcı çalışmalar olmasına rağmen, göçmen Ahıska Türkleri kadınlarının birinci basamak ASM'lerde sağlık sorumluluğuna yönelik telefon danışmanlığı, hemşire teorisyenlerin kuramlarına temellendirilerek hazırlanan aile planlaması eğitimlerinin bireysel düzeyde verilmesi, AP bilgilerini içeren mobil uygulamanın kullanılması ve telefon danışmanlığının yapılması yoluyla sağlık sorumluluğu, aile planlaması bilgi ve tutumunun değerlendirilmesine yönelik çalışmalara rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, hemşire tarafından göçmen kadınlara (Ahıska Türkleri) sağlık sorumluluğu ve aile planlamasına yönelik verilen bireysel eğitimlerin, mobil uygulama yoluyla tekrarlı eğitimlerin, telefon danışmanlığı girişimlerinin kadınların sağlık sorumluluğu düzeylerine, aile planlaması bilgisi ve tutumlarına etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmanın Hipotezleri:

- H₀₋₁: Sağlık sorumluluğuna yönelik telefon danışmanlığının göçmen kadınların sağlık sorumluluğu düzeyine etkisi yoktur.
- H₁₋₁: Sağlık sorumluluğuna yönelik telefon danışmanlığının göçmen kadınların sağlık sorumluluğu düzeyine etkisi vardır.
- H₀₋₂: Aile planlamasına yönelik bireysel eğitim, mobil uygulama ve telefon danışmanlığının göçmen kadınların aile planlaması bilgi düzeyine etkisi yoktur.
- H₁₋₂: Aile planlamasına yönelik bireysel eğitim, mobil uygulama ve telefon danışmanlığının göçmen kadınların aile planlaması bilgi düzeyine etkisi vardır.
- H₀₋₃: Aile planlamasına yönelik bireysel eğitim, mobil uygulama ve telefon danışmanlığının göçmen kadınların aile planlaması tutumlarına etkisi yoktur.
- H₁₋₃: Aile planlamasına yönelik bireysel eğitim, mobil uygulama ve telefon danışmanlığının göçmen kadınların aile planlaması tutumlarına etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Çalışmanın bu bölümünde göç, göç türleri, göç nedenleri, göç ve sağlık, göçün kadın yaşamı ve sağlığına etkisi, Ahıska Türkleri tarihi, kavramsal yapı, sağlık sorumluluğu, aile planlaması ve mobil uygulamaya yönelik genel bilgi verilmiştir.

2.1. Göç

Göç insanların doğdukları, yaşadıkları yerden savaş, terör, salgın hastalıklar, işsizlik, afetler gibi ekonomik, siyasi ve sosyal nedenlerden dolayı yaşadıkları ortamları terk edip coğrafi olarak başka bir yaşam alanına geçmeleridir. Geçmişten bugüne süregelen ve gelecekte de devam edeceği ön görülen göç, insanın var olduğu her yerde gerçekleşebilecek bir olgudur (1, 2). Uluslararası Göç Örgütü (IOM), göçü yer değiştirme bağlamında tanımlamaktadır. IOM'da göç “bir kişinin veya bir grup insanın bir devletten başka bir devlete veya aynı devlet içinde yaşadığı yerden bir başka yere, yapısı ve nedenine bağlı olmaksızın yer değiştirmesi” olarak tanımlanmaktadır (27). Genel bir ifadeyle göç; toplumsal-çevresel ve sosyo-kültürel etkenler sebebiyle genellikle daha müreffeh bir hayat sürmek için isteyerek veya istemeyerek bir yerleşim yerinden geçici veya kalıcı olarak başka bir yerleşim yerine yapılan yer değiştirme eyleminin genel adıdır (2, 28).

IOM, 2020 Dünya Göç Raporuna göre, 2018 yılı sonu itibariyle dünya çapında toplam 25.9 milyon mülteci, 3.5 milyon sığınmacı bulunmaktadır. 2019 yılı kayıtlarına göre 272 milyon civarında uluslararası göçmen bulunmakta ve bu rakam tüm dünya nüfusunun %3.5'ini oluşturmaktadır (29). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 verileri Türkiye'ye göç edenlerin sayısını 677 042 kişi olarak göstermektedir. Bunların %54.4'ünü erkek, %45.6'sını kadın nüfusu oluşturmaktadır (30). Burada göçmen, mülteci ve sığınmacı kavramlarının açıklanmasına ihtiyaç vardır. Göç olayını gerçekleştiren kişi “göçmen” olarak ifade edilmektedir. IOM mülteciyi “mensup olduğu ırk, din ve milliyeti, belirli bir sosyal gruba üyeliği ve siyasi düşünceleri nedeniyle zulüm göreceği konusunda haklı korku yaşayan ve bu nedenle ülkesinden ayrılan uluslararası korumaya ihtiyaç duymalarından dolayı ülkelerine dönemeyen veya bu haklı korkudan dolayı ülkesine geri dönmeyi reddeden kişi” olarak tanımlamaktadır. Sığınmacı ise “kendi ülkesinde uğradığı veya uğrama korkusu yaşadığı zulümden veya ciddi zarardan kurtulmak amacıyla, başka bir ülkede güvenlik arayışında olan ve mültecilik statüsüne ilişkin başvurusunun sonucunu bekleyen kişidir”. Sığınmacılar başvuru da bulundukları ülkeden onay alamazlarsa, sınır

dışı edilebilmektedirler (27). Çalışmanın konusunu teşkil eden Ahıska Türkü göçmenler, 27 Nisan 2015 tarihinde Bakanlar Kurulu'nun 3835 sayılı Kanuna atıfla Ukrayna'dan getirtilen Erzincan İli Üzümlü ilçesine yerleştirilmiş göçmenlerdir (31).

Hem ülkelerin kendi içinde hem de ülkeler arası boyutta göçü etkileyen itici ve çekici faktörler bulunmaktadır. İtici faktör göçe neden olan sorunlar, çekici faktör ise göç edilecek yerdeki coğrafi bölge ile ilişkilidir. İtici faktörler, insanların yaşadıkları yerdeki şartların ağırlaşmasından dolayı ortaya çıkarken çekici faktörler göç edilecek yerin sunduğu cazip fırsatlardır (32). Örneğin; işsizlik ve düşük ücretler itici faktörlerken yüksek ücret ve istihdam alanlarının genişliği çekici faktörlerdir. Yine verimsiz tarım arazilerine karşı verimli topraklar, sağlık, eğitim ve sosyal imkânlarla ulaşmaktaki güçlük/kolaylık, siyasi baskı savaş ve teröre karşın barış ve huzur ortamı itici ve çekici faktörlere örnek verilebilir. Bu itici ve çekici faktörlerin yanı sıra göç edilen yerin uzaklığı, ekonomik durumu, sosyal çevresi, yönetim şekli, kalınan süre, göçmenin bireysel özellikleri, cinsiyeti ve etnisitesi de göçün değerlendirilmesinde önemlidir (1).

2.2. Göç Türleri

Göç insanların ya da toplulukların özgür bir seçimi olabileceği gibi, irade dışı meydana gelen olaylar sonucunda da ortaya çıkabilmektedir. Göç kavramının sınıflandırılmasında; kişinin rızasına göre yapılan göçler; gönüllü ve zorunlu göç, göç hareketinin yoğunluğu ve göç eden birey sayısına göre; bireysel ve kitlesel göç, ülke sınırlarını geçme durumuna göre; iç ve dış göç ve göç ettiği yerde kalma sürelerine göre; geçici ve kalıcı göç olarak gruplandırılmaktadır (33, 34).

2.2.1. Gönüllü ve Zorunlu Göç

Gönüllü göçün başta gelen unsuru zorlamaya maruz kalmaksızın göçmenlerin göç kararını hür iradeleriyle almalarıdır. Birey göçe karar vermeden önce de ekonomik ve sosyal imkânlarla sahiptir ama daha iyisini arzulamaktadır. Macera arayışı, farklı kültürlerle temasın bireye sağlayacağı kazanımlar ve keşif tutkusu da gönüllü göçün nedenleri olabilmektedir (33). Gönüllü göçün bir diğer ismi de serbest göçtür. Serbest göçte zorlamaya maruziyet olmadığından esnek bir yapıya sahiptir. Bununla birlikte serbest göç ulusal ve uluslararası hukuk kurallarına uygun olarak yapılmaktadır (34). Emekli olmuş İngiliz bir çiftin Antalya'ya yerleşmesi buna örnek verilebilir.

Zorunlu göçte birey tamamen mecburiyetin sürüklediği durumlara göre hareket etmektedir. Bu durumlar; insan hakları ihlalleri, açlık, kıtlık, doğal afetler, salgın hastalıklar, iç savaşlar, dini, siyasi, etnik baskılar gibi sebeplerden dolayı bireylerin hukuka uygun ya da yasa dışı yollarla yaşadıkları ülkeyi terk etmeleridir. Zorunlu göç sonrasında ise kişiler göçtükleri ülkede kalabildikleri gibi kendi ulusal sınırlarına sonradan geri dönebilmektedir (35). Ayrıca göçün kabul görmeyip sınır dışı edilme ihtimali de seçenekler arasındadır. Çalışma grubunu oluşturan göçmen kadınların Ukrayna'dan Erzincan Üzümlü İlçesine göçü, sebebi itibariye zorunlu göçler kapsamına girmektedir (36).

2.2.2. Bireysel ve Kitlesele Göç

Bireysel göçte, göç kararının alınması süreci kişisel bir tercihtir. Aynı şekilde göç eylemini de kendileri gerçekleştirmektedir. Gönüllü göçün de nedenlerinden olan macera ve keşif arayışı, farklı kültürlerle temas isteği, hâlihazırdaki konumundan memnun olmama durumu bu türlü göçün sebepleri arasında yer almaktadır (37).

Bireysel göçler kitlesele göçleri tetikleyebilir. Göçmen gittiği ülke veya şehir ile ekonomik sosyal veya kültürel düzeyde bir bağ/ilişki kurmaktadır. Bu ilişki neticesinde daha fazla bireysel göç gerçekleşebilmektedir. Türkiye'ye 1989 yılında göç hareketleriyle gelmeye başlayan Bulgaristan Türkleri'nin sayısının artmaya başlamasıyla 1991 yılının ikinci yarısından itibaren Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlığına alınma süreci bireysel göçten kitlesele göçe geçişin örneğidir (38). Suriye'den ülkemize 2011 yılıyla birlikte gerçekleşen göç hareketi kitlesele göç kapsamına girmektedir.

2.2.3. İç ve Dış Göç

Ülke içerisinde yer değiştirme eylemi iç göç olarak adlandırılmaktadır. Ana hatlarıyla iki yönlü olmakla birlikte küçük yerleşim yerlerinden (köy, kasaba vb.) daha büyük yerleşim yerlerine (şehir, büyükşehir vb.) olan göç daha yaygındır. Bu hareketin tam tersi de iç göç kapsamında olmasına rağmen ilki kadar sık değildir. Ayrıca köyden köye veya şehirden şehire olan hareketlilikte iç göçün başka bir yönüdür. İç göç dinamiklerini ekonomik sosyo-kültürel ve siyasi etkenler belirlemektedir (28). Tarım ve hayvancılıkta sürdürülebilirliğin sağlanamamasına bağlı olarak ortaya çıkan işsizlik ve düşük kazanç elde edilmesine karşın büyük şehirlerde istihdamın fazlalığı ve yüksek gelir beklentisi iç göçün en önemli ekonomik unsurlarındandır. Eğitim olanaklarından, kamu hizmetlerinden ve kültürel-sanatsal faaliyetlerden daha fazla yararlanma arzusu ise içgöçün sosyo-kültürel

nedenlerini oluşturmaktadır. Ayrıca ülkenin uyguladığı göç ve nüfus politikaları iç göçün siyasi nedenleri olabilmektedir (39, 40).

Dış göç ülkeler arası yer değiştirmeyi ifade etmektedir. Geçici bir durum olabileceği gibi kalıcı da olabilmektedir. Nedenleri iç göç ile benzer nitelikte olmasına rağmen bu göç tipinde bir ülkeden bir başka bir ülkeye yer değiştirme söz konusudur. Ayrıca bu tür göçte göç eden kişinin dışındaki unsurların zorlayıcılığı daha baskındır (28).

2.2.4. Geçici ve Kalıcı Göç

Geçici göç isminden de anlaşılacağı üzere devamlılık arz etmeyen bir durumdur. Daha çok turistik, ticari ve eğitim amacıyla yapılan yer değiştirmeler bu kapsamda yer almaktadır. Mevsimlik göç gibi önceden kalınacak sürenin belirlenmiş olduğu yer değiştirme hareketleri de geçici göç olarak nitelendirilmektedir (41). Örneğin, tarımsal işlerin yoğun olduğu belli dönemlerde geçici olarak çalışan mevsimlik işçilerin göçü bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Kalıcı göçler, göç edilen yere yerleşme kararının önceden tayin edildiği göçlerdir. Göçmenler bireysel, sosyal, siyasi ve ekonomik sebepler ile göç edilen yerlerde göç amaçlarını gerçekleştirebildiklerinde dönüş fikrinden uzaklaşmaktadırlar. Kalıcı göçler genellikle uzun bir süreyi kapsadığından, göçmenler yerleştikleri yerdeki düzene ayak uydurmaya çalışmaktadırlar. Ülkelerin politikaları, sosyo-ekonomik koşulları göçün geçici ya da kalıcı olacağını etkilemektedir (41, 42). Örneğin, 1960'lı yıllarda Almanya'nın mavi yakalı personel talebi ülkemizde büyük karşılık görmüş ve ekonomik temelli bir dış göç yaşanmıştır. Almanya'ya göçen Türk işçiler önceleri para biriktirip ekonomik doyum ile geri dönme düşüncesindeyken sonraları fikirlerini değiştirmiş ve kalıcı hale gelmişlerdir. 1980'li yıllarda ise Almanya artık ihtiyaç fazlası haline gelen göçmenlere kendi ülkelerine geri dönüş için teşvik edici politikalar uygulayarak göçmenlerin Türkiye'ye geri dönmelerinin kapısını açmıştır (42).

2.3. Göç Nedenleri

Göç, genellikle yer değiştirme hareketi olarak değerlendirilse de aslında bir kültürden diğer bir kültüre yapılan, bireysel ve sosyal yaşantıyı etkileyen çok yönlü bir harekettir (34). Göç etmeye karar vermek birey ve topluluklar için kolay olmayan bir durumdur. Çünkü göç, psikososyal, ekonomik, siyasal maliyetler doğuran bir yer değiştirmedir. Zor koşulların verdiği sıkıntılar, can, namus ve mal güvenliğinin yetersiz

olması ve gelecek kaygısı gibi mücbir koşullar kişi ve toplulukların göç kararını etkileyebilmektedir (43).

Ekonomik temelli göç hareketlerinde genellikle, ekonomik gelişmenin, tarım arazilerinin ve iş bulma imkânlarının kısıtlı olduğu bölgelerdeki insanlar, imkânların daha iyi olduğu bölgelere refah şartlara kavuşma arzusu ile göç etmektedirler. Şehir ve şehir dışı yerleşim alanları arasında ekonomik eşitsizlikler bulunmaktadır. Ekonomik eşitsizliğe bağlı ortaya çıkan yeteri kadar beslenememe ve yoksulluk gibi nedenler göç sebebi olabilmektedir. Gelir dağılımındaki adaletsizliğe bağlı işsiz kalan insanların köyden şehre göç etmesi, burada umduğunu bulamaması durumunda ise yurt dışına göçün önünü açmaktadır (40). Örneğin; yüz binlerce insan ekonomik sebepler dolayısıyla Avrupa'dan Amerika'ya göç etmiştir. Birinci Dünya ve İkinci Dünya Savaşları sonucunda milyonlarca insan göç etmek zorunda kalmıştır.

Sosyo-kültürel faktörler, eğitim, sosyal refahın sağlanamaması, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, akrabaların göç etmiş olması, göç edilen yerin sosyal cazibesi gibi sebepler göç nedenleri arasında yer almaktadır. Ayrıca geniş ailenin göçten beklentisi, kadınların daha rahat edebileceklerine dair umutları ve çocukların daha iyi şartlarda yetiştireceklerine dair beklentileri de göçü tetiklemektedir (44).

Deprem, çölleşme, sel olayları, volkanik püskürmeler, kuraklık ve çevre kirliliği gibi doğal olaylara bağlı nedenler de göç sebepleri arasındadır. Örneğin; 2011 yılında Van'da meydana gelen deprem sonrasında yapılan göç hareketi ve Hun devleti ve Moğolların dördüncü ve beşinci yüzyıllarda Orta Asya'dan kuraklık nedeniyle göç etmeleri doğal olaylara bağlı göçlere örnektir (43).

2.4. Göç ve Sağlık

Ulusal ve uluslararası bir sorun alanı olan göç sosyal, fiziksel, kültürel ve ekonomik olarak toplumu etkilemesinin yanında sağlığı ve sağlık değişkenlerini de pozitif ve negatif yönde etkilemektedir. Göçün sağlık üzerindeki pozitif etkisi göç eden bireylerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanma, çocuk ölüm hızlarının düşmesi, sağlık göstergelerinin yükselmesidir. Göç edilen ülkenin sağlık sistemi bu göçe cevap verecek kapasitede değilse göç sağlığı negatif yönde etkilemektedir (45, 46). Örneğin, zorunlu göç ile Suriye'den ülkemize gelen sığınmacılar sağlık hizmeti sunumuna yönelik problemleri de beraberinde getirmişlerdir. Göç edilen ülkede artan nüfus ile birlikte sağlık hizmetlerinde sorunlar artmış ve sağlık kuruluşlarında sağlık insan gücü yetersiz kalmıştır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde aksama olmuş ve bu durumdan en çok kadınlar ve çocuklar etkilenmiştir (45). Göç edilen bölgelerde sağlık kurumunun yetersizliği veya g edenlerin ekonomik gücünün yetersiz olması, dezavantajlı konumda olan göçmenlerin kötü şartlarda çalışma ve yaşama durumunda kalması, yetersiz beslenme, sosyal güvencelerinin olmaması, ulaşım sorunları, dil bilmeme durumu, sosyal uyumsuzluk ve psikolojik stres göçmen sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (39). Yapılan bir çalışmada, ekonomik yetersizlikler, bilgi eksikliği, sosyal ayrımcılık ve utanç üreme sağlığını etkileyen faktörler arasında belirtilmektedir (6). Göçmenler ile yapılan çalışmada, yüksek hizmet maliyeti ve sağlık sigortasının olmaması, nedeniyle göçmenlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanamadıkları bildirilmiştir (46). Ülkemizde Suriyeli mültecilerle yapılan bir çalışmada, sağlık hizmeti alırken dil engeli nedeniyle hekimlere hastalıkları hakkında bilgi verirken iletişim kurmada zorlandıkları belirtilmektedir (47).

alışan göçmenlerin ise mesleki hastalıkları ve iş kazası riskleri de yukarıdaki nedenlerden dolayı artmaktadır. Geçici göçmenlik ailenin parçalanmasına, sosyalleşme problemlerine ve psikolojik strese yol açmaktadır. Savaş, politik, ekonomik sıkıntı, açlık sebebiyle zorunlu göç eden bireyler stres, yetersiz beslenme, sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanamama gibi olumsuz durumlarla karşılaşabilmektedirler. Ayrıca g sırasında yaşanan zorluklar, göç edilen yerdeki koşullar, kalabalık ortam, yetersiz beslenmenin de bireyin sağlığı üzerinde etkisi bulunmaktadır (48).

Göç eden bireylerde genel olarak, dehidratasyon, beslenme bozuklukları, besin zehirlenmeleri, üreme sağlığı sorunları (istenmeyen gebelikler, karşılanamayan aile planlaması gereksinimi) fekal-oral yolla bulaşan hastalıklar (Hepatit A, salmonella, ocuk felci gibi), su ile bulaşan hastalıklar (kolera, dizanteri, sıtma gibi), hava yolu ile bulaşan hastalıklar (inflenza, menenjit, kızamık gibi) ve parazit enfestasyonları görülebilmektedir (49). Tarama programlarının yetersiz uygulanması sonucunda kanser, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklarda artış, doğum öncesi bakımının yetersiz verilmesi sonucu ise anne ve bebek ölümlerinde artış, büyüme ve gelişme gerilikleri, D vitamini yetersizliği, psikolojik sorunlar, alkol ve madde bağımlılığı gibi sağlık sorunları da görülebilmektedir (50, 51). Yapılan bir çalışmada, olumsuz şartlar nedeniyle göçmenlerin akut solunum yolu enfeksiyonları, kızamık, ishal ve tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklara yoğun bir şekilde yakalandıkları belirtilmektedir. Ayrıca bireylerde farklı bir sağlık sorununu var ise g ettikleri bölgelere de taşıyabilmektedirler (48). Yapılan bir çalışmada, Doğu Asya ve

Pasifik'ten gelenlere göre Avrupa ve Orta Asya'dan göç edenlerin, daha yüksek kolorektal kanser riskine sahip olduğu görülmüştür. Göç edilen yerde kalma süresiyle kanser riski ilişkilendirilmiştir (52). IOM'un raporunda göç edenlerin sağlık gereksinimlerini, sağlık üzerinde etkili olan olumsuz faktörlerin ortadan kaldırılması, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, fiziksel sağlığın yanında zihinsel sağlığın da korunması, kronik hastalıklarda erken teşhis ve tedavi, sağlık inançlarının kültür bağlamında değerlendirilerek anlamlandırılmaya çalışılması olarak sıralanmaktadır (53).

Göçler sonucunda farklı kültürel özelliklere sahip topluluklar bir araya gelebilmekte bireylerin sağlık davranışlarında kültürün etkileri görülebilmektedir. Bu nedenle insanların sağlığı algılama biçimleri toplumdan topluma farklılıklar gösterebilmektedir. Özellikle göç eden grupların sosyal çevresi, yaşam biçimi ve kültürel farklılıkları sağlık-hastalık algılarında da değişikliğe neden olabilmektedir. Her kültür bünyesinde kendine özgü sağlık algısı barındırmaktadır (54). Bu nedenle birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan halk sağlığı hemşirelerinin göçmenlere iyi bir sağlık bakım hizmeti verebilmeleri için, göç ile birlikte değişen hasta özelliklerini çok iyi tanıyabilmesi ve bireylerle etkili bir iletişim kurarak hemşirelik bakım kalitesini artırabilmesi beklenmektedir (55).

2.5. Göçün Kadın Yaşamı ve Sağlığına Etkisi

Göç hareketleri kadınları hem kadın hem de göçmen oldukları için iki kat risk altına sokmaktadır. Sağlık, eğitim, evlilik, aile yaşantıları, iş ve sosyal hayatları kadının hayatında göçten etkilenen konular arasında yer almaktadır. Kadınlar, göçle beraber işsizlik, yalnızlık, sosyal statü kaybı ve kültürlerarası farklılık gibi birçok stres unsuru ile karşılaşmaktadır (54). Yapılan çalışmalarda göç eden kadınların kültürleri ve sahip oldukları statünün devamlılığını sağlamak için gebe kalmayı tercih ettikleri, artan doğurganlık seviyesinden dolayı da ana çocuk sağlığı ve aile planlamasına ilişkin temel sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları belirtilmektedir (56). Yapılan bir çalışmada iç göç ile gelen gebe kadınların ırk, mezhep, eğitim düzeyi, gelir durumu, evde yaşayan kişiler, sağlıkla ilgili konularda bilgi aldığı bireyler ve gebelik sayısının antenatal bakım alma durumundaki tutumlarını etkilediği belirtilmektedir (57).

Göç ile gidilen bölgede sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, sağlık sigortalarının olmaması, gelir düzeyinin az olması, ruhsal bozukluklar, dil engeli, hijyen sorunları, ailelerin bir arada yaşaması, temiz içme suyuna ulaşmada yaşanan zorluklar, konaklanan

yerin fiziki yetersizlikleri gibi faktörler göçmelerin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (6). Göçmenler yeni ortama uyum sağlamaları gerekirken daha fazla sağlık sorunu yaşamakta, ancak sağlık hizmetlerine erişemedikleri görülmektedir (58, 59). Ülkemizdeki göçmen kadınlarda görülen sağlık problemleri arasında; abortus, bulaşıcı hastalıklar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, AP kullanımına yönelik sorunlar, fiziksel ve cinsel şiddet, evde yapılan doğumların ve çok sayıda gebelik durumunun ortaya çıkardığı olumsuz durumlar yer almaktadır (50, 60).

Kadınların üreme sağlığını etkileyen en önemli faktörlerin ekonomik yetersizlikler, sosyal ayrımcılık, bilgi eksikliği, dil engelleri, sağlıkla ilgili gelenekler, utanç, ergenlerin ve evli olmayan kadınların ihtiyaçlarına ve kırılganlıklarına karşı yetersiz sağlık hizmeti alma, ayrımcılık korkusu ve damgalanma olduğu saptanmıştır (6, 58, 61). Başlıca görülen üreme sağlığı problemleri ise; cinsel yolla bulaşan hastalıklar, şiddet, istismar, psikolojik problemler, gebelik ya da doğum komplikasyonları ve sağlık hizmetlerine erişim yetersizliği durumlarıdır (5). Göçmen kadınlarla yapılan bir çalışmada, doğumun istenmeyen şartlarda gerçekleştiği, kadınların çoğunda preeklampsi geliştiği ve doğum sonrası görülen komplikasyonlardan en az birini yaşadığı belirtilmektedir (50). Başka bir çalışmada, göçmen kadınlar da uzun etkili korunma yöntemlerini kullanma oranının düşük, acil kontrasepsiyon ve tüpligasyon yöntemleri hakkında bilgilerinin de eksik olduğuna bildirilmektedir (11).

Göç eden kadınlar göç eden erkekeler göre toplumsal sorunlar, engeller ve zorluklarla daha fazla yüz yüze gelmektedir. Hem göçmen hem de kadın olmaları nedeniyle, garsonluk, satış personeli, turizm sektöründe ucuz işçiler olarak çalışmakta, daha kötüsü tacize uğrayıp fuhuşa zorlanabilmektedirler. Bu durum da kadınlar fiziksel, psikolojik, cinsel şiddetin kurbanı olmakta ve ruh sağlığını etkileyerek depresyon riskini arttırmaktadır (62).

Göçün kötü yönetimi, sağlık hizmetlerinin daha az kullanılmasına yol açabilmektedir. Bunun nedenleri çoğunlukla göçmenin çözümlememiş yasal statüsü, kötü çalışma koşulları ve/veya yetersiz bilgiyle ilişkilidir. Sonuç olarak bu durum halk sağlığına da yansımaktadır. Örneğin, tedavi edilmeyen bulaşıcı hastalıklar teşhis edilmezse yayılma riski taşımakta, yine tedavi edilmeyen kronik hastalıklar, sağlık sorunlarına ve daha yüksek maliyetlere neden olabilmektedir (63).

2.6. Ahıska Türkleri Tarihi

Ahıska Türkleri göç tarihinin izlenebileceği bir toplum olarak tarih sahnesinde yerini almıştır. Ahıska Türkleri “Ahıska” adını, bugünkü Gürcistan topraklarında yer alan Samtshe-Cavaheti idari bölgesindeki “Ahıska, Adıgön, Aspindza, Ahılkelek ve Bogdanovka” yerleşim birimi içindeki ana vatanlarından almaktadır. Ahıska bir coğrafi bölgeyi, Ahıskalı Türkler tabiri ise burada yaşayan Türkleri kastetmektedir (64).

Ahıska bölgesi 1828 Rus işgaline kadar Osmanlı İmparatorluğu toprağı olarak kalmış, Ahıska Türkleri işgalden sonra ise bölgenin Müslüman Türk unusu olarak anavatanlarında yaşamlarını sürdürmüşlerdir. 1877-1878 Osmalı-Rus Savaşı ile Osmanlı sınırından uzakta kalan Ahıska bölgesi, 1944 sonrası sürgünün konusunu oluşturmuştur. 14 Kasım 1944’te Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) yönetiminin nüfus politikalarının sonucunda, 200 000 Ahıska Türkü SSCB idaresindeki başta Özbekistan olmak üzere, Kazakistan ve Kırgızistan topraklarına zorla yerleştirilmiştir (65). Yeniden ana vatanlarına dönecekleri söylenerek, eski yük ve hayvan taşımada kullanılan vagonlar ile uzun süren bir yolculuk sonrasında zorla yerinden edilen Ahıska Türkleri’nin başka bölgelere göçlerine de izin verilmemiştir. 1944 sürgününün yegane sebebi olarak dönemin nüfus politikaları gösterilmetedir. Ahıska Türklerinin “Müslüman, Türk” olmaları ve bu kimlik unsurlarını yaşatan bir kültür varlığına sahip olmaları, bir başka deyişle din, dil, aile bağılıkları SSCB’nin topraklarını “Ruslaştırma” politikası karşısında tehdit olarak görölmelerine neden olmuştur. Sovyetler için tehdit unusu olan Ahıska Türkü halkı 1944’ten başlayarak sürgün konusu olmuştur (64-66).

Ahıska Türkleri’nin yoğun olarak yerleştirildiği Özbekistan’ın Fergana bölgesindeki etnik, ekonomik ve sosyal sorunlar yeni bir göçün başlangıcını oluşturmuştur. Yerleştirildikleri bölgede yaşamlarını sürdüren Ahıska Türkleri 1989 Haziran’ında Fergana Olayları neticesinde Sovyet yönetimi tarafından belirlenen Rusya Federasyonu’nun çeşitli bölgelerine ve Ukrayna’ya yerleştirilmişlerdir (66).

2014 yılında Ukrayna ve ayrılıkçı Rus yanlıları arasında çıkan iç karışıklık ve çatışmalar neticesinde Ahıskalıların yaşadığı bölge olan Donetsk’te güvenlik tehdidi yaşayan Ahıska Türkleri için yeni bir göç yolculuğı başlamıştır. Ahıska Türkleri bölgedeki çatışmalara karışmamış fakat çatışmadan olumsuz yönde etkilenmiştir. Ahıska Türkleri’nin Vatan Cemiyeti platformunun yürüttüğü çalışmalar neticesinde, ana vatan olarak hissettikleri Türkiye Cumhuriyeti’ne iskân talepleri karşılığını bulmuştur (67). 02/7/1992

tarikh ve 3835 sayılı Ahıska Türklerinin Türkiye'ye Kabulü ve İskânına Dair Kanun'a dayanarak 17 Mayıs 2015 tarihli Bakanlar Kurulu Kararı ile yoğun çatışma bölgelerinde yaşayan ve zor durumda olanlardan başlamak üzere, 677 Ahıska Türkü ailenin Türkiye'ye iskânı kabul edilmiştir. Bu Ahıska Türklerinin Türkiye'ye ikinci toplu iskânıdır. İlki 1992 yılında Iğdır'a 150 Ahıska Türkü ailenin yerleştirmesidir. Ahıska Türkleri'nden Ukrayna-Rusya savaşının gerçekleştiği coğrafyada yaşamlarını sürdüren ve Türkiye'ye gelmek isteyen 1000 ailenin 03/06/2022 tarihinde çıkarılan Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile toplu iskânı sağlanmaktadır (66).

Çalışmanın konusunu oluşturan Ahıska Türklerinin ilk göçmen kafilesi 25 Aralık 2015 tarihinde Türkiye'ye getirilmiştir. Belirli aralıklarla Türkiye'ye getirilen Ahıska Türkü 595 aile Erzincan'ın Üzümlü ilçesinde iskân edilmiş olup, 82 aile de Bitlis'in Ahlat ilçesinde iskân edilmiştir (66, 67).

2.7. Kavramsal Yapı

2.7.1. Nola J. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Nola Pender tarafından 1980 yılında geliştirilen, 1989 yılında "Hemşirelik Uygulamalarında Sağlığı Geliştirme" kitabında yayınlanan model, 1987, 1996 ve 2002 yıllarında revize edilmiştir (68). Model, bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyerek, sağlığını koruması ve geliştirmesini sağlayan bir rehber niteliği taşımaktadır. Modelde sağlık profesyonellerine bireylere danışmanlık yapma sorumluluğu vurgulanmakta ve bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarının önemi konusunda farkındalıklarının artırılması sağlanmaktadır (69). Modelin ana konusu olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları; egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve stres yönetimidir (70).

Model, Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramı'nı temel alarak, bireyin sağlığının devamlılığını sağlayan davranışların bilişsel süreçlerinin önemini açıklamaktadır. Pender'e göre bireyin yararına olan davranışı gösterme süreci, sağlık/hastalık algısı ile kontrol ve öz yeterlik algısından etkilenmektedir. Modelk insanların bir bütün olarak ele alınması gerektiği felsefesine dayanmaktadır. Bireyin ihtiyaçları ya da amaçları doğrultusunda çevresini değiştirebildiğini savunmaktadır (70, 71).

2.7.2. Sağlığı Geliştirme Modelinin Temel Bileşenleri

Pender'in 1996'da revize edilen modeli "Bireysel Özellikler ve Deneyimler", "Davranışa Özgü Bilişsel Süreçler ve Etkileri", "Davranış Çıktısı" olmak üzere üç temel bileşenden oluşmaktadır (69).

1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Davranışa İlişkin Önceki Deneyimler: Davranışa karar verme genellikle geçmişteki aynı ya da benzer davranışın sıklığı ya da başarı ve başarısızlığıdır. Şu anki sağlığı geliştirme davranışında geçmiş davranışın direkt etkisi, alışkanlık oluşumu nedeniyledir. Alışkanlığın derecesini, davranışın tekrarlı ya da her zaman yapılması artırmaktadır (70).

Bireysel Özellikler: Biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel olarak sınıflandırılmaktadır. Biyolojik özellikler; yaş, ağırlık, beden kitle indeksi, puberte durumu, menapoz, güç, dayanma durumu psikolojik özellikler; benlik saygısı, algılanan sağlık durumu, kendini güdüleme sosyo-kültürel özellikler ise; eğitim, ırk, etnik köken, kültürel yapı, sosyo-ekonomik durum olarak sıralanmaktadır (72).

2. Davranışa Özgü Bilişsel Süreçler ve Etkileri

Sağlık davranışının gösterilmesini sağlayan çevresel ve sosyal faktörlerdir. Modeldeki davranışa özel değişkenler müdahaleler ile değişebilmektedir. Yapılan müdahalelerin sonucu değiştirip değiştirmediğini bu değişkenlerin ölçümü ile değerlendirilmektedir (70).

Davranışa İlişkin Algılanan Yararlar: Bireyin sağlığı geliştirme davranışından beklediği yararlı algılardır. Bireyler, kendileri için yararlı olacağına inandıkları davranışları yapmayı isterler ve daha kolay kabullenip uygulamaya geçirmektedirler (70).

Davranışa İlişkin Algılanan Engeller: Sağlıkla ilgili olumlu davranışların uygulanmasını engelleyen ya da zorlaştıran etmenler bireyi olumsuz etkiler. Birey, yeni bir davranışa başlama ve bu davranışı sürdürme sürecinde yapacağı davranışın zor veya olanaksız olduğuna dair inanç geliştirirse bu durum davranışı değiştirmeyi de olumsuz yönde etkilemektedir (73). Bireyin yeni bir davranışa başlama ve devam ettirme sürecinde ekonomik yetersizlik, sosyal desteğin olmaması gibi bireysel, psikolojik, kültürel kaynaklı pek çok engelle karşılaşabilmektedir Algılanan yarar, algılanan engelden ne kadar çok üstün olursa olumlu sağlık davranışının uygulanma olasılığı da artmaktadır (74).

Algılanan Öz-Yeterlilik: Bireyin sağlığı geliştirme, sürdürme veya sağlıkla ilgili problemleri çözmede faaliyetlerde bulunma gücü, davranışını başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisine inancıdır. Bireyin istenilen davranış değişikliğini yapabilmesi için algılanan engellerin üstesinden gelmek ve kendisini yeterli hissetmesi gerekmektedir. Algılanan öz yeterlilik ile algılanan engel arasında ters orantı bulunmaktadır (74).

Aktivite ile İlgili Etkiler: Bireyin sağlığı geliştirme davranışına yönelik olumlu duygularını içermektedir. Birey davranışa yönelik olumlu duygular beraberinde pozitif bakış açısı geliştirirse davranışa başlaması ve davranışı sürdürmesini kolaylaştırır (72, 73).

Kişilerarası Etkiler: Bireyin değer verdiği çevresindeki kişilerin, bireye ve yapılan sağlığı geliştirme davranışa ilişkin verdiği destektir. Aile, akraba ve sağlık görevlileri bireyin sağlığı geliştirme davranışına niyetlenmesini ve sürdürmesini azaltıp arttırabilecek konumda olan kişiler arası etki kaynaklardır. Birey değer verdiği kişilerin davranışları, inançları ve tutumlarını dikkate almaktadır (75).

Durumsal Etkiler: Bireyin davranışını kolaylaştırabilen ya da engelleyebilen bir durum karşısındaki kişisel düşüncesidir. Bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal olarak iyilik hâlinde yaşayabilmesi için çevresiyle uyum halinde olması, isteklerinin farkında olması ve doyum alması gerekmektedir (72).

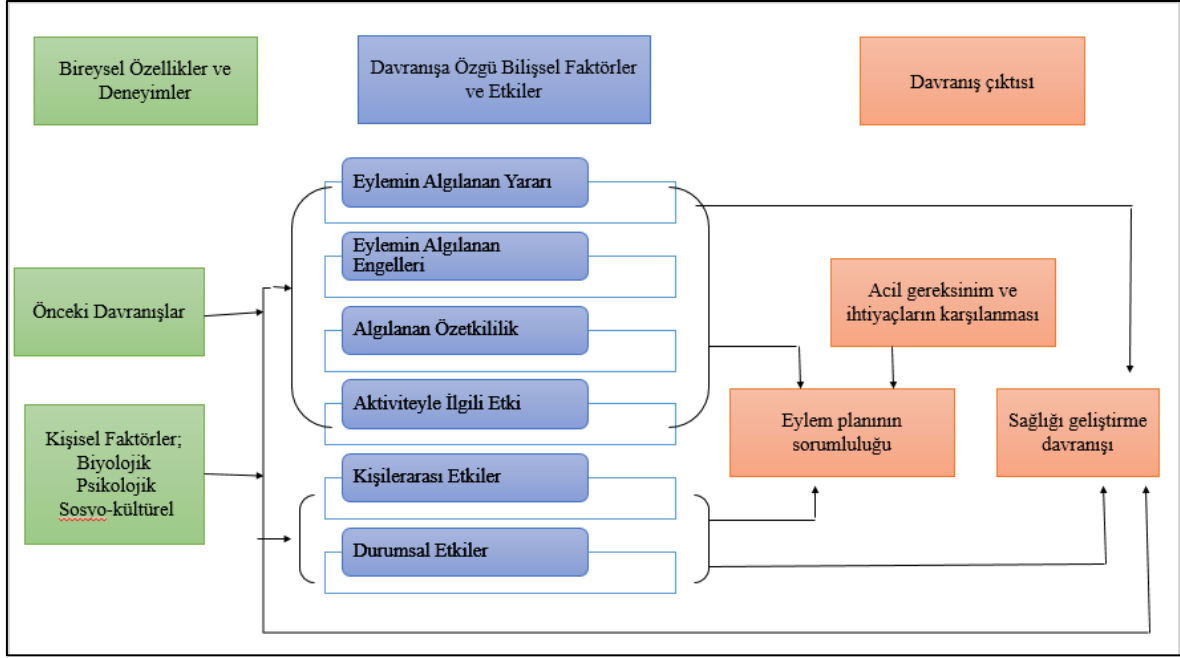
3. Davranış Çıktısı

Davranışa Karar Verme: Bireyin sağlık davranışına karar verdiği, harekete geçtiği ve uyguladığı bölümdür. Birey, davranışı gerçekleştirirken kendi planladığı yöntemleri, hayat tarzına göre düzenleyerek sergilemektedir (73).

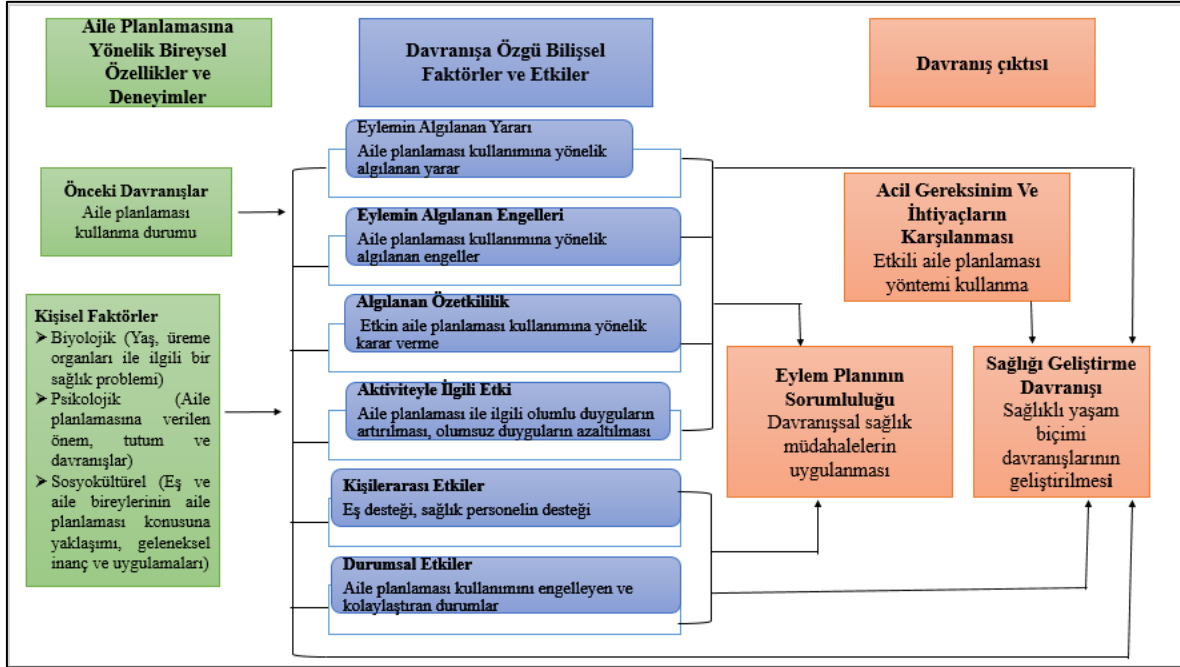
Acil Gereksinimler ve Öncelikler: Birey davranışı gerçekleştirmeden hemen önce çevresel faktörlerinde etkisiyle bireyin yerine getirmesi gereken acil bir gereksinimin ortaya çıkması sonucu yaptığı alternatif davranışlardır. İş, aile sorumluluğu, çevresel etkiler gibi durumlar bireylerin alternatif davranışlar sergilemesine neden olmaktadır (74).

Sağlığı Geliştirme Davranışı: Bireyden istenen sağlığı geliştirme davranışını kazanması, yaptığı işten mutlu olması ve üretken bir yaşama sahip olma gibi olumlu sağlık çıktıları ile sonuçlanan davranışlardır (74). Sağlıklı beslenme alışkanlığının kazanılması, düzenli fiziksel aktivite yapma, olumlu ilişkiler kurma ve stresle baş etme örnek olarak verilebilir.

Model sağlığı geliştirme kavramı doğrultusunda hemşirelikte birçok alanda olduğu gibi göçmen kadınlara AP konusunda verilecek eğitimde de kullanılması uygun olacağı düşünülerek kullanılmıştır. Sağlığı Geliştirme Modeli şekil 1’de gösterilmektedir. Göçmen kadınlarda aile planlamasının Sağlığı Geliştirme Modeli’ne göre entegrasyonu şekil 2’de gösterilmektedir.



şekil 1. Nola J Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli (70, 71).



Şekil 2. Göçmen kadınlarda aile planlamasının Sağlık Geliştirme Modeline göre entegrasyonu

2.8. Sağlık Sorumluluğu

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olan sağlık sorumluluğu bireyin sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalıkları önleyebilmek adına koruyucu önlemler alması, davranış ve tutumlarını bu yönde düzenlemesi, ihtiyaç duyduğu zaman profesyonel yardıma başvurabilmesidir (76). Bireyin vücudunu tanıması, tıbbi kontrollerini düzenli olarak yaptırması, vücudunda değişiklikler hissettiği zaman sağlık kuruluşlarına başvurması, verilen ilaçları düzenli kullanması, sağlık ile ilgili yeni bilgiler edinmesi ve bu konularla ilgili yayınları takip etmesi sağlığına ne kadar önem verdiğini göstermektedir (77). Bireyler sağlıklı olma halini sürdürme ve iyilik halini yükseltebilmek için kendi sağlık sorumluluğunu üstlenebilmektedir. Sağlık sorumluluğunu üstlenen bireyler riskli sağlık davranışlarından kaçınarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemeye özen göstermektedirler (76, 77). DSÖ ve Sağlık Bakanlığı ortaklığında hazırlanan “Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğu İşbirliği 2023” hedeflerine göre; öz bakım becerilerinin geliştirilmesi adına, bireyin kendi sağlığı hakkında sorumluluk sahibi olması, bu sorumluluğun korunabilmesi ve geliştirilmesi konusunda kamusal/toplumsal destek sistemlerine ulaşabilen bir toplumun oluşturulması planlanmıştır (78).

Sağlık sorumluluğu kavramının geliştirilmesi için öneriler (79).

- Sağlık sorumluluğunun benimsenmesi bireyin özgür iradesi ile olması,
- Sağlık için önemli olan bireysel sorumluluk, bireylerin yaşam tarzı ve çevresel faktörlerden etkilenmemesi,
- Sağlık davranışının bireysel olması,
- Bireylere gerekli bilgilendirme ve danışmanlık yapılması,
- Bireylerin sağlık davranışı ve hastalık yönetimi için güvenilir ve güncel web sitelerinin oluşturulması,
- Bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırmak için sağlık eğitimi verilmesidir.

Bireylerin sağlığı ile ilgili alabileceği sorumluluk seviyesi (80).

- Vücudunda gerçekleşen değişimleri takip ederek gerektiğinde bir sağlık profesyoneline başvurabilmesi,
- Belirli aralıklarla tarama testlerini ve gerekli tahlilleri yaptırabilmesi,
- Sağlıkla ilgili konularda sabit fikirli olmaması, gelişmeleri takip edebilmesi,
- Sağlıkla ilgili olan konularda fikrini beyan edebilmesi,
- Sağlıkla ilgili olan sürekli ve süresiz yayınları takip edebilmesi,
- Sağlığını izleyerek iyiliğini hissedebilmesi,
- Sağlığı ile ilgili bir farklılık tespit ettiğinde basit önlemleri kendi kendine alabilmesidir.

Kişinin sosyo-demografik özellikleri, sağlık okuryazarlığı, yaşanılan yerin sağlık politikaları ve verilen eğitimler sağlık sorumluluğunu etkileyen faktörler arasındadır. Hemşire tarafından eğitim verilen bir çalışmada deney grubunda bulunan kadınların sağlık sorumluluğu ölçek puan ortalamalarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu bildirilmektedir (81). Başka bir çalışmada ise sağlıklı yaşam biçimi davranışı eğitimi verilen kişilerin sağlık sorumlulukları ile ilgili puan ortalamalarının arttığı belirtilmektedir (82). Sağlık personelinin bireyleri bilgilendirmesi, telefon ve e-posta ile tarama zamanlarının hatırlatılması sonucunda bireylerin sağlık sorumluluğu alma durumları artarak, serviks ve meme kanseri taramalarına katılımını artırdığı saptanmıştır (83). Çalışmalara göre periyodik olarak eğitim programlarının düzenlenmesi, bu eğitimlere kişilerin aktif olarak katılması sağlık sorumluluğunu davranışa dönüştürdüğü görülmektedir.

2.9. Aile Planlaması Tanımı ve Amacı

AP, çiftlerin istedikleri zamanda veya ekonomik koşullarına göre belirledikleri sayıda çocuk sahibi olmaları ve doğum aralıklarını anne sağlığı açısından uygun aralıklarda belirlemeleridir (7). Tanıma baktığımız zaman AP’de kişilerin istekleri önemliken bunu etkileyen sosyal, ekonomik faktörlerde bulunmaktadır. Kadınların AP hakkında bilgi alması, bu yöntemlere erişimi hem toplum sağlığının kalitesini yükseltmede hem de toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında önemlidir (84). AP ayrıca on yedi sürdürülebilir kalkınma hedefini kapsayan geniş kapsamlı faydalara sahiptir. Örneğin, bireylerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda çocuk sahibi olması anne ve çocuk için yetersiz beslenmede azalma (Hedef 2) ve kaliteli sağlıklı (Hedef 3) bir yaşamın devamını sağlamaktadır (85).

AP, ailenin büyüklüğünü yani kişi sayısını sınırlamak anlamına gelmemektedir. Aileler özgürce çocuk doğurabilir ve kendileri için iyi olduğunu düşündükleri zamanda istedikleri kadar çocuk sahibi olabilir. AP kavramının belli başlı amaçları bulunmaktadır. Bu amaçlardan bazılarını sıralamak gerekirse (7, 86).

- Çiftlerin kendi istekleriyle istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasının sağlanması,
- Aşırı doğurganlığın azaltılarak sağlık problemlerin önüne geçilmesi
- Anneyi ve bebeği etkileyebilecek risk içeren gebeliğin önüne geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığının korunması ve iyileştirilmesi,
- İstenmeyen gebeliklere bağlı yaşanabilecek olumsuzluklara karşı tedbir alınması,
- Yüksek riskli gebeliklerin azalmasını sağlayarak anne ve bebek ölümlerinin azaltılması,
- Çocuk sahibi olmak isteyip olamayan ailelere yardımcı olunması,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları önlemektir.

2.9.1. Türkiye’de Aile Planlaması Hizmetlerinin Tarihsel Süreci

Türkiye Cumhuriyeti’nin tarihinde pronatalist ve antinatalist olmak üzere iki farklı nüfus politikası yer almaktadır. 19. yy. ilk çeyreğinde yaşanan Birinci Dünya Savaşı sırasında sıtma ve tifüs gibi hastalıklar yüzünden büyük nüfus kayıpları yaşanmış ve bu olumsuz durumu düzeltmek amacıyla pronatalist bir politika izlenmiştir. Pronatalist politika; isteyerek düşük yapılmasının, gebeliği önleyen ilaç ve araçların temin

edilmesinin, bu konuda eğitim verilmesinin yasaklanması, altı ve daha fazla çocuğu olan kadınlara ödöl verilmesi ve çok çocuğa sahip olan ailelerin yol vergisi gibi durumlardan muaf tutulması gibi önlemler alan yasaları içermektedir (87).

Nüfus artışı 1950’li yıllarında sorun olmaya başlamış ve nüfus artış hızı %2.2’ye çıkmıştır. Nüfusun arttırılmasına yönelik pronatalist politika değiştirilerek, 1962 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda antinatalist politikayı kabul etmiştir. 1965 yılında 557 Sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” uygulamaya konulmuştur (88). Yapılan hizmetlerin daha kaliteli verilebilmesi için kanunda yeniden düzenlemeler yapılarak 24/05/1983’te 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” uygulamaya konulmuştur. Bu kanun ile aşağıdaki uygulamalar getirilerek Sağlık Bakanlığı’nın bu görevleri yürüteceği belirtilmiştir (89).

- 10 haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağılı olarak sonlandırılması,
- Bireylerin gönüllü cerrahi sterilizasyonu gebeliğı önleyici yöntem olarak kabul edilmesi,
- Eğitimli sağlık profesyonellerin (doktor, ebe ve hemşire) Rahim İçi Araç (RİA) uygulayabilmesi,
- Başarılı AP faaliyetleri için sektörler arası iş birliğı yapılmasıdır.

1982 Anayasası’nda da ailenin Türk toplumunun temeli olduğı “devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle anne ve çocukların korunmasını, AP’nin öğretilmesini ve uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar” cümlesiyle vurgulanmaktadır (90).

2.9.2. Aile Planlamasının Yararları

Anne, çocuk ve toplum sağlığına yönelik aile planlamasının pekçok yararı bulunmaktadır.

Anne sağlığı açısından yararları (91);

- Abortus, küretaj, doğum ve postpartum döneme bağılı anne ölümlerinin azaltılması,
- Bazı bariyer yöntemlerin (kondom gibi) cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruması,
- Planlı gebelik yaşayacakları için kadınlar psikolojik olarak daha sağlıklı gebelik geçirmesi,

- Bazı AP yöntemleri kadınları bazı kanser çeşitlerine karşı koruması,
- Gebe kalma korkusunu azaltarak sağlıklı bir cinsel yaşantının sağlanması,
- Annede hipertansiyon, toksemi, tükenmişlik sendromu gibi durumların oluşmasının önlenmesidir.

Çocuk sağlığı açısından yararları (92);

- Bebek ve çocuk ölümlerini azaltarak, erken doğumları ve gelişme geriliğinin önlenmesi,
- Adölesan ve ileri yaş gebeliklerin önlenmesi sonucu doğumsal anomalilerde azalma görülmesi,
- Aileler planlı gebelik yaşadıkları için sürece psikolojik olarak hazır olurlar ve bu da çocukların daha sağlıklı bir ortamda büyümesine olanak sağlaması,
- Planlı bir hamilelikte annenin emzirme sürecine kendisini hazır hissetmesi sonucunda anne sütü ile beslenen bebeklerin bağışıklık sistemleri güçlenerek enfeksiyon hastalıklarına karşı koruma sağlanır.

Toplum sağlığı açısından yararları (91, 92);

- Sağlıklı anne ve sağlıklı çocuk, sağlıklı toplumun oluşması,
- Dengeli bir nüfus artışının yaşanması,
- Ekonomik sebepler ile gelişen göçlerin azalması,
- Bireylere düşen milli gelirin yükselmesi,
- Sağlık harcamaların azalmasıdır.

2.9.3. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması

Aile planlaması yöntemleri dünyanın her yerinde geçmişe nazaran artarak kullanılmaktadır. DSÖ'nün 2019 yılında yayınladığı araştırmaya göre dünyada 1.9 milyar kadın yaşamakta olup, 1.1 milyarı üreme çağında (15-49 yaş) bulunmaktadır. Bu 1.1 milyar kadından 842 milyonun modern AP yöntemi kullandığı, 80 milyonun da geleneksel AP yöntemlerini kullandığı açıklanmaktadır. Kadınların %10'unun ise AP yöntemi açısından ihtiyacı karşılanamadığı belirtilmektedir (93). Gelişmiş ülkelerde AP yöntemlerinden herhangi birini kullanan kadınların oranı ortalama %58.2'dir. En fazla kullanılan yöntemler sırasıyla oral kontraseptif ilaçlar (%17.8), kondom (%14.6) ve rahim içi araç (RİA) (%7.9)'lardır. Daha az gelişmiş ülkelerde bu oran %30.9 düşerken, en fazla kullanılan yöntemlerin; enjeksiyonlar (%9.6), oral kontraseptifler (%7.7) ve kondom

(%3.2) olduğu belirtilmektedir (94). AP yöntemlerinin ülkemizdeki kullanım durumu ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 verilerine göre; evli kadınların %90'ı, tüm kadınların ise %63'ü herhangi bir zamanda AP yöntemlerini en az bir kez kullanmaktadır. Evli kadınların %49'u modern yöntem, %21'i geleneksel yöntem kullandığı belirtilmektedir. En fazla kullanılan yöntemler arasında; geri çekme (%20), erkek kondomu (%19) ve RİA (%14) olduğu belirtilmiştir (95).

AP yöntemleri modern, geleneksel ve doğal yöntemler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Modern AP yöntemleri, geleneksel ve doğal AP yöntemlerine göre daha etkili yöntemlerdir (92, 96, 97).

Modern Aile Planlaması Yöntemleri

Hormonal Kontraseptifler

- Kombine oral kontraseptifler (KOK),
- Mini haplar
- Post-koital (acil) kontrasepsiyon
- Enjekte edilen hormonal kontraseptifler
- Deri altı implantları (deri altı çubuk)

Rahim İçi Araçlar

- Hormonlu rahim içi araç
- Bakırlı rahim içi araç

Bariyer Yöntemler

- Erkek kondomu
- Kadın kondomu
- Diyafram
- Servikal başlık
- Spermisitler

Cerrahi Sterilizasyon

- Tüpligasyon
- Vazektomi

Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

- Koitus interruptus (geri çekme)
- Vajinal duş

Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

- Servikal mukus yöntemi-billings ovülasyon metodu
- Bazal vücut ısı yöntemi
- Semptotermal yöntem
- Servikal palpasyon yöntemi
- Takvim yöntemi
- Laktasyonel amenore yöntemi (emzirme ile gebeliğin önlenmesi)

2.9.4. Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Görev Yetki ve Sorumlulukları

Aile planlaması halk sağlığıyla paralel olarak kadının toplumdaki statüsünü etkileyen bir konu olup aynı zamanda bireylerin ne zaman ve kaç çocuk edineceklerine karar verme hakkına sahip olmalarını da sağlamaktadır. Bireylere kapsamlı bir AP danışmanlığı sunmaları açısından hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Genellikle AP konuları bireylerin konuşmaktan çok fazla hoşlanmadıkları konulardır (92).

Hemşirelerin AP konusuna yönelik bireyin sosyokültürel özelliklerini dikkate alarak, bilgilendirici, eğitimsel ve empatik iletişim becerilerini içeren, kişisel ihtiyaçların göz önüne alındığı her bireye uygun eğitim programları düzenlemeleri önemlidir. Ergenlikten itibaren eğitim programları başlanmalıdır. Eğitimler bireye sadece sözel, yazılı bilgi aktarma şeklinde değil resim, maket, teknolojiyi kullanarak yeni davranışlar kazandırmak ve bunu alışkanlık hâline getirmek şeklinde olmalıdır (98). Bu eğitim programlarının kapsamı aşağıdaki gibi olmalıdır (99).

- Aile planlaması yöntemlerinin risklerine yönelik anlaşılır bilgiler verilmesi,
- Hizmet alan bireylerin kişiliklerine ve haklarına saygılı olunması,
- İletişimin güçlü ve etkili kurulması,
- Kişilerin hassasiyetleri ve ihtiyaçlarının gözetilerek bilgi verilmesi,
- Bireylerin AP yöntemi seçimindeki kültürel özellikleri ve psikolojik durumlarını anlayabilmesi,

- Hemşirenin danışmalık eğitimi almış olması ve cinsellik, AP yöntemleri, üreme organları hakkında bilgi sahibi olması,
- Yaş, dini inanç, etnik kimlik, ırk, eğitim ve cinsiyet farklılıklarına karşın tarafsız bir tutum içinde olmasıdır.

Hemşirelerin bireylere verecekleri AP danışmanlığındaki başlıca konular şunlardır (100).

- Aile planlaması yöntemleri,
- Aile planlaması yöntemlerinin yararları ve riskleri,
- Aile planlaması yöntemlerinin nasıl kullanılacağı,
- Aile planlaması yöntem kullanımında hata olursa ne yapılabileceği,
- Aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşama etkileri,
- Acil kontrasepsiyon,

Hemşireler danışanlarının AP gereksinimlerini karşılamakla birlikte kullanacağı yöntemlerin cinsel yaşantısına olabilecek istenmeyen etkilerin azaltılması ve cinsel yaşamındaki kalitesinin artırılması yönünde rehberlik etmektedir. Böylece, AP yöntem kullanımı sağlanarak kadın sağlığı ve toplum sağlığının iyileştirilmesine ve aşırı doğurganlığın önlenmesine katkı sağlanacağı düşünülmektedir. AP eğitimi alacak bireylerin beklentilerinin saptanması için gerekli düzenlemelerin yapılmasıyla bu hizmetlerden yararlananların memnuniyet düzeyleri artmaktadır (101).

2.10. Mobil Uygulama

Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte telefonlar bilgisayar özelliği taşıyan akıllı mobil cihazlara dönüşmüştür. Mobil telefonların açık ve gün boyu taşınabilir olması, yüksek kullanımı, çeşitli özelliklerinin olması bu cihazları sağlığı geliştirme programlarının sunulması için uygun hale getirmektedir (102). Mobil öğrenme bireylere her zaman her yerde öğrenme sağlayarak, öğrenmeyi kullanıcılar için daha erişebilir hale getirmektedir (23). Ses, video ve görüntüleri kolay bir şekilde desteklediği için görsel öğrenme sağlayarak öğrenmeyi daha eğlenceli ve ilgi çekici hale getirmekte ve zamanın faydalı bir şekilde kullanımını sağlamaktadır (103). Mobil uygulamaların sağlık alanında kullanımı farklı amaçlara hizmet etmekte, yaratıcı kullanımı ile hizmetin maliyetini düşürme, sağlık sonuçlarını iyileştirme potansiyelinde rol oynamaktadır. Sağlıkla ilgili olarak; gebelik sürecini takip etmek, kalori hesaplamak, ilaç kullanım zamanlarını kontrol etmek ve

nabız/tansiyon kontrolü yapmak için mobil uygulamalar kullanılmaktadır. Bu uygulamaların bireysel kullanımının yanında sağlık kuruluşları da hastalarının izlemi için kullanabilmektedir (104). Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS), İlaç Takip Sistemi (İTS), E-Nabız, Hayat Eve Sığar (HES) mobil uygulaması, sağlık hizmetine kolay erişebilmeyi sağlamaktadır. Yapılan bir çalışmada mobil uygulamaların sağlıkta kullanımının toplum tarafından kabul edilebilirliğini arttırdığını ve sağlık sonuçlarını pozitif yönde etkilediğini göstermektedir (105).

Mobil uygulamalar farklı amaçlara yönelik geliştirilmektedir. Mobil cihazların, özellikle akıllı telefonların kullanımının artmasıyla birlikte, halk artık kendi sağlıklarını izleyip yönetebilecekleri araçlara daha kolay erişebilmektedir (106). Mobil uygulamalar; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik eğitim ve farkındalık sağlamak; sağlık profesyonellerine klinik ortamda bilgi sağlamak ve tanıya karar vermede yardımcı olmak, hastanın tedaviye uyumunu değerlendirmek ve izlemi sağlamak, bulaşıcı hastalıkların gerçek zamanlı izlemi sağlamak, kaza ve afetlerde uyarı sistemleri sağlamak gibi farklı amaçlarla oluşturulabilmektedir (107). Mobil uygulamaların bireyin sağlık davranışlarını değiştirmek, öz yeterliliği artırmak, öz yönetim konusunda bilgi ve beceri kazandırmak, olumsuz sağlık davranışlarını azaltmak için fayda sağlayabileceği belirtilmektedir (108, 109). Literatürde mobil uygulama üzerinden yapılan diyabetik ayak bakımı eğitiminin Tip 2 diyabetli hastalara yararlı olduğu gözlemlenmiştir (110). Organ nakli yapılan ergen bireylerde yapılan mobil uygulamanın ergenlerin ilaca uyumunu artırdığı belirtilmiştir (111). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada yüksek düzeyde stres yaşayan bakıcılar için mobil sağlık uygulamanın stres azaltmada, zihinsel sağlıkları ve refahlarında iyileşmeler yaparak etkili tedavisi için önemli olduğunu göstermişlerdir (112). Literatürde de mobil sağlık uygulamalarının, tıbbi uygulamaların etkinliğini arttırdığını belirten başka araştırmalarda yer almaktadır (113, 114).

Akıllı cep telefonu teknolojilerine dayalı müdahaleler diyabet, astım, romatoid artrit, şizofreni gibi hastalıklarda tedavi uyumunun artırılmasında kullanılmaktadır (115-118). Bununla birlikte egzersiz, diyet-kilo kontrolü, sigara bırakma gibi sağlıklı yaşam davranışı alışkanlıklarının kazandırılmasında da mobil uygulamalardan yararlanılabilmektedir (113, 119, 120). Sağlık davranışı değişikliğini teşvik etmeyi hedefleyen uygulamalarda hatırlatıcılar, bildirimler, aktiviteleri izleme, hedef planlama ve

özel bilgilendirmelere yer verilmektedir (121). Yapılan çalışmalarda mobil sağığın bakım maliyetlerini azaltmada ve sağığ sonuçlarını iyileştirmede etkili olduğı görölmüşür (122, 123). Ayrıca bireysel veya grup olarak sağığın sürekli ve aktif olarak izlenmesine katkı sağladığı, sağığ davranışlarının geliştirilmesi yoluyla sağığ sorunlarını azalttığı ve önlediğı, konik hastalıkların kendi kendine yönetimini desteklediğı, sağığ kuruluşlarına başvuruyu azalttığı ve sağığ bilgisini artırdığı görölmektedir (123).

Göçmen kadınlarda AP yöntemlerin az kullanılmasına bağılı olarak doğurganlıkların fazla olduğı görölmektedir. Bunun nedeni olarak kültürel ve sosyal normların dışında yöntemler hakkında bilgisizlik, sağığ hizmetlerine ulaşım da zorluk, dil problemleri olduğı görölmektedir (5, 124). Bu sebeple göçmen kadınların AP konusunda bilgi düzeylerini artırmada resim, video içeren mobil uygulamanın kullanılmasının AP bilgi ve tutumlarına olumlu etki sağlayacağı düşünölmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın tipi, yapıldığı yer ve özellikleri, evren ve örneklem seçimi, Consort akış diyagramı, araştırmaya kabul edilme, dışlanma, sonlandırma ölçütleri, veri toplama araçları, soru formların ön uygulaması, eğitim amacıyla yapılan hemşirelik girişimleri, veri toplama yöntemi, verilerin analizi, araştırmanın sınırlılıkları ve etik boyutuna ilişkin bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; göçmen kadınların sağlık sorumluluğu ve aile planlamasına yönelik verilen bireysel eğitimlerin, mobil uygulama yoluyla tekrarlı eğitimlerin, telefon danışmanlığı girişimlerinin kadınların sağlık sorumluluğu düzeylerine ve aile planlaması bilgi ve tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla ön test, son test ve kalıcılık testi düzeninde randomize kontrollü deneysel türde bir çalışmadır. Araştırmanın NCT04970420 numarası ile Clinical Trials kaydı bulunmaktadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Haziran 2021-Mart 2022 tarihleri arasında Erzincan ilinin Üzümlü ilçesinde bulunan Üzümlü ASM'ye kayıtlı olan göçmen kadınlarla (Ahıska Türkleri) yapılmıştır. Üzümlü ASM'nin nüfus çoğunluğu, Ukrayna ve Rusya arasında çıkan çatışmalar nedeniyle bölgede yaşayan Ahıska Türkleri'nin güvenliklerinin tehlikede olması sonucu Türkiye'nin daveti üzerine Erzincan'ın Üzümlü ilçesine göç eden göçmenlerden oluşmaktadır. Göçmen kadınların ASM'ye ulaşımı çok kolay olup 5-10 dakikalık yaya mesafesindedir. Üzümlü ASM "A" tipi ASM olup aşı-bebek izlem odası, emzirme odası, AP- gebe izlem odası ve kan alma-pansuman odası fiziki koşullarına sahiptir. Bu ASM de 5 doktor, 5 aile sağlığı çalışanı görev yapmaktadır. ASM'nin hasta eğitim odası bulunmaktadır. Bu eğitim odasında bilgisayar, projeksiyon kullanımı mümkün olup yeterince ışık ve hava almaktadır. Yüz yüze yapılacak görüşmeler pandemi koşullarına göre gerekli koruyucu önlemler alınarak aile sağlığı merkezinin eğitim odasında veya kişinin isteği üzerine evinde ziyaret şeklinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Üzümlü ASM'ye kayıtlı 15-49 yaş arası doğurgan çağıdaki göçmen kadınlar (Ahıskalı Türkler) oluşturmaktadır. Bu ASM de çalışan doktorlara kayıtlı olan 15-49 yaş göçmen (Ahıska Türkü) kadın sayısı 770'dir. G-power 3.1 programı

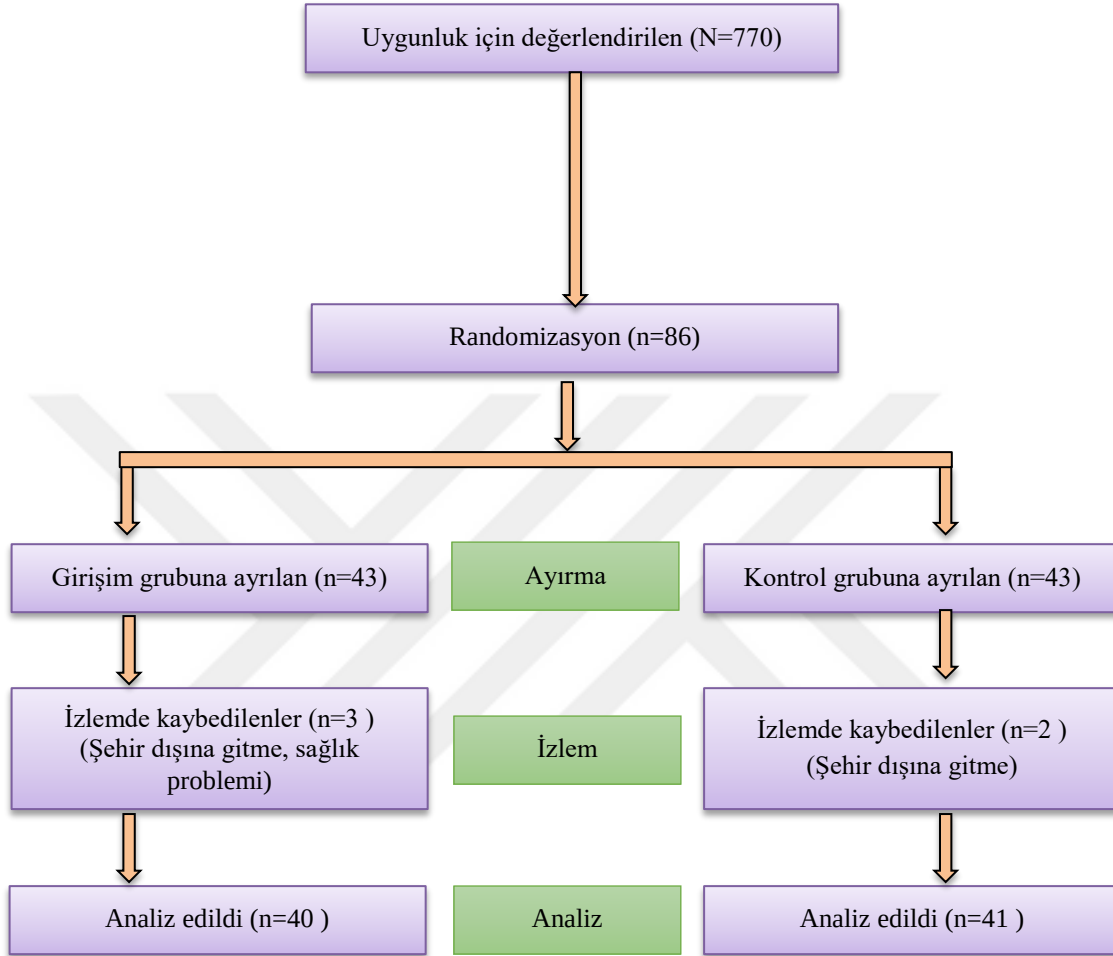
kullanılarak %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.325 etki büyüklüğünde 37 hemşirelik girişim grubu 37 kontrol grubu olmak üzere toplam 74 kadın çalışmanın örneklemini olarak belirlenmiştir. Ancak kadınların uygulamalara devam edememe durumu göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğünün %15 fazlası olan 43 hemşirelik girişim grubu 43 kontrol grubu olmak üzere toplam 86 göçmen kadın çalışmaya alınmıştır. Bu aile sağlığı merkezinde beş doktora kayıtlı 15-49 yaş grubu kadınlar yaşa göre tabakalı örneklem metoduyla araştırmaya alınmıştır. Tüm doktorlara ait kadınlar TÜİK'in belirlediği yaş gruplarına göre 7 tabakaya ayrılmıştır (125). Tabakaların ağırlığı bulunmuş ve her yaş grubunun bulunduğu tabakadaki kadınlar listelenerek numaralandırılmıştır.

Tabakaların ağırlığı

15-19 yaş:	$108/770=0,140*86=12,04$	(12 kişi)
20-24 yaş:	$107/770=0,138*86=11,868$	(12 kişi)
25-29 yaş:	$102/770=0,132*86=11,352$	(11 kişi)
30-34 yaş:	$143/770=0,185*86=15,91$	(16 kişi)
35-39 yaş:	$140/770=0,181*86=15,566$	(16 kişi)
40-44 yaş:	$96/770=0,124*86=10,664$	(11 kişi)
45-49 yaş:	$74/770=0,09*86=7,74$	(8 kişi)

Daha sonra basit rastgele sayılar tablosu (126) yöntemi kullanılarak tabakalardan alınacak kadınlar seçilmiştir. Ardından çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar örneklemini oluşturmuştur. Çalışmanın başlangıcında kadınlara çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onamları sözlü ve yazılı olarak alınmıştır. Çalışmayı kabul eden ve yaş aralığına göre tabakalandırılmış gruplardan ilk seçimler kontrol, ikinci seçimler hemşirelik girişim grubu olarak belirlenmiştir. Kriterlerin karşılanmaması veya araştırmaya katılmaya kabul edilmemesi gibi nedenlerden dolayı örneklem sayısına ulaşamaması durumunda, örneklem sayısına ulaşana kadar basit rastgele sayılar tablosundan örneklem seçimine devam edilmiştir. Böylece olasılıklı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Gruplararası farklılık belirlemeye yönelik Post-Hoc (Tukey) testi uygulanarak gruplararası farklılık olmadığı belirlenmiştir. Araştırmanın örnek seçim süreci Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials-CONSORT) kriterlerine uygun olarak Şekil 1'de verilmiştir (127). Çalışma sürecinde hem hemşirelik girişim grubu hem de kontrol grubunda bulunan göçmen kadınlar çeşitli nedenler ile ayrılmak zorunda kalmıştır. Bu

sebeple çalışma 40 hemşirelik girişim grubu, 41 kontrol grubu olmak üzere 81 göçmen kadın ile yürütülmüştür.



Şekil 3. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı

3.4. Araştırmaya Kabul, Dışlanma Ölçütleri ve Sonlandırma Ölçütleri

Araştırmaya kabul ölçütleri;

- Aile sağlığı merkezine kayıtlı olma,
- 15-49 yaş grubunda göçmen kadın olma,
- Okur-yazar olma,
- Türkçe konuşabilme ve yazabilme,
- Sözlü iletişim kurabilme,
- Evinde veya iş yerinde internet erişim imkânına sahip olabilme,

- Akıllı telefona veya ailede herhangi bir bireye ait olan ve katılımcı tarafından da kullanılabilen telefona sahip olma,
- İnternet kullanabilme,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam formunu (Ek 1, Ek 2) okuyup, imzalamış olan göçmen kadınlar örnekleme alınmıştır.

Araştırmadan dışlama ölçütleri;

- Fiziksel ya da ruhsal sağlık sorunu olma,
- Menopozda olan, tüpligasyon ya da eşi vazektomi yaptırmış olan göçmen kadınlar araştırma dışı bırakılmıştır.

Araştırma sonlandırma ölçütleri;

- Telefonla/ziyaretle ulaşamamak,
- Mobil uygulamayı hiç kullanmamış olmak,
- Veri toplama aşamaları sonlanmadan iletişimin kesilmesi,
- Örnekleme alınan kadının hasta olması veya vefatı,
- Kadının başka bir yere taşınması,
- Kendi isteğiyle çalışmadan ayrılmak isteyen göçmen kadınların araştırması sonlandırılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak:

- Sosyo-demografik Özellikler ve Aile Planlaması Anamnez Formu (Ek 3),
- Aile Planlaması Bilgi Formu (Ek 4),
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu (Ek 5),
- Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Ek 6),
- Aile Planlaması Programı Değerlendirme Formu kullanılmıştır (Ek 7).

3.5.1. Sosyo-demografik Özellikler ve Aile Planlaması Anamnez Formu (Ek 3)

Araştırmacı tarafından literatür (128-130) doğrultusunda hazırlanan bu form üç bölümden oluşmaktadır ve soru formunun cevaplama süresi yaklaşık 8 dakika (dk) sürmektedir. Form, hem hemşirelik girişim grubu hem de kontrol grubuna sadece ön test olarak uygulanmıştır. Soru formunun bölümleri;

Kadınların sosyo-demografik özellikleri; kadının yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi ile ilgili soruları içermektedir.

Kadının obstetrik özellikleri; kadının ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı ile ilgili soruları içermektedir.

Aile planlaması anamnez formu; kadının düzenli adet görme durumu, jinekolojik bir ameliyat geçirme durumu, kullanılan AP yöntemi, kullanılan yöntemi kimin önerdiği, çocuk sahibi olmayı planlama durumu, herhangi bir aile planlama yöntemi bilme durumu ile ilgili soruları içermektedir. Ayrıca mobil uygulama içeriğinde bulunan AP'ye yönelik konu başlıkları yazılarak öncelikli olarak bilgi almak istedikleri konuları numaralandırmaları istenmiştir. Böylelikle kadınların bireysel önceliklerine yönelik mobil uygulama programı basamakları düzenlenerek bu sıralamaya göre AP konuları anlatılmıştır.

3.5.2. Aile Planlaması Bilgi Formu (Ek 4)

Araştırmada kadınların AP'ye yönelik bilgi düzeylerini ölçmek ve bilginin kalıcılık durumunu tespit etmek amacıyla ön test, son test ve kalıcılık testi olarak kullanılmıştır. Bilgi formu üçlü likert tipte 78 sorudan oluşmaktadır. Formun cevaplama süresi yaklaşık 15 dk sürmektedir. Bilgi formundan en yüksek “78” puan, en düşük “0” puan alınabilmektedir.

Aile Planlaması Bilgi Formunun Geçerlik ve Güvenirlilik Analizleri

Nola J. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre hazırlanan AP bilgi formu 93 maddeden oluşmaktadır. Madde yazım aşamasında üreme sistemi, AP, hormonal yöntemler, rahim içi araçlar, bariyer yöntemler, cerrahi sterilizasyon, doğal aile planlaması olarak yedi temel alt boyutta maddeler oluşturulmuştur. Bilgi testinin deneme formu için pilot uygulama yapılmadan önce testin yüzey, kapsam ve dil geçerliği test edilmiştir. Yüzey geçerliliği açısından iki ölçme değerlendirme uzmanı, kapsam geçerliliği için Halk Sağlığı Hemşireliği alanından 8 öğretim üyesi, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları

Hemşireliği alanında 3 öğretim üyesi ile Hemşirelik Esasları alanından 1 öğretim üyesi olmak üzere toplam 12 uzmanın görüşleri alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda 2 sorunun anlaşılır olmaması, 3 soruda latince ifadelerin kullanılması nedeniyle toplam 5 soruda düzenleme yapılmıştır.

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi Davis Tekniği kullanılmıştır. Testin kapsam geçerliliği için Davis Tekniği ile hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI)>0.80 arasında belirlenmiş olup kapsam geçerliliği kabul edilmiştir. Davis Tekniği; (a) “madde uygun”, (b) “madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” (d) ve “madde uygun değil” şeklinde 4’lü derecelendirme şeklinde değerlendirme yapılan bir kapsam geçerlilik analizidir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek, maddeye ilişkin KGI 0.80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir. KGI değeri 0.80’den büyükse madde kabul edilmektedir, düşük ise bu madde testten çıkarılmaktadır (131). Bu doğrultuda 30, 70, 77, 82, 91. maddeler formdan çıkartılmıştır. Aile planlaması bilgi formu için KGI skoru 0.85 olarak bulunmuştur.

Bilgi testinin deneme formunun kapsam geçerliliği yapılırken aynı zamanda ölçme ve değerlendirme uzmanları tarafından yüzey geçerliliği yapılmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda 2 sorunun açık olmaması, 3 sorunun anlaşılır olmaması ve 2 maddenin yönlendirici olmasından dolayı yeniden düzenleme yapılmıştır. Dil geçerliliği yönünden alınan uzman görüşü doğrultusunda soruların bazılarında tamlama uyumsuzluğu ve gereksiz zarf-fiil kullanımları, yazım ve imla kurallarına ilişkin hatalar düzeltilmiştir. Bilgi testi düzenlendikten sonra uygulanabilir ve anlaşılabilirliği açısından pilot uygulama olarak 15-49 yaş aralığının da 95 kadına uygulanmıştır. Kadınlar araştırma kapsamına alınmamıştır.

Madde Güçlük ve Madde Ayırt Edicilik Analizleri

Madde güçlüğü, soruya doğru cevap veren bireylerin gruptaki toplam bireylerin sayısına oranıdır. Aile planlaması bilgi formunun ön uygulama sonuçlarına göre, madde güçlük indekslerinin 0.14 ile 0.93 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Madde güçlüğü 1’e yaklaştıkça soru kolayca doğru gitmektedir. Madde güçlüğü 0’a yaklaştıkça soru zora doğru gitmektedir (132) (Tablo 1).

Tablo 1. Madde güçlük ve madde ayırt edicilik için değerlendirme kriterleri (Tekin'den, 132)

Madde güçlük endeksi (p)	Madde ayırt edicilik endeksi (r)	Yorum
0.90'dan fazla	Değer yok	Eğer etkili bir öğretim varsa tercih edilir
0.60-0.90	$r > 0.20$	Tipik iyi bir madde
0.60-0.90	$r < 0.20$	Üzerinde çalışılması gereken madde
$p < 0.60$	$r > 0.20$	Zor fakat ayırt edici bir madde (c)
$p < 0.60$	$r < 0.20$	Zor ve ayırt edici olmayan madde (Bu madde kullanılamaz)

Madde ayırt ediciliği, bir sorunun bilenle bilmeyeni birbirinden ayırma gücüdür. Ayırt ediciliği yüksek olan maddeler testin güvenilirliğini ve geçerliliğini artırmaktadır. Bilgi formunun ön uygulamasında madde ayırt edicilik indeksleri 0.01 ile 0.62 arasında değişmektedir. Bilgi formunun maddelerinin güçlük ve ayırt edicilik için değerlendirme kriterlerine göre (Tablo 1) 10, 16, 28, 30, 35, 36, 44, 60, 71, 86 numaralı maddeler testten çıkarılmıştır. Madde güçlük endeksi ve madde ayırt edicilik indeksleri incelendikten sonra bilgi formu 78 maddeden oluşmaktadır. Bu sorulardan 31 tanesi olumsuz ifade içermektedir. Bilgi formunun 8, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 37, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 64, 65, 68, 69, 70, 74, 76, 77. maddeleri yanlış olarak değerlendirilmektedir. Bilgi formunun 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 26, 27, 28, 31, 34, 38, 39, 41, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 71, 72, 73, 75, 78. maddeleri ise doğru olarak değerlendirilmektedir.

Aile Planlaması Bilgi Formunun Güvenilirlik Analizi

Bilgi formunun puanlaması; doğru yanıt için “1”, yanlış ve bilmiyorum yanıtları için “0” puan olacak şekilde yapılmıştır. Olumsuz soruların yanıtları ters yönde kodlanmaktadır. Bilgi formunun güvenilirliğine yönelik çeşitli yaklaşımlar vardır, bunlardan en yaygın olanı Kuder-Richardson -20 (KR-20) indeksi kullanılarak hesaplanan iç tutarlılıktır. Yöntem tüm maddelerin birbirleriyle ve ölçeğin tamamıyla iç tutarlılığını tahmin etmektedir. KR-20 teoride 0.0 ile 1.0 arasında değişmektedir. Değerin 1'e yaklaşması mükemmel bir şekilde tutarlı ölçümü göstermektedir (133).

Yapılan analiz sonucu KR-20 değeri 0.82 ($KR > 0.60$) olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçla testin iç tutarlılık güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir. Çünkü bu değer 1'e yakın olması bilgi testinin güvenilir olduğunu göstermektedir.

Bütün bu sonuçlar değerlendirildiğinde, Aile Planlaması Bilgi Formu'nun kadınların bilgi seviyelerini ölçmeye uygun; geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğuna ölçme ve değerlendirme uzmanı tarafından onay verilmiş ve çalışmada ön test, son test ve kalıcılık testi olarak kullanılmıştır. Ölçeğin uygulanması yaklaşık 10 dk sürmektedir. Araştırmada Cronbach alfa değeri 0.74 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu (Ek 5)

Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmek üzere geliştirilen ölçek 1996 yılında yeniden revize edilmiştir. Ölçek manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olmak üzere toplam altı alt boyuttan ve 52 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü likert tarzında olan ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçekten alınabilecek puanlar 52-208 puan aralığında olup, ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.94 olarak saptanmıştır (134). Bu çalışmada Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin (SYBDÖ-II) Türkçe formundaki "Sağlık Sorumluluğu" alt boyutu kullanılmıştır. "Sağlık Sorumluluğu" alt boyutundan alınacak puanlar 9-36 aralığındadır. Ölçeğin alt boyutundan alınan puan arttıkça sağlık sorumluluğu artmaktadır. Sağlık sorumluluğu alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,77'dir (135). Araştırmada Cronbach alfa değeri 0.59 olarak bulunmuştur. Ölçek, hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubuna ön test, son test ve kalıcılık testi olarak uygulanmıştır. Ölçeğin uygulanması yaklaşık 3 dk sürmektedir.

3.5.4. Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) (Ek 6)

Örsal ve Kubilay tarafından geliştirilen ölçek, beşli likert tipinde (tamamen katılıyorum 1 puan, katılıyorum 2 puan, kararsızım 3 puan, katılmıyorum 4 puan, tamamen katılmıyorum 5 puan) olup 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 34, en fazla 170 puan alınabilmektedir. Ölçek puanları arttıkça, AP tutumu da pozitif yönde artmaktadır. Ölçekte tersine kodlanması gereken ifade bulunmamaktadır. Ölçek "Toplumsal Aile Planlamasına İlişkin Tutumu", "Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum" ve "Doğuma İlişkin Tutum" olmak üzere 3 alt boyuta sahiptir. Ölçekten ve alt boyutlardan alınan puanların artması AP'ye ilişkin tutumun arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları ile saptanan iç tutarlılık ve homojenlik katsayıları toplam APTÖ için 0.90'dır (136). Araştırmada Cronbach alfa değeri 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçek,

hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubuna ön test, son test ve kalıcılık testi olarak uygulanmıştır. Ölçeğin uygulanması yaklaşık 10 dk sürmektedir.

3.5.5. Aile Planlaması Programı Değerlendirme Formu (Ek 7)

AP eğitim programının katılımcılara faydasının ne olduğu, eğitim programından memnun kalma durumu, kadınların eğitim sonrası AP konusunda bilgi düzeyi ve eğitim sonrası kullanılan AP yöntemi ile ilgili 6 sorudan oluşmaktadır. Form, hemşirelik girişim grubuna son test ve kalıcılık testi olarak uygulanmıştır. Formun uygulanması yaklaşık 5 dk sürmektedir.

3.6.Soru Formlarının Ön Uygulaması

Araştırmacı tarafından hazırlanan Aile Planlanması Bilgi Formu için yüzey ve kapsam geçerliliği yapıldıktan sonra pilot uygulama yapılmıştır. SYBDÖ-II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu ve APTÖ için 15 Ahıskalı Türk kadın ile ölçeklerin Türkçe okuma ve anlaşılabilirliği açısından pilot uygulama yapılmıştır. Bu ölçeklere yönelik olumsuz geri dönüş olmamıştır. Ön uygulama yapılan kadınlar araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.7. Araştırma Sürecinde Eğitim Amacıyla Yapılan Hemşirelik Girişimleri

Araştırma sürecinde göçmen kadınlara sağlık sorumluluğuna yönelik telefon danışmalığı, AP'ye yönelik Nola J. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin basamaklarına göre temellendirilmiş yüz yüze eğitim, mobil uygulama ve telefon danışmalığı yapılmıştır. Ayrıca araştırmacı bu sürecin başarılı yürütülebilmesi amacıyla, "Afet ve Acil Durumlarında Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı" kursuna (Ek 8) ve "Eğiticilerin Eğitimi" sertifika (Ek 9) programına katılmıştır.

3.7.1. Nola J. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Basamaklarına Göre Verilen Yüz Yüze Eğitim

Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile tanışma ve ön testlerin uygulanmasından sonra bireysel eğitimler için randevu alınmıştır. Katılımcıların uygun olduğu zaman diliminde evde veya aile sağlı merkezinde pandemi kurallarına uygun olarak bireysel görüşmeler yapılmıştır. Haftada iki kez olmak üzere AP'ye yönelik mobil uygulama içerisinde de bulunan yedi eğitim bölümü katılımcıların bireysel farklılıkları dikkate alınarak her görüşmede bir bölüm anlatılmak üzere toplam yedi kez yüz yüze

görüşme yapılmıştır. Eğitimler interaktif yöntemler, resimler ve maket kullanımı ile zenginleştirilmiştir.

1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Araştırmayı kabul eden kadınların AP ile ilgili bilgileri toplanmıştır. Etkili AP kullanma durumu, AP ile ilgili sağlık sorunu yaşayıp yaşamadıkları, düzenli olarak jinekolojik kontrole gitme, sağlığına önem verme durumu ve genital hijyen alışkanlıkları öğrenilmiştir. Biyolojik özelliklerine yönelik; kadınların üreme organları ile ilgili bir sağlık probleminin var olup olmadığı, psikolojik özelliklerine yönelik; AP'ye verdiği önem, AP ile ilgili tutum ve davranışları sorgulanmıştır. Sosyo-kültürel özelliklerine yönelik; aile bireylerinin, eş, arkadaş ve akranların AP konusuna yaklaşımı, AP ile ilgili sosyal çevrenin kaderci yaklaşımı, geleneksel inanç ve uygulamalarının var olup olmadığı tartışılmıştır.

2. Davranışa Özgü Bilişsel Etkiler

Algılanan yarar için; üreme sağlığının tanımı, anatomisi, AP'nin yararları ve öneminden bahsedilmiştir. Etkin AP'nin yaşam tarzı ile ilişkisi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşam kalitesini artırmadaki önemi anlatılarak davranışın yararlarına odaklanılmıştır. Etkin AP yöntemi kullanılmadığında istenmeyen gebeliklerin olması ve istenmeyen aralıklarla gebeliklerin oluşması kadının kendisinde fizyolojik ve psikolojik sıkıntılar oluşturacağı gibi aynı zamanda aileye de ekonomik, sosyal, psikolojik sıkıntılar yaratabileceği konusu üzerinde karşılıklı konuşulmuştur.

Algılanan engel için; kadınların sosyokültürel, sosyoekonomik durumları sorgulanarak, düzenli sağlık kontrolü, AP yöntemi kullanma, genital hijyeni sağlama gibi davranışları uygularken karşılaşılabileceği engeller (sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluklar, düşük sosyoekonomik düzeyi) konuşulmuş ve engellerin ortadan kaldırılması için farklı çözümler üretilmiştir.

Algılanan öz-etkililik/yeterlilik için; telefon görüşmesinde kadınların sağlık sorumluluğu alma davranışlarına başlamaya teşvik edilmiş ve etkin AP yöntemi kullanmaya yönelik karar verme konusunda desteklenmiştir. Düzenli doktora gitme, başkalarının deneyimleri, sözel ikna (sağlık personelinin ikna etmesi), öznel algılar (hastalıkla baş etme inancı) gibi bireyi destekleyecek sözler söylenerek olumlu davranışlar pekiştirilmiştir.

Davranış ile ilgili etki; AP ile ilgili olumlu ve olumsuz durumlar sorgulanmıştır. Olumsuz durumların azaltılarak ve olumlu durumların pekiştirilerek AP'nin kullanımının devam etmesi için teşvik edilmiştir.

Kişilerarası etkiler; aile bireyleri, arkadaş çevresi, komşular ve sağlık personeli gibi AP kullanımında etkisi olan kişi veya grupların etkileri sorgulanarak olumsuz etkiler tartışılıp düzeltilmeye çalışılmıştır.

Durumsal etkiler; kadınların AP konusunda kişisel tercihleri sorgulanarak, davranışı engelleyen ve kolaylaştıran durumlar hakkında konuşulmuştur. Örneğin, her gün doğum kontrol hapını içiyor mu? Hap içmesini engelleyen durum nedir? Hap içmeyi unutursa ne yapıyor? Ek bir yöntem kullanıyor mu?

3. Davranışın Ortaya Çıkması

Acil gereksinim ve ihtiyaçların karşılanması için; kadınların AP'de etkili yöntem kullanma, sağlık sorumluluğunun önemi, sağlık, hastalık kavramları, birincil, ikincil, üçüncül koruma yöntemleri, erken tanı uygulamaları, vücutta oluşan olağan dışı belirti ve bulgular, sağlık eğitimlerine katılmanın yararı, beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi hakkında telefon görüşmesi yapılarak eğitim verilmiştir. Bireyin sağlığını geliştirecek uygulamalara karar vermeden önce Pender'in alt boyutlarından olan engel ve yarar/fayda durumları belirlenerek ve kontrolü bireyin kendisinin alması, devamında kontrollü davranışların sürekliliği sağlanmaya çalışılmıştır.

3.7.2. Sağlık Sorumluluğuna Yönelik Verilen Telefon Danışmanlığı Eğitimi (Ek 10)

Araştırmacı tarafından telefon danışmanlığında verilen eğitimidir. Telefon danışmanlığında yüz yüze yapılan eğitim programı ile ilgili soruları almak, pekiştirme yapmak, konuyla ilgili mobil uygulamanın kullanılmasını teşvik etmek ve Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin ana konuları temel alınarak sağlık sorumluluğu bilincini geliştirmeye yönelik görüşmeler yapılmıştır. Ayrıca AP ile ilgili olumlu tutumların geliştirilmesi için Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak sözel bilgiler de verilmiştir (75). Her bir telefon danışmanlığında verilen eğitim konuları aşağıda sıralanmaktadır.

1. Telefon danışmanlığı: Sağlık sorumluluğu

- Sağlığa ilişkin alınabilecek sorumluluklar anlatılmıştır.

2. Telefon danışmanlığı: Sağlık kavramı
 - Hastalık kavramı
 - Sağlık profesyonellerinden bilgi almanın önemi anlatılmıştır.
3. Telefon danışmanlığı: Birincil koruma, ikincil koruma, üçüncül koruma
 - Erken tanı uygulamaları anlatılmıştır.
4. Telefon danışmanlığı: Hastalık belirti ve bulguları anlatılmıştır.
5. Telefon danışmanlığı: Sağlık eğitimi tanımı
 - Sağlık eğitiminin yararları anlatılmıştır.
6. Telefon danışmanlığı: Beslenme
 - Fiziksel aktivite
 - Manevi gelişim konuları anlatılmıştır.
7. Telefon danışmanlığı: Stres yönetimi
 - Kişilerarası ilişkiler anlatılmıştır.

3.7.3. Mobil Tabanlı Aile Planlaması Uygulamasının Oluşturulması ve Özellikleri

Mobil tabanlı uygulamanın tasarımı (resimler, yazılar ve videolar); konu ile ilgili kaynaklar (92, 96, 97, 137) doğrultusunda araştırmacı tarafından belirlenmiştir. Bu kapsam doğrultusunda web tasarımcısı tarafından “Mutlu Aile” adı verdiğimiz mobil uygulama programı oluşturulmuştur. Mobil tabanlı AP’nin ana başlıkları; üreme sistemi, AP tanımı, hormonal kontraseptifler, rahim içi araçlar, bariyer yöntemler, cerrahi sterilizasyon ve doğal aile planlamasına ilişkin bilgileri içermektedir. Mobil tabanlı AP uygulaması adı geçen içerikler doğrultusunda önce 12 punto, Times New Roman karakterinde PowerPoint olarak hazırlandı. Uygulamanın içeriği kapsam ve dil geçerliliği için; üç akademisyen, üç AP eğitimi almış hemşire ve örnekleme alınmayan üç Ahıska Türkü olan kadınlardan görüş alınmıştır. Alınan öneriler doğrultusunda içerik ve dil değişiklikleri yapılmıştır.

Mobil tabanlı aile planlaması uygulamasının (mutlu aile) özellikleri:

- Uygulamanın dili Türkçe’dir.
- İnternet sitesine kullanıcı adı ve şifre ile giriş yapılmaktadır (Resim 1).
- Kullanıcı adı ve şifre araştırmacı tarafından her kadına özel olarak belirlenmektedir (Resim 2).

- Mobil uygulama yedi bölümden oluşmaktadır (Resim 3). Her bölüm içerisinde konular ile ilgili bilgiler, resimler ve videolar bulunmaktadır.
- Uygulamanın içinde kadınların kullandıkları AP yönteminde değişiklik yapmak ya da yeni bir yönteme geçmek isterlerse hizmet alabilecekleri yerler hakkında bilgi verilmektedir.
- Mobil uygulamada kadınların istedikleri zaman kullanıcıya soru sorabilecekleri “canlı destek” mesaj bölümü yer almaktadır. Buradan yazılan sorulara araştırmacı tarafından en geç 12 saat içerisinde cevap yazılmıştır (Resim 4).
- Mutlu Aile programının kullanılmasını ve videoların izlenmesini hatırlatmak amacıyla kullanıcıların uygun olduğu saat belirlenerek hatırlatma mesajı her gün gönderilmiştir (Resim 5).
- Mobil uygulamanın araştırmacı tarafından takip edilen bir yönetim paneli bulunmaktadır. Bu panel sayesinde kullanıcıların mobil uygulamayı kullanma durumları takip edilebilmektedir.

Resim 1. Kullanıcı girişi

Kullanıcı Adı:

Şifre:

Ekle

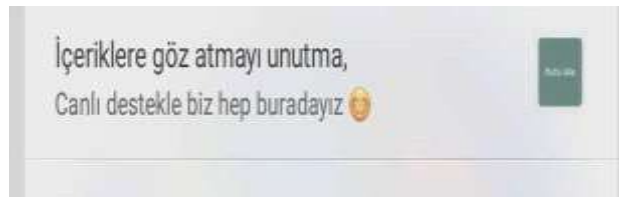
Resim 2. Kullanıcı kaydı



Resim 3. Eğitim içeriği



Resim 4. Canlı destek sekmesinin görünümü



Resim 5. Hatırlatma mesajının görünümü

3.8. Veri Toplama Yöntemi

Tabakalı örneklem metoduyla seçilen örneklem grubuna göre hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubuna giren kadınların, aile sağlığı merkezi kayıtlarında telefon numarası olan kadınlara telefon yolu ile telefon numaraları olmayan kadınlara ise ev adreslerine ziyaret gerçekleştirilerek ulaşılmaya çalışılmıştır.

Hemşirelik Girişim Grubu: 13 hafta boyunca hemşirelik girişim grubuna yönelik yapılan çoklu girişimler; yüz yüze eğitim, mobil tabanlı AP uygulaması ve telefon danışmanlığını içerecek şekilde düzenlenmiştir.

Araştırmayı kabul eden hemşirelik girişim grubundaki kadınlarla ilk görüşmede tanışılarak araştırmanın amacı açıklanmıştır. Uygulamalar hakkında bilgi verilmiştir ve bilgilendirilmiş onamları alınarak ön testler (Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 2), Sosyo demografik Özellikler ve Aile Planlaması Anamnez Formu (Ek 3), Aile Planlaması Bilgi Formu (Ek 4), SYBDÖ-II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu (Ek 5), Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Ek 6)) araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Kadınlara haftada iki kez olmak üzere toplam yedi bireysel eğitim tercihe bağlı olarak ev veya aile sağlığı merkezinde yapılacağı ve yine haftada iki kez uygun oldukları saat diliminde telefon ile aranılacağı bilgisi verilmiştir. Bireysel eğitim ve telefon danışmanlığı için iletişim bilgisi olmayan kadınlardan telefon numarası alınarak araştırmacının da telefon numarası kadınlara verilmiştir. Kadınlar ile yapılan eğitimlerde (evde veya aile sağlığı merkezlerinde) ve görüşmelerde pandemi kurallarına dikkat edilmiştir. Araştırmayı kabul eden hemşirelik girişim grubundaki kadınlarla yapılan birinci yüz yüze görüşmede mobil uygulama kadınların cep telefonlarına yüklenerek, kullanımı ile ilgili bilgi verilmiştir. Uygulamada yer alan 1. eğitim bölümü anlatılarak telefondaki eğitim programının günlük olarak takip edilmesiyle ilgili bilgilendirme yapılmıştır. İkinci yüz yüze görüşmede 2. eğitim bölümü anlatılmıştır. Bu eğitimlerde kadın ve erkek üreme organı maketi kullanılmıştır. Daha sonraki yüz yüze görüşmelerde sosyo-demografik özellikler ve aile planlaması anamnez formu araştırmacı tarafından değerlendirilerek kadınların bireysel önceliklerine göre mobil uygulama program basamakları her bir kadın için özelleştirilmiş ve mobil uygulamanın kullanımı sağlanmıştır. Haftada iki kez yapılan telefon danışmanlığında sağlık sorumluluğu ve AP ile ilgili olumlu tutumların geliştirilmesi için yapılmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan kadınlar AP yönteminde değişiklik yapmak ya da yeni bir yönteme geçmek isterse hizmet alabileceği yerin neresi olacağı ve aile sağlığı merkezinde tüm yöntemlere erişimin

mümkün olup olmadığında da ulaşabileceği yerler konusunda telefon danışmanlığı ve mobil uygulama yazılımında bilgi verilmiştir.

Literatür incelendiğinde bir davranışın kalıcılığının sağlanmasındaki eğitim süresinin en az 4 hafta olması gerektiği (138) ve eğitimler bittikten sonraki belirlenen bir sürede (1 ay, 3 ay, 5 ay gibi) bilgi ve tutumun kalıcılığının belirlenmesi için test tekrarı yapılmasını öneren çalışmalar bulunmaktadır (139, 140). Bu doğrultudan yola çıkılarak hemşirelik girişim grubuna katılanların 1. hafta tanışma ve ön test, 2, 3, 4, 5. haftalar yüz yüze görüşme, telefonla arama ve mobil uygulama kullanımı, 6 ve 7. haftalar mobil uygulamayı kullanmayı hatırlatıcı görüşmeler, 8. hafta son test, 13. hafta da kalıcılık testi yapılmıştır (Tablo 2).



Tablo 2. Hemşirelik girişim grubuna yapılan haftalık girişimler

Tarih	Uygulamalar/ Süre	Hemşirelik Girişim İçeriği
1. Hafta	Tanışma ve ön hazırlık (Süre:30 dk)	- Tanışma, araştırmanın amacı açıklandı, uygulama hakkında bilgi verildi, bilgilendirilmiş onam alındı (Ek 2). - Ön testler uygulandı (Sosyo-demografik Özellikler ve Aile Planlaması Anamnez Formu (Ek 3), Aile Planlaması Bilgi Formu (Ek 4), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu (Ek 5), Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Ek 6)). -Tanışmada; araştırmayı kabul eden hemşirelik girişim grubundaki kadınlardan bireysel eğitim için randevu alındı (Haftada iki kez gün aşırı olmak üzere toplam yedi bireysel eğitim tercihe bağlı olarak ev veya aile sağlığı merkezinde pandemi koşullarına ve kurallarına dikkat edilerek eğitim yapıldı). -Her eğitim verildikten sonraki gün kadınların uygun olduğu saat diliminde telefon ile aranarak sağlık sorumluluğu ve AP ile ilgili olumlu tutumların geliştirilmesi ile ilgili eğitim verildi.
	1.Yüz yüze görüşme (Süre:30 dk)	- Mobil uygulama kadınların cep telefonlarına yüklendi ve kullanımı ile ilgili bilgi verildi. Eğitim tercihe bağlı olarak ev veya aile sağlığı merkezinde pandemi kurallarına uygun olarak yapıldı. - Mobil uygulamada hazırlanan 1. Bölüm: Üreme sistemi anlatıldı. Kadın ve erkek üreme organları maketi kullanıldı. Anlatılan her bölümden sonra telefonlarındaki uygulamayı kullanmaları söylenerek, her gün hatırlatıcı mesaj gönderildi
2. Hafta	1.Telefon danışmanlığı (Süre:8-10 dk) Birinci yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla arama	Kazanımlar: Sağlık sorumluluğunun tanımını öğrenir -Sağlığa ilişkin alınacak sorumlulukları öğrenir. -Sağlığı geliştirici programları izleme eğilimi gösterir. -Sağlık ile ilgili bilgileri içeren kitap okumanın önemini bilir. İçerik: Sağlık sorumluluğu tanımı yapıldı (4-5 dk). -Sağlığa ilişkin alınabilecek sorumluluklar anlatıldı (4-5 dk). Eğitim süresi: 8-10 dk Değerlendirme soruları: Sağlığınıza yönelik sorumluluk alıyor musunuz? -Aldığınız sorumluluklar nelerdir?
	2.Yüz yüze görüşme (Süre:20 dk)	-Mobil uygulamada hazırlanan 2. Bölüm: AP'nin tanımı yapıldı. -Eğitim tercihe bağlı olarak ev veya aile sağlığı merkezinde pandemi kurallarına uygun olarak yapıldı. -Eğitim sonrası mobil uygulamayı kullanmaları gerektiği hatırlatıldı.
	2.Telefon danışmanlığı (Süre:8-10 dk) İkinci yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla arama	Kazanımlar: Sağlık ve hastalık kavramları hakkında bilgi sahibi olur. -Sağlık profesyonellerinden bilgi almanın önemini bilir. İçerik: Sağlık kavramı (2-3 dk) - Hastalık kavramı (2-3 dk) -Sağlık profesyonellerinden bilgi almanın önemi anlatıldı (4-5 dk). Eğitim süresi: 8-10 dk Değerlendirme: Sağlıklı birey kime denir? -Hastalık durumunda ne yapmalıyız?

Tablo 2. (Devam)

3. Hafta	3.Yüz yüze görüşme (Süre:30 dk)	-Mobil uygulamada hazırlanan 3. Bölüm: Hormonal yöntemler anlatıldı. -Eğitim tercihe bağlı olarak ev veya aile sağlığı merkezinde pandemi kurallarına uygun olarak yapıldı. -Eğitim sonrası mobil uygulamayı kullanmaları gerektiği hatırlatıldı.
	3.Telefon danışmanlığı (Süre:8-10 dk) Üçüncü yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla arama	Kazanımlar: Birincil koruma, ikincil koruma, üçüncül koruma yöntemlerini öğrenir. -Tarama programları kapsamında kontrole gitmenin önemiyle ilgili farkındalığı artar. İçerik: Birincil koruma, ikincil koruma, üçüncül koruma kavramları anlatıldı (4-5dk). -Erken tanı uygulamaları anlatıldı (4-5dk). Eğitim süresi: 8-10 dk Değerlendirme: Birincil korumaya yönelik alınan önlemlerin tekrarlanması istenildi. -İkincil koruma kapsamında olan tarama programlarından hangisini yaptırdığı sorgulandı ve gerekli durumlarda yönlendirme yapıldı.
	4.Yüz yüze görüşme (Süre:30 dk)	-Mobil uygulamada hazırlanan 4. Bölüm: RİA anlatıldı. -Eğitim tercihe bağlı olarak ev veya aile sağlığı merkezinde pandemi kurallarına uygun olarak yapıldı. -Eğitim sonrası mobil uygulamayı kullanmaları gerektiği hatırlatıldı.
	4.Telefon danışmanlığı (Süre:5-10 dk) Dördüncü yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla arama	Kazanımlar: Genel olarak vücutta oluşan olağan dışı belirti ve bulguların farkında olur. -Doktor ya da sağlık görevlisine vücudunda oluşan belirtileri anlatabilir. İçerik: Hastalık belirti ve bulguları anlatıldı (5-10 dk). Uygulama süresi: 5-10 dk Değerlendirme: Kişinin önceden geçirmiş olduğu hastalıklarda ne gibi belirtilerin olduğu soruldu ve almış olduğu önlemler hakkında konuşuldu.
	5.Yüz yüze görüşme (Süre:30 dk)	-Mobil uygulamada hazırlanan 5. Bölüm: Bariyer yöntemler anlatıldı. -Eğitim tercihe bağlı olarak ev veya aile sağlığı merkezinde pandemi kurallarına uygun olarak yapıldı. -Eğitim sonrası mobil uygulamayı kullanmaları gerektiği hatırlatıldı.
	5.Telefon danışmanlığı (Süre:8-10 dk) Beşinci yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla arama	Kazanımlar: Sağlık eğitimlerinde verilen konuları öğrenir. -Sağlık eğitimlerin yararlarını anlar. -Sağlık eğitim programlarına katılabilir. -Gereksinim duyulduğunda rehberlik ve danışmanlık almanın önemini bilir. İçerik: Sağlık eğitimi tanımı yapıldı (4-5 dk). -Sağlık eğitiminin yararları anlatıldı (4-5 dk). Eğitim süresi: 8-10 dk Değerlendirme: Herhangi bir sağlık eğitimine katıldınız mı? -Katıldığınız eğitimlerin size yararları nelerdir?
4. Hafta		

Tablo 2. (Devam)

	6.Yüz yüze görüşme (Süre:30 dk)	-Mobil uygulamada hazırlanan 6. Bölüm: Cerrahi sterilizasyon anlatıldı. -Eğitim tercihe bağlı olarak ev veya aile sağlığı merkezinde pandemi kurallarına uygun olarak yapıldı. -Eğitim sonrası mobil uygulamayı kullanmaları gerektiği hatırlatıldı.
4. Hafta	6.Telefon danışmanlığı (Süre:8-10 dk) Altıncı yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla arama	Kazanımlar: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları benimser. -Bireyin kendisine nasıl daha iyi bakacağı konusunda farkındalık sağlanır. -Beslenme, fiziksel aktivite ve manevi gelişim ile ilgili konularda bilgi sahibi olur. İçerik: Beslenme (2-3 dk) -Fiziksel aktivite (2-3 dk) -Manevi gelişim konuları anlatıldı (2-3 dk). Uygulama süresi: 8-10 dk Değerlendirme soruları: Beslenmenize dikkat ediyor musunuz? -Fiziksel aktivite yapıyor musunuz? -Maneviyat hakkında ne düşünüyorsunuz?
	7. Yüz yüze görüşme (Süre:30 dk)	-Mobil uygulamada hazırlanan 7. Bölüm: Doğal aile planlaması anlatıldı. -Eğitim tercihe bağlı olarak ev veya aile sağlığı merkezinde pandemi kurallarına uygun olarak yapıldı. -Eğitimler sonrası mobil uygulamayı kullanmaları gerektiği hatırlatıldı.
5. Hafta	7.Telefon danışmanlığı (Süre:8-10 dk) Yedinci yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla arama	Kazanımlar: Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimser. -Bireyin kendisine nasıl daha iyi bakacağı konusunda farkındalık sağlanır. -Stres yönetimi konusunda bilgi sahibi olur. -Kişilerarası ilişkiler hakkında bilgi sahibi olur. İçerik: Stres yönetimi anlatıldı (4-5 dk). -Kişilerarası ilişkiler anlatıldı (4-5 dk). Eğitim süresi: 5-10 dk Değerlendirme soruları: Stresli olduğunuz zaman ne yaparsınız? -Kişilerarası ilişkileriniz yeterli midir?
6. ve 7. Haftalar	Pekiştirme (Süre:10 dk)	-Mobil uygulamayı kullanmayı hatırlatıcı görüşmeler yapıldı.
8. Hafta	Son testlerin uygulanması (Süre:15 dk)	-Aile Planlaması Bilgi Formu (Ek 4), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu (Ek 5), Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Ek 6) ve Aile Planlaması Programı Değerlendirme Formu (Ek 7) uygulandı.
13.Hafta	Kalıcılık testlerin uygulanması (Süre:15 dk)	-Aile Planlaması Bilgi Formu (Ek 4), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu (Ek 5), Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Ek 6) ve Aile Planlaması Programı Değerlendirme Formu (Ek 7) uygulandı.

Kontrol Grubu: Araştırmayı kabul eden kontrol grubundaki kadınlarla ilk görüşmede tanışılarak, araştırmanın amacı açıklandı, bilgilendirilmiş onamları alındı (Ek 1) ve ön test uygulaması (Sosyo Demografik Özellikler ve Aile Planlaması Anamnez Formu (Ek 3), Aile Planlaması Bilgi Formu (Ek 4), SYBDÖ-II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu (Ek 5), Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Ek 6)) araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Sekizinci haftada son test (Aile Planlaması Bilgi Formu (Ek 4), SSYBDÖ-II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu (Ek 5) ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği (Ek 6)), 13. haftada kalıcılık testi aile sağlığı merkezinde veya tercihlerine göre evlerinde pandemi şartlarına özen gösterilerek uygulandı. Hemşirelik girişim grubunun kalıcılık testi yapıldıktan sonra kontrol grubundaki kadınların telefonuna mobil uygulama yüklenerek kullanımı anlatıldı.

3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Veriler, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 22 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik, obsetrik ve aile planlaması özelliklerin tanımlanması için sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıda Tablo 3'te yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Ayrıca gruplar arası farkın etki büyüklüğü değerlendirmede Cohen's d kullanılmıştır. Hesaplamalar sonucunda elde edilen d; 0.20 ise küçük etki büyüklüğü, 0.50 ise orta ve 0.80 ise büyük etki büyüklüğünü ifade etmektedir (141). Etki büyüklüklerin hesaplanmasında https://www.psychometrica.de/effect_size.html adresi kullanılmıştır. Nonparemetrik testlerde etki büyüklüğünün hesaplanmasında r etki değeri kullanılmakta, r katsayısının karesi bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki değişimin ne kadarını açıkladığı hakkında bilgi vermektedir. Cohen r katsayısının etki düzeylerinin hesaplanmasında sıklıkla kullanılan sınıflandırma; $r=0.10$ ise küçük etki, $r=0.30$ ise orta etki, $r=0.50$ ise büyük etki şeklindedir (142).

Tablo 3. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
Hemşirelik girişim grubu, kontrol grubunun karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney U analizi
Hemşirelik girişim grubu, kontrol grubunun grup içi karşılaştırmalarında	Bağımlı gruplarda t testi	Will coxon analizi
Ön test, son test, kalıcılık testinin karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
Ön test, son test, kalıcılık testinin hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubu karşılaştırmalarında	Bağımlı gruplarda Varyans analizi	Friedman testi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları	

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Üzümlü ASM'ye kayıtlı 15-49 yaş aralığında, araştırmaya katılmayı kabul eden göçmen kadınlara genellenebilir.

3.11. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 26.02.2021 tarihinde etik kurul izni alınmıştır (Sayı: E-85748827-050.06.04-66604, Ek 11). Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü'nden 21.04.2021 tarihinde kurum izni alınmıştır (Sayı: E-15872173-771, Ek 12). Veriler toplanmadan önce göçmen kadınlara Bilgilendirilmiş Onam Formu okutularak, imzalatılmıştır (Ek 1, Ek 2). Araştırma verilerinin toplanması amacıyla SYBDÖ-II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutunun kullanımı için Beşer'den (Ek 13), Aile Planlaması Tutum Ölçeğinin kullanımı için Örsal'dan (Ek 14) e-posta yoluyla yazılı izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları; hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, AP özelliklerine ilişkin bulgular, aile planlaması bilgi formu, sağlık sorumluluğu, APTÖ puanlarına ilişkin bulgular, araştırmada kullanılan ölçek puanlarının grup içi karşılaştırılmasına ilişkin bulgular şeklinde verilmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

		Hemşirelik Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Önemlilik	
		n	%	n	%		
Medeni Durum	Evli	38	88.4	36	83.7	$\chi^2=0.387$ $p=0.534$	
	Bekar	5	11.6	7	16.3		
Eğitim Durumu	Okur-yazar	2	4.7	1	2.3	$\chi^2=6.767$ $p=0.149$	
	İlkokul mezunu	4	9.3	8	18.6		
	Ortaokul mezunu	10	23.3	18	41.9		
	Lise mezunu	22	51.2	13	30.2		
	Üniversite ve üzeri	5	11.6	3	7.0		
Çalışma Durumu	Evet	5	11.6	12	27.9	$\chi^2=3.592$ $p=0.058$	
	Hayır	38	88.4	31	72.1		
Sosyal Güvence	Evet	29	67.4	31	72.1	$\chi^2=0.221$ $p=0.639$	
	Hayır	14	32.6	12	27.9		
Gelir Durumu	Gelir giderden az	28	65.1	22	51.2	$\chi^2=1.720$ $p=0.190$	
	Gelir gidere eşit	15	34.9	21	48.8		
Aile Yapısı	Çekirdek aile	19	44.2	14	32.6	$\chi^2=1.229$ $p=0.268$	
	Geniş aile	24	55.8	29	67.4		
Sürekli Değişkenler	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	Önemlilik
Yaş	43	31.95	9.30	43	31.30	9.01	$t=0.330$, $p=0.742$
İlk evlilik yaşı	38	19.05	1.79	37	19.86	2.89	$U=610.000$, $p=0.318$

Tablo 4'te görüldüğü gibi, hemşirelik girişim grubundaki katılımcıların %88.4'ü evli, %51.2'si lise mezunu ve %88.4'ü çalışmamaktadır. Katılımcıların %67.4'ünün sosyal güvencesi vardır, %65.1'inin geliri giderinden az, %55.8'i geniş ailede yaşamaktadır. Yaş ortalaması 31.95 ± 9.30 , ilk evlilik yaşı 19.05 ± 1.79 'dur.

Tablo 4'te görüldüğü gibi, kontrol grubundaki katılımcıların %18.6'sı 30-34, %18.6'sı 35-39 yaş grubunda, %83.7'si evli, %41.9'u ortaokul mezunu ve %72.1'i çalışmamaktadır. Katılımcıların %72.1'inin sosyal güvencesi vardır, %55.8'i ev hanımı, %51.2'sinin geliri giderinden az, %67.4'ü geniş ailede yaşamaktadır. Katılımcıların %51.2'sinin genel sağlık değerlendirmesi orta düzeydir. Yaş ortalaması 31.30 ± 9.01 , ilk evlilik yaşı 19.86 ± 2.89 'dur.

Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubundaki katılımcılar tüm demografik özellikler bakımından benzerdirler ($p > 0.05$).

Katılımcıların obstetrik özellikleri Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların obstetrik özellikleri

		Hemşirelik Girişim Grubu				Kontrol Grubu		Önemlilik
		n		%		n	%	
İstenmeyen Gebelik	Var	14		32.6		10	23.3	$\chi^2=0.925$ $p=0.336$
	Yok	29		67.4		33	76.7	
Sürekli Değişkenler	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	Önemlilik	
İlk gebelik yaşı	35	20.11	1.91	33	21.42	2.95	$t=-2.162, p=0.035$	
Gebelik sayısı	35	3.00	1.28	31	2.71	1.37	$t=0.888, p=0.378$	
Yaşayan çocuk sayısı	35	2.57	1.17	31	2.26	1.03	$t=1.147, p=0.256$	
Ölü doğum sayısı	3	1.00	0.00	2	1.00	0.00	-	
Düşük sayısı	10	1.10	0.32	11	1.18	0.40	$U=50.500, p=0.602$	
Kürtaj sayısı	2	1.00	0.00	3	1.00	0.00	-	

Tablo 5'te görüldüğü gibi, hemşirelik girişim grubundaki katılımcıların %67.4'ünün gebeliği isteyerek olmuştur. Katılımcıların ilk gebelik yaşı 20.11 ± 1.91 , gebelik sayısı 3 ± 1.28 , yaşayan çocuk sayısı 2.57 ± 1.17 , ölü doğum sayısı 1 ± 0.1 , düşük sayısı 1.10 ± 0.32 ve küretaj sayısı 1 ± 0.0 'dır.

Tablo 5'te görüldüğü gibi, kontrol grubundaki katılımcıların %76.7'sinin gebeliği isteyerek olmuştur. Katılımcıların ilk evlilik yaşı 19.86 ± 2.89 , ilk gebelik yaşı 21.42 ± 2.95 , gebelik sayısı 2.71 ± 1.37 , yaşayan çocuk sayısı 2.26 ± 1.03 , ölü doğum sayısı 1 ± 0.1 , düşük sayısı 1.18 ± 0.40 ve küretaj sayısı 1 ± 0.0 'dır.

Ayrıca Tablo 5’te görüldüğü gibi hemşirelik girişim grubu ve kontrol grupları arasında, ilk gebelik yaşları bakımından anlamlı fark vardır ($p<0.05$). İlk gebelik yaşı kontrol grubunda daha yüksektir.

Katılımcıların AP özellikleri Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların aile planlaması özellikleri

		Hemşirelik Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Önemlilik
		n	%	n	%	
Kronik Hastalık Durumu	Evet	-	-	1	2.3	$p=1.000^{**}$
	Hayır	43	100	42	97.7	
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Kullanıyor	-	-	1	2.3	$p=1.000^{**}$
	Kullanmıyor	43	100	42	97.7	
Sigara-Alkol Kullanımı	Kullanıyor	6	14.0	7	16.3	$\chi^2=0.091$
	Kullanmıyor	37	86.0	36	83.7	$p=0.763$
Düzenli Adet Görme	Görüyor	24	55.8	23	53.5	$\chi^2=0.047$
	Görmüyor	19	44.2	20	46.5	$p=0.829$
Adet Süresinde Fazla ya da Az Kanama Olma Durumu	Evet	20	46.5	22	51.2	$\chi^2=0.186$
	Hayır	23	53.5	21	48.8	$p=0.666$
Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu	Kullanıyor	35	81.4	30	69.8	$\chi^2=1.575$
	Kullanmıyor	8	18.6	13	30.2	$p=0.209$
Kullanılan AP Yöntemi	Prezervatif	14	42.0	11	36.7	$\chi^2=0.637$ $p=0.959$
	Geri çekme	12	34.3	10	33.3	
	RİA	4	11.4	3	10.0	
	Vajinal duş	4	11.4	4	13.3	
	Hap	1	2.9	2	6.7	
Kullanılan Yöntemi Kimin Önerdiği	Arkadaş	15	42.9	11	36.7	$\chi^2=0.551$ $p=0.908$
	Sağlık personeli	9	25.7	7	23.3	
	Eş	4	11.4	4	13.3	
	Hiç kimse/ ben karar verdim	7	20.1	8	26.7	
Kullanılan Yöntemden Memnun Olma	Evet	17	48.6	15	50.0	$\chi^2=0.013$
	Hayır	18	51.4	15	50.0	$p=0.909$
Kullanılan Yöntem Sonrası Kürtaj veya İstenmeyen Gebelik Geçirme	Evet	8	25.8	7	23.3	$\chi^2=0.050$
	Hayır	23	74.2	23	76.7	$p=0.823$
Kullanılan Aile Planlama Yöntemine Kimin Karar Verdiği	Ben	11	29.7	11	32.4	$\chi^2=0.403$ $p=0.817$
	Eşim	16	43.2	16	47.1	
	Her ikisi	10	27.0	7	20.6	

Tablo 6. (Devam)

Önceki AP Yöntemi	Geri çekme	4	28.6	3	21.4	$\chi^2=0.254$ $p=0.968$	
	Takvim yöntemi	5	35.7	5	35.7		
	Hap	1	7.1	1	7.1		
	Vajinal duş	4	35.7	5	35.7		
Çocuk Sahibi Olmayı Planlıyor Musunuz?	Evet	12	27.9	9	22.0	$\chi^2=0.397$	
	Hayır	31	72.1	32	78.0	$p=0.529$	
Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)	Biliyorum	19	44.2	17	39.5	$\chi^2=0.191$	
	Bilmiyorum	24	55.8	26	60.5	$p=0.662$	
Mini Haplar	Biliyorum	7	16.3	10	23.3	$\chi^2=0.660$	
	Bilmiyorum	36	83.7	33	76.7	$p=0.417$	
Enjekte Edilen Kontraseptifler	Biliyorum	9	20.9	8	18.6	$\chi^2=0.073$	
	Bilmiyorum	34	79.1	35	81.4	$p=0.787$	
RIA	Biliyorum	33	76.7	31	72.1	$\chi^2=0.244$	
	Bilmiyorum	10	23.3	12	27.9	$p=0.621$	
Erkek Kondomu (Prezervatif)	Biliyorum	31	72.1	32	74.4	$\chi^2=0.059$	
	Bilmiyorum	12	27.9	11	25.6	$p=0.808$	
Servikal Başlık	Biliyorum	1	2.3	3	7.0	$p=0.616^*$	
	Bilmiyorum	42	97.7	40	93.0		
Spermisitler	Biliyorum	11	25.6	8	18.6	$\chi^2=0.608$	
	Bilmiyorum	32	74.4	35	81.4	$p=0.436$	
Tüp Ligasyon	Biliyorum	17	39.5	13	30.2	$\chi^2=0.819$	
	Bilmiyorum	26	60.5	30	69.8	$p=0.365$	
Vazektomi	Biliyorum	3	7.0	7	16.3	$\chi^2=1.811$	
	Bilmiyorum	40	93.0	36	83.7	$p=0.178$	
Koitus Interruptus (Geri Çekme)	Biliyorum	33	76.7	37	86.0	$\chi^2=1.229$	
	Bilmiyorum	10	23.3	6	14.0	$p=0.268$	
Takvim Yöntemi	Biliyorum	13	30.2	18	41.9	$\chi^2=1.261$	
	Bilmiyorum	30	69.8	25	58.1	$p=0.261$	
Laktasyonel Amenore (Emzirme) Töntemi	Biliyorum	17	39.5	7	16.3	$\chi^2=5.780$	
	Bilmiyorum	26	60.5	36	83.7	$p=0.016$	
Vajinal Duş	Biliyorum	18	41.9	24	55.8	$\chi^2=1.675$	
	Bilmiyorum	25	58.1	19	44.2	$p=0.196$	
AP Bilgi Kaynağı	Akraba, komşu, arkadaş	18	42.9	20	46.5	$\chi^2=0.236$ $p=0.994$	
	Sağlık personeli	16	38.1	16	37.2		
	Dergi, gazete, kitap	4	9.5	3	7.0		
	Radyo, televizyon	3	7.1	3	7.0		
	Bilgi almadım	1	2.4	1	2.3		
Sürekli Değişkenler	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	Önemlilik
Yöntem kullanma süresi	35	4.31	3.30	30	3.70	2.83	U=471.500, $p=0.476$

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

** Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldığı için χ^2 değeri bulunmamaktadır.

Tablo 6’da görüldüğü gibi, hemşirelik girişim grubundaki katılımcıların tamamında herhangi bir kronik hastalık yoktur ve ilaç kullanmamaktadır, %86’sı sigara-alkol kullanmamaktadır. Katılımcıların %55.8’i düzenli adet görmekte, %53.5’inde adet sürecinde fazla ya da az kanama vardır, %81.4’ü AP yöntemi kullanmaktadır, kullanılan AP yöntemi %42 prezervatiftir. Kullanılan yöntem %42.9 arkadaşlar tarafından önerilmiştir, %51.4’ü kullanılan yöntemden memnun değildir, %74.2 kullanılan yöntem sonrası küretaj veya istenmeyen gebelik geçirilmemiştir. Kullanılan AP yöntemine %43.2 katılımcının eşi karar vermiş, önceki AP yöntemi %35.7 takvim yöntemi veya vajinal duş, %72.1’i çocuk sahibi olmayı planlanmamakta, tamamı en az bir AP yöntemi bilmektedir. Bilinen AP yöntemleri %44.2 KOK, %16.3 mini haplar, %20.9 enjekte edilen kontraseptifler, %76.7 RİA, %72.1 prezervatif, %2.3 servikal başlık, %25.6 spermisit, %39.5 tüp ligasyonu, %7 vazektomi, %76.7 geri çekme, %30.2 takvim yöntemi, %39.5 emzirme ve %41.9 vajinal duşur. Post koital (acil) kontrasepsiyon, deri altı çubuk (İmplant), kadın kondomu, diyafram, servikal mukus yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, semptotermal yöntem ve servikal palpasyon yöntemlerini bilmemektedirler. Katılımcıların %42.9 AP yöntemini akraba, komşu veya arkadaştan öğrenmiştir. Yöntem kullanma süresi 4.31±3.30 yıldır.

Tablo 6’da görüldüğü gibi, kontrol grubundaki katılımcıların %97.7’sinde herhangi bir kronik hastalık yoktur ve ilaç kullanmamaktadır, %83.7’si sigara-alkol kullanmamaktadır. Katılımcıların %53.5’i düzenli adet görmekte, %51.2’sinde adet sürecinde fazla ya da az kanama vardır, hiçbir jinekolojik ameliyat geçirmemiştir, %69.8’i AP yöntemi kullanmakta, kullanılan AP yöntemi %36.7 prezervatiftir. Kullanılan yöntemi %36.7 arkadaşları tarafından önerilmiş, %50.0’ı kullanılan yöntemden memnun değildir, %76.7 kullanılan yöntem sonrası küretaj veya istenmeyen gebelik geçirilmemiştir. Kullanılan AP yöntemine %47.1 katılımcının eşi karar vermiştir, önceki AP yöntemi %35.7 takvim yöntemi veya vajinal duş, %78.0’ı çocuk sahibi olmayı planlanmamakta, tamamı en az bir AP yöntemi bilmektedir. Bilinen AP yöntemleri %39.5, KOK %23.3 mini haplar, %18.6 enjekte edilen kontraseptifler, %72.1, RİA %74.4 prezervatif, %7.0 servikal başlık, %18.6 spermisit, %30.2 tüp ligasyonu, %16.3 vazektomi, %86.0 geri çekme, %41.9 takvim yöntemi, %16.3 emzirme ve %55.8 vajinal duşur. Post koital (acil) kontrasepsiyon, deri altı çubuk (İmplant), kadın kondomu, diyafram, servikal mukus yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, semptotermal yöntem ve servikal palpasyon yöntemlerini bilmemektedirler.

Katılımcıların %46.5 AP yöntemini akraba, komşu veya arkadaştan öğrenmiştir. Yöntem kullanma süresi 3.70 ± 2.83 yıldır.

Ayrıca Tablo 6’da görüldüğü gibi hemşirelik girişim grubu ve kontrol grupları arasında, AP yöntemlerinden emzirmeyi bilme oranları bakımından anlamlı fark vardır ($p < 0.05$). Hemşirelik girişim grubunda emzirmeyi AP yöntemi olarak bilenlerin oranı daha fazladır.

Katılımcıların aile planlaması bilgi formu, SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, APTÖ ve alt boyutlarından ön testte aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların aile planlaması bilgi formu, SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, APTÖ ve alt boyutlarından ön testte aldıkları puanların karşılaştırılması

Sürekli Değişkenler	Hemşirelik Girişim Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	
AP Bilgi Formu	43	41.40	5.78	43	41.81	5.76	$t = -0.336, p = 0.737$
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	43	15.30	3.00	43	15.19	2.57	$t = 0.193, p = 0.847$
Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu	43	42.40	9.71	43	42.84	9.14	$t = -0.217, p = 0.829$
Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum	43	29.42	5.15	43	28.95	4.99	$t = 0.425, p = 0.672$
Doğuma İlişkin Tutum	43	18.98	4.83	43	17.47	4.45	$t = 1.509, p = 0.135$
Aile Planlaması Tutum Ölçeği	43	90.79	14.49	43	89.26	13.06	$t = 0.516, p = 0.607$

AP: Aile Planlaması, t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 7’de görüldüğü gibi ön testte hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubu arasındaki aile planlaması bilgi formu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 7’de görüldüğü gibi ön testte hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubu arasındaki SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 7’da görüldüğü gibi ön testte hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubu arasındaki APTÖ ve alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Katılımcıların aile planlaması bilgi formu, SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, APTÖ ve alt boyutlarından son testte aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların aile planlaması bilgi formu, SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, APTÖ ve alt boyutlarından son testte aldıkları puanların karşılaştırılması

Sürekli Değişkenler	Hemşirelik Girişim Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	
AP Bilgi Formu	40	55.43	4.07	41	42.22	5.53	$t=12.263, p=0.000$
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	40	18.78	3.88	41	15.73	2.57	$t=4.152, p=0.000$
Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu	40	47.15	9.09	41	43.68	9.14	$t=1.711, p=0.091$
Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum	40	33.98	6.25	41	28.39	4.75	$t=4.534, p=0.000$
Doğuma İlişkin Tutum	40	22.93	4.85	41	17.90	4.45	$t=4.860, p=0.000$
Aile Planlaması Tutum Ölçeği	40	104.05	14.33	41	89.98	13.38	$t=4.570, p=0.000$

AP: Aile Planlaması, t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 8’da görüldüğü gibi son testte hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubu arasındaki aile planlaması bilgi formu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelik girişim grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 8’de görüldüğü gibi son testte hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubu arasındaki SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelik girişim grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 8’de görüldüğü gibi son testte hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubu arasındaki Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubu

arasındaki Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum ve Doğuma İlişkin Tutum alt boyut puan ortalamaları ve APTÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Son testte hemşirelik girişim grubunun Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum ve Doğuma İlişkin Tutum alt boyut puan ortalamaları ve APTÖ toplam puan ortalaması daha yüksektir.

Katılımcıların aile planlaması bilgi formu, SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, APTÖ ve alt boyutlarından kalıcılık testinde aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların aile planlaması bilgi formu, SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, APTÖ ve alt boyutlarından kalıcılık testinde aldıkları puanların karşılaştırılması

Sürekli Değişkenler	Hemşirelik Girişim Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	
AP Bilgi Formu	40	58.08	3.58	41	43.27	5.72	$t=14.008, p=0.000$
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	40	20.03	3.93	41	15.88	2.88	$t=5.429, p=0.000$
Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu	40	48.48	9.37	41	42.73	9.04	$t=2.808, p=0.006$
Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum	40	35.68	9.89	41	27.95	5.19	$U=314.000, p=0.000$
Doğuma İlişkin Tutum	40	24.48	4.76	41	17.85	4.91	$t=6.165, p=0.000$
Aile Planlaması Tutum Ölçeği	40	108.63	14.99	41	88.54	13.68	$t=6.303, p=0.000$

AP: Aile Planlaması, t: Bağımsız gruplarda t testi, U: Mann Whitney U analizi

Tablo 9’da görüldüğü gibi kalıcılık testinde hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubu arasındaki aile planlaması bilgi formu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelik girişim grubu grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 9’da görüldüğü gibi kalıcılık testinde hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubu arasındaki SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelik girişim grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 9’da görüldüğü gibi kalıcılık testinde hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubu arasındaki Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu, Aile Planlaması

Yöntemlerine İlişkin Tutum ve Doğuma İlişkin Tutum alt boyut puan ortalamaları ve APTÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kalıcılık testinde hemşirelik girişim grubunun Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu, Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum ve Doğuma İlişkin Tutum alt boyut puan ortalamaları ve APTÖ toplam puan ortalaması daha yüksektir.

Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda aile planlaması bilgi formu puanlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10. Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda aile planlaması bilgi formu puanlarının grup içi karşılaştırılması

Aile Planlaması Bilgi Formu	Hemşirelik Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Ort	SS	Ort	SS
Ön test	41.40	5.78	41.81	5.76
Son Test	55.43	4.07	42.22	5.53
Kalıcılık Testi	58.08	3.58	43.27	5.72
Önemlilik	F=164.291		F=0.765	
	p=0.000		p=0.469	
Cohen's d	1.83			
Etki Değeri r/r ²	0.67/0.45			

F:Bağımlı Gruplarda Varyans Analizi, Cohens’d: Cohens’d değeri, r: Etki büyüklüğü r^2 :Varyans.

Hemşirelik girişim grubunda yer alan göçmen kadınların üç ölçüm arasında aile planlaması bilgi formu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Bulunan bu farkın büyük etkiye sahip olduğu ($d=1.83$) ve toplam varyansın %45’ini açıkladığı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); tüm ölçümlerin birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. Kısaca özetlemek gerekirse ön test<son test<kalıcılık testi.

Kontrol grubunda yer alan göçmen kadınlara AP’ye yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla ön test, son test ve kalıcılık testi puanlarının grup içi karşılaştırılmasında aile planlaması bilgi formu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda SYBDÖ II- Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda SYBDÖ II- Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanlarının grup içi karşılaştırılması

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	Hemşirelik Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Ort	SS	Ort	SS
Ön test	15.30	3.00	15.19	2.57
Son Test	18.78	3.88	15.73	2.57
Kalıcılık Testi	20.03	3.93	15.88	2.88
Önemlilik	F=18.239		F=0.571	
	p=0.000		p=0.567	
Cohen's d	0.67			
Etki Değeri r/r ²	0.31/0.10			

F:Bağımlı Gruplarda Varyans Analizi, Cohens'd: Cohens'd değeri, r: Etki büyüklüğü, r²:Varyans.

Hemşirelik girişim grubunda yer alan göçmen kadınların üç ölçüm arasında SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bulunan bu farkın orta etkiye sahip olduğu ($d=0.67$) ve toplam varyansın %10.0'ını açıkladığı bulunmuştur. Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ön test ortalamasının son ve kalıcılık testinden düşük olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan göçmen kadınların sağlık sorumluluğu düzeylerini belirlemek amacıyla ön test, son test ve kalıcılık testi puanlarının grup içi karşılaştırılmasında SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu alt boyutu puanlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12. Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu alt boyutu puanlarının grup içi karşılaştırılması

Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu	Hemşirelik Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Ort	SS	Ort	SS
Ön test	42.40	9.71	42.84	9.14
Son Test	47.15	9.09	43.68	9.14
Kalıcılık Testi	48.48	9.37	42.73	9.04
Önemlilik	F=4.584		F=0.193	
	p=0.013		p=0.825	
Cohen's d	0.87			
Etki Değeri r/r ²	0.39/0.15			

F:Bağımlı Gruplarda Varyans Analizi, Cohens'd: Cohens'd değeri, r: Etki büyüklüğü, r²:Varyans.

Hemşirelik girişim grubu grubunda yer alan göçmen kadınların üç ölçüm arasında Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu Alt Boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bulunan bu farkın büyük etkiye sahip olduğu ($d=0.87$) ve toplam varyansın %15.0'ını açıkladığı bulunmuştur. Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ön test ortalamasının son ve kalıcılık testinden düşük olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan göçmen kadınlarda üç ölçüm arasında Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum alt boyutu puanlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 13'da sunulmuştur.

Tablo 13. Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum alt boyutu puanlarının grup içi karşılaştırılması

Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum	Hemşirelik Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Ort	SS	Ort	SS
Ön test	29.42	5.15	28.95	4.99
Son Test	33.98	6.25	28.39	4.75
Kalıcılık Testi	35.68	9.89	27.95	5.19
Önemlilik	$\chi^2_F=8.092$		F=0.580	
	p=0.017		p=0.562	
Cohen's d	0.88			
Etki Değeri r/r^2	0.40/0.16			

X²F: Friedman Test, Cohens'd: Cohens'd değeri, r: Etki büyüklüğü, r²:Varyans

Hemşirelik girişim grubunda yer alan göçmen kadınlarda üç ölçüm arasında Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum Alt Boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bulunan bu anlamlı farklılığın orta etkiye sahip olduğu ($r=0.40$) ve toplam varyansın %16.0'ını açıkladığı bulunmuştur. Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); ön test ortalamasının son ve kalıcılık testinden düşük olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan göçmen kadınların üç ölçüm arasında Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum Alt Boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda Doğuma İlişkin Tutum Alt Boyutu Puanlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 14'de sunulmuştur.

Tablo 14. Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda Doğuma İlişkin Tutum alt boyutu puanlarının grup içi karşılaştırılması

Doğuma İlişkin Tutum	Hemşirelik Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Ort	SS	Ort	SS
Ön test	18.98	4.83	17.47	4.45
Son Test	22.93	4.85	17.90	4.45
Kalıcılık Testi	24.48	4.76	17.85	4.91
Önemlilik	F=15.014		F=0.430	
	p=0.000		p=0.652	
Cohen's d	0.49			
Etki Değeri r/r ²	0.23/0.05			

F:Bağımlı Gruplarda Varyans Analizi, Cohens'd: Cohens'd değeri, r: Etki büyüklüğü, r^2 :Varyans

Hemşirelik girişim grubunda yer alan göçmen kadınların üç ölçüm arasında Doğuma İlişkin Tutum Alt Boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bulunan bu anlamlı farklılığın orta etkiye sahip olduğu ($d=0.49$) ve toplam varyansın %5.0'ını açıkladığı bulunmuştur. Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ön test ortalamasının son ve kalıcılık testinden düşük olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan göçmen kadınların üç ölçüm arasında Doğuma İlişkin Tutum Alt Boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda Aile Planlaması Tutum Ölçeği puanlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15. Hemşirelik girişim grubu ve kontrol grubunda APTÖ puanlarının grup içi karşılaştırılması

Aile Planlaması Tutum Ölçeği	Hemşirelik Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	Ort	SS	Ort	SS
Ön test	90.79	14.49	89.26	13.06
Son Test	104.05	14.33	89.98	13.38
Kalıcılık Testi	108.63	14.99	88.54	13.68
Önemlilik	$\chi^2_F=18.803$		F=0.147	
	p=0.000		p=0.864	
Cohen's d	0.532			
Etki Değeri r/r ²	0.25/0.06			

χ^2_F : Friedman Test, Cohens’d: Cohens’d Değeri, r: Etki büyüklüğü, r²:Varyans

Hemşirelik girişim grubunda yer alan göçmen kadınların üç ölçüm arasında APTÖ puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bulunan bu anlamlı farklılığın küçük etkiye sahip olduğu ($r=0.25$) ve toplam varyansın %6.0’ını açıkladığı bulunmuştur. Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); ön test ortalamasının son ve kalıcılık testinden düşük olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan göçmen kadınların üç ölçüm arasında APTÖ puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hemşirelik girişim grubundaki kadınların aile planlaması programına ilişkin düşünceleri Tablo 16’de sunulmuştur.

Tablo 16. Hemşirelik girişim grubundaki kadınların aile planlaması programına ilişkin düşünceleri

Aile planlaması programı değerlendirme		Son Test		Kalıcılık Testi	
		n	%	n	%
Aile planlaması programı faydalı olduğunu düşünme	Evet	40	100	40	100
	Hayır	0	0	0	0
Mobil uygulama programı memnuniyet durumu	Çok memnunum	18	45.0	23	57.5
	Memnunum	21	52.5	17	42.5
	Fikrim yok	1	2.5	0	0
	Memnun değilim	0	0	0	0
	Hiç memnun değilim	0	0	0	0
Eğitim sonrası aile planlaması konusundaki bilgi düzeyi	Çok iyi	15	7.5	20	50.0
	İyi	22	55.0	18	45.0
	Orta	3	37.5	2	5.0
	Kötü	0	0	0	0
	Çok kötü	0	0	0	0
Eğitim sonrası aile planlaması yönteminizi değiştirme durumu	Evet	9	22.5	9	22.5
	Hayır	31	77.5	31	77.5
Eğitim sonrası kullanılan aile planlaması yöntemi	RİA(spiral)	2	5.0	1	2.5
	Enjeksiyonlar	2	5.0	3	7.5
	Hap	4	10.0	4	10.0
	Kondom	1	2.5	1	2.5

Tablo 16’da görüldüğü gibi, son testte katılımcıların tamamı AP programını faydalı bulduklarını, %52.5’i mobil uygulama programından memnun olduklarını, %55’i eğitim sonrası AP konusundaki bilgi düzeyinin iyi olduğu belirlenmiştir. AP programı sonrası kullandıkları AP yöntemi değiştirme durumları incelendiğinde %22.5’inin yöntem değiştirdiği, %77.5’inin ise yöntemi değiştirmedeği saptanmıştır. Yöntemi değiştirenlerin kullandıkları yöntemler ise %10.0’ı hap, %5.0’ı, RİA %5.0’ı enjeksiyon, %2.5’i kondom kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 16’da görüldüğü gibi, kalıcılık testinde katılımcıların tamamı AP programını faydalı bulduklarını, %57.5’i mobil uygulama programından çok memnun olduklarını, %50.0’ı eğitim sonrası AP konusundaki bilgi düzeyinin çok iyi olduğu belirlenmiştir. AP programı sonrası kullandıkları AP yöntemi değiştirme durumları incelendiğinde %22.5’i yöntem değiştirdiğini, %77.5’i ise yöntemi değiştirmedeği saptanmıştır. Yöntemi

değiştirenlerin kullandıkları yöntemler ise %10.0'ı hap, %7.5'i enjeksiyon, %2.5'i RİA %2.5'i kondom kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Hemşirelik girişim grubundaki göçmen kadınların kullandıkları AP'ye yönelik mobil uygulama programının kendilerine olan faydaları Şekil 4'te verilmiştir.



Şekil 4. Hemşirelik girişim grubundaki göçmen kadınların kullandıkları mobil uygulama programının faydaları

5. TARTIŞMA

Sağlık sorumluluğu, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi için kendi öz sorumluluklarının bilincinde olması ve uygun davranışları yerine getirmesidir (76). Bireylerin vücudunu tanınması ve anormal belirtilerin farkında olabilmesi, herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştığında çözüm araması, rutin sağlık kontrollerini yaptırmaları, sağlıkla ilgili gelişme ve yenilikleri takip etmesi, var olan sağlığı için koruyucu önlemler alması sağlıkla ilgili sorumluluklarındandır (76, 77). AP de bu sorumluluklar içerisinde yer almaktadır. AP, uygun koşullarda gebelik ve doğum sürelerini belirleyerek istenmeyen gebeliklerin önüne geçerek toplum sağlığının kalitesini yükseltmeyi amaçlayan uygulamaları içermektedir (9, 50). AP'ye yönelik bilgi sahibi olma kadınların ve erkeklerin sağlık sorumluluğu kapsamı içindedir. Özellikle kadınların AP yöntem bilgisine ulaşılabilirliğinin artırılması, her kadının/erkeğin kendine uygun etkili bir yöntem kullanmasını desteklemek kadın sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (84). Aile kavramında her ne kadar eşler ile beraber AP bilgilendirilmesi yapılmasından bahsedilse de özellikle kadınların bu konuda yeterli ve doğru bilgilendirilmesi kendi sağlıklarını korumaları açısından çok önemlidir. Her yaştaki kadınların AP bilgisine sahip olması yönünde desteklenmesi ve seçimlerini yapmalarına yol gösterilmesi önemlidir (92). Ancak göçmen kadınlar gibi bazı gruplarda AP'ye yönelik girişimlere özen gösterilmesi çok önemlidir. Bu girişimler özellikle göçmen kadınlarda kadınların yeterli sağlık hizmeti ve AP bilgisine ulaşamaması sonucu düşükler, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, evde yapılan doğumlar ve çok sayıda gebelik durumunun ortaya çıkardığı olumsuz durumlar olduğu bilindiğinde daha da önemli olabilmektedir (50). Bu çalışmanın amacı, göçmen kadınlara sağlık sorumluluğuna yönelik telefon danışmanlığı, AP'ye yönelik verilen bireysel eğitimlerin, mobil uygulama yoluyla tekrarlı eğitimlerin, telefon danışmanlığı girişimlerinin kadınların sağlık sorumluluğu düzeylerine ve AP bilgi ve tutumlarına etkisinin değerlendirilmesidir.

Göçmen kadınların etkin bir AP ve yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmaları yönünde sağlık sorumluluğu geliştirmeye yönelik planlanan çalışmanın bulguları bize göçmen kadınların en çok kondom ve bunu takiben ise geri çekme metodunu yaygın olarak kullandıklarını göstermiştir. AP ve Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) hizmetleri 2030 yılına kadar "Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri" kapsamında yer almaktadır (143). Birleşmiş Milletler 2019 yılı verilerine göre dünya da 15–49 yaş arası AP yöntemi

kullanan kadınların %44.0'ı modern, %4.0'ı ise geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Tüpligasyon %24'lük oran ile modern AP yöntemleri arasında en yaygın kullanılanların başında gelmektedir. Daha sonra kullanım sıklıklarına göre erkek kondomu (%21.0), RİA (%17.0) ve haplar (%16.0) gelmektedir (86). TNSA 2018 verilerine göre ise en sık kullanılan AP yöntemleri sırasıyla geri çekme (%20.0), erkek kondomu (%19.0), RİA (%14.0) ve tüpligasyon (%10.0)'dur (95). Çalışmamıza katılan kadınların kullandıkları AP yöntem sıralaması bakımından literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (144-149). Çalışmamızda modern yöntemler arasında kondom kullanımının ilk sırada yer alması, ucuz olması, kolay ulaşılabilirliği, kullanım kolaylığı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu özelliğinden dolayı kullanıldığı düşünülmektedir. Ayrıca bu bulgu kadınların AP yöntem tercihinde sorumluluğun eşler ile paylaştığını göstermesi açısından da olumlu olarak değerlendirilebilir.

Etkili AP yöntemini kullanmanın birçok faydası bulunmaktadır. Bunlar arasında çiftlerin istedikleri zaman çocuk sahibi olmalarını sağlayarak, bebek ve anne ölümlerini azaltmak yer almaktadır. Buna ilaveten Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) gibi hastalıkların bulaşma riskini azaltarak, istenmeyen gebelikleri önleyebilmektedir. Ayrıca annenin önceki hamileliğine bağlı vücudun tekrar eski haline dönmesi için yeterli zaman sağlayarak hamilelik ve doğumla ilgili komplikasyonları azaltmaktadır (150). Kadınlara yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde, kullandıkları AP yöntemini en çok arkadaştan, daha sonra sağlık personelinin ve bir kısmı da akrabalar tarafından öneri alarak tercih ettikleri saptanmıştır (130, 151-156). AP yöntem seçiminde bir danışmanlık olarak kullanılacak yöntemin seçilmesi oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Ülkemiz gibi Müslüman ülkelerin genelinde cinsellik konularına yönelik utanma gibi kültürel yaklaşımlar kadınların danışmanlık almalarına engel olabilmektedir. Bu yüzden de ülkemiz modern AP yöntemlerinin kullanımında istenilen düzeye ulaşamamıştır. TNSA (2018) verilerine göre kadınların %20.4 geri çekme, %19.1 oranında da kondom kullandıkları belirlenmiştir (95). Çalışmamızın sonuçlarında da görüldüğü üzere kondomdan sonra ikinci sırada geri çekme yönteminin yaygınlığı dikkat çekicidir.

TNSA 2018 raporuna göre evli kadınların neredeyse tamamı (%97) en az bir kontraseptif yöntem bilmektedir (95). Çalışmamızda da tüm kadınlar en az bir kontraseptif yöntem bilmekteydi. TNSA 2018 verilerine göre bilinirliği en yüksek modern yöntemler

sırasıyla oral kontraseptifler, tüpligasyon, RİA ve prezervatif iken en az bilinen kontraseptif yöntemler ise vajinal halka ve kadın kondomudur (95). Çalışmada çok bilinen yöntem RİA, geri çekme iken post koital (acil) kontrasepsiyon, implant, kadın kondomu, diyafram, servikal mukus yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, semptotermal yöntem, servikal palpasyon yöntemini hiç bilmediklerini ifade etmişlerdir. Bu durum göçmen kadınların AP ve yöntemlere ait yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar çalışmanın hipotezleri doğrultusunda tartışılmıştır.

H₁₋₁: Sağlık sorumluluğuna yönelik telefon danışmanlığının göçmen kadınların sağlık sorumluluğu düzeyine etkisi vardır.

Sağlık sorumluluğu, bireyin günlük yaşamda sağlığını etkileyen ve sağlığını geliştirmesine katkıda bulunan davranış ve kişisel alışkanlıkların tümüdür. Sağlık sorumluluğunun geliştirilmesindeki amaç, sağlıklı davranış farkındalığının artırılması ve sağlığın geliştirilmesi için kaynaklara ulaşımın sağlanmasıdır. Ayrıca sağlık sorumluluğu sağlığı geri kazanmanın ve korumanın en iyi yollarından biridir (157). Sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam tarzı faaliyetleri, sağlığın korunması için ana stratejilerdendir. DSÖ'ye göre, bir bireyin yaşam kalitesinin ve sağlık durumunun %60.0'ı kendi davranışlarına ve yaşam tarzına bağlıdır. Yaşam tarzı, bireyin sağlığını etkileyen rutin günlük yaşam aktivitelerini içerir. Yaşam aktiviteleri içerisinde birey ne kadar çok sağlık sorumluluğunu üstlenirse yaşam kalitesi ve hastalıkların önlemi artmaktadır (158). Yirmi birinci yüzyılın temel sağlık hedeflerinden biri insanların kendi sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarını sağlayarak yaşam kalitesini iyileştirmek, sağlık sorumluluğunu almasını sağlamak ve sağlığı geliştirmektir. Eğitim ve danışmanlık, bu alanda bireyleri güçlendirmek için en iyi yöntemlerdendir. İran'da kadın işçilere sağlığı geliştirmek için verilen eğitim sonrası müdahale grubunun fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, ruhsal gelişim, kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu kontrol grubuna göre anlamlı olarak arttığı görülmüştür (159). Farklı örneklem grubu ile yapılan çalışmalarda da aynı sonuçlar bulunmuştur (158, 160). Gestasyonel diyabetli anne üzerinde yapılan bir çalışmada, müdahale grubuna beş seans sağlığı geliştirici eğitim verilerek kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Çalışma neticesinde eğitim sonrası müdahale grubunun sağlık sorumluluğunun kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu görülmüştür (161). Orta yaş (40-60 yaş) yetişkinlere yapılan sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi desteklemeye yönelik yaşam tarzı müdahaleleri sonucunda sağlık

sorumluluğu düzeylerinin arttığı görülmüştür (162). Yapılan başka bir çalışmada, koroner anjiyoplasti sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili verilen üç aylık sağlık eğitiminin hastaların sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu toplam puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (163). Göçmenler ile yapılan çalışmalarda da sağlığı geliştirme amacıyla uygulanan hemşirelik girişimlerin göçmenlerin sağlık düzeylerini artırdığı bulunmuştur (157, 164). Görüldüğü üzere çalışmalarda pek çok farklı örneklem gruplarında farklı yöntemlerle yapılan eğitimin sağlığı geliştirici yaşam tarzı üzerindeki etkisi ve sağlık sorumluluğu etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmaya konu olan göçmen kadınlarda (Ahıska Türkleri) sağlık sorumluluğuna yönelik telefon danışmanlığı girişimi uygulanarak sağlık sorumluluğu üzerindeki etki düzeyine bakılmış ve olumlu yönde gelişme gözlenmiştir. Telefon danışmanlığı yöntemi ve göçmen kadınların sağlık sorumluluğu arasındaki değişimi tespit etmeye yönelik literatürde çalışmanın olmaması bu çalışmanın özgünlüğünü ifade etmektedir. Çalışmada haftada iki kez katılımcılar müsait oldukları zaman diliminde telefon ile aranarak sağlık sorumluluğuna yönelik eğitimler verilmiştir. Sağlık sorumluluğuna yönelik verilen telefon danışmanlığı girişimi ile katılımcıların sağlık sorumluluğunun arttığı görülmüştür.

Göç halk sağlığı açısından değerlendirmesi gereken sosyal bir olgudur. Kadınlar, yaşlılar ve çocuklar göç sürecinin sarsıcı etkilerinden diğer bireylere göre daha fazla etkilenmektedir (99). Birinci basamak sağlık hizmetleri göç eden bireylerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli bir konumdadır. Özellikle birinci basamakta çalışan ve primer halk sağlığı hizmetinden sorumlu hemşirelere ise önemli roller düşmektedir. Çünkü göç olayının getirdiği durumlara bağlı olarak sağlık sorumluluğunun alınmasında hemşireler tarafından bu grubun değerlendirilmesi çok etkili olmaktadır (54, 92, 99).Günümüzde hemşirelerden; kaliteli ve güvenli sağlık bilgisini teknolojik ve dijital ortamda vermeleri ve hemşirelik bilgisini kaliteli bir şekilde aktarmaları beklenmektedir. Hemşireler farklı yöntemlerle bireylerin sorunlarını çözmeye, doğru bilinenleri artırmaya/tamamlamaya, yanlış bilinenleri düzeltmeye ve hiç bilinmeyenleri öğretmeye çalışmaktadırlar (166). Hemşireler eğitimlerini düzenli, sürekli ve kontrollü yaptıklarında istedikleri değişiklikleri bilgi, tutum ve davranışlarda görebilmektedirler. Telefon danışmanlığı bütün bu süreçlere etkili olabilecek araçlardandır (60, 167). Telefon danışmanlığı birey/ailelere gereksinim duydukları konular ile ilgili bilgilerin verilmesi, karşılıklı sorular ve çözümler konusunda konuşmayı sağlamak amacıyla yapılmaktadır. Modern hemşirelik uygulamalarından biri olan telefon danışmanlığı, zaman ve yer

kısıtlaması olmaksızın birey, hasta eğitiminde etkili, memnuniyeti artıran, maliyeti düşük bir yöntemdir (168). Telefon danışmanlığına bireylerin aktif olarak katılması ile bireysel danışmanlık gereksinimlerinin karşılanması, verilen bilgiye farkındalık ve güvenle uyması, bilgi sürekliliğinin sağlanması ve sorumluluk almaları sağlanmaktadır (166). Ayrıca sağlık profesyonellerinin gelişen teknolojiyi kullanarak bireylere sağlık sorumluluğu eğitimi vermesi motivasyon artışını sağlamakta, her ortamda sağlık hizmetlerine ve eğitim içeriklerine ulaşılmasını kolaylaştırarak sağlık sorumluluğunu başarılı bir şekilde yürütülmesine imkan sağlamaktadır (169). Koroner arter bypass grefti sonrası hastalara verilen sağlığı geliştirmeye yönelik eğitim programı (diyet, stres yönetimi, fiziksel aktivite) ve telefonla hatırlatma sonrası hemşirelik girişim grubunun kontrol grubuna göre sağlık sorumluluğu düzeylerinin arttığı görülmüştür (170). Bu çalışmada hemşirelik girişim grubuna katılan göçmen kadınların telefon danışmanlığını içeren hemşirelik girişimi sonucunda sağlık sorumluluğu alt boyutunun ortalama puanının kalıcılık ve son testin ön teste göre olumlu yönde arttığı, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Göçmen kadınlara sağlık sorumluluğuna yönelik düzenli ve belirli aralıklarla yapılan telefon danışmanlığının kadınların sağlık sorumluluğunu artırmada orta düzeyde etki sağladığı belirlenmiştir. Sağlık sorumluluğuna yönelik verilen telefon danışmanlığı hemşirelik girişimi sonucunda katılımcıların sağlığını geliştirici davranışlara yönelik verdikleri cevaplarda olumlu yönde değişiklikler olduğu görülmektedir. Verilen telefon danışmanlığının, sağlık sorumluluğunda bilgi sürekliliğinin sağlanmasını, bilgi ve motivasyon eksikliğinin giderilmesini ve kadınların geri bildirim vermesini sağlayarak sağlık sorumluluğunun alınmasında önemli bir yönlendirici olduğu saptanmıştır. Telefon danışmanlığı programının yürütülmesi ile göç eden kadınların sağlığına daha önem ve özen göstermesi sağlanabilmektedir. Bu sonuçlara dayanarak “Sağlık sorumluluğuna yönelik telefon danışmanlığının göçmen kadınların sağlık sorumluluğu düzeyine etkisi vardır” şeklinde ifade edilen H_{1-1} hipotezi doğrulanmıştır.

H_{1-2} : Aile planlamasına yönelik bireysel eğitim, mobil uygulama ve telefon danışmanlığının göçmen kadınların aile planlaması bilgi düzeyine etkisi vardır.

AP konusunda bilgi sahibi olmak, aşırı doğurganlığı ve istenmeyen gebelikleri önleyerek toplumun sağlık düzeyinin artırılmasında rol oynar (129). Bireysel faktörleri dikkate alarak kişinin kendisi için en uygun AP yöntemine karar verebilmesi yeterli bilgi

düzeyine sahip olunmasıyla sağlanabilir (171). AP eğitimi bireylere doğum kontrol yöntemleri hakkında doğru ve tarafsız bilgi edinme imkanı sunmaktadır. Kadınlar kullandıkları doğum kontrol yöntemini bireysel sorunları yönünde değiştirebilirler. Ancak bu değişiklikleri doğru olarak yapabilmeleri için en doğru bilgi erişimine sahip olmaları ve daha sonra karar vermeleri gerekmektedir. Bu nedenle sağlık eğitimi gereksiniminin belirlenmesi, eğitimin kişiye özel planlanması, eğitimde yetişkin eğitimi ilkelerine dikkat edilmesi ve eğitimin sürekliliği gibi pek çok faktörün dikkatli bir şekilde incelenerek girişimlerin yapılması önemlidir (172).

Kadınların kullanacakları AP yöntemine doğru karar verememesinin nedenleri; hangi yöntemin kendisi için uygun olduğunu ve temin yolunu bilememe, yöntemler ile ilgili olumsuz duyular ve deneyimler, hap içememe, RİA uygulamasından korkma ve enjeksiyon yaptıramama olarak ifade edilmiştir. Gebeliği önleyici etkili yöntemlerin kullanımını kaderci yaklaşım ve olumsuz-yanlış dini bilgilerin de etkilediği saptanmıştır (173, 174). Yapılan farklı çalışmalarda maliyet, sağlık merkezine uzaklık, yanlış kullanım korkusu, yan etkilerden endişe duyma üreme sağlığı hizmetlerine erişimde engel olarak belirlenmiştir (124, 144). Mülteci kampında yaşayan Suriyeli kadınlarla ilgili yapılan bir çalışmada katılımcıların doğum kontrol yöntemleri hakkında yanlış inançlara sahip olduğu ve verilen sağlık hizmetlerine yönelik yetersiz bilgileri olduğu görülmüştür (175).Yapılan çalışma sonuçlarına göre kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgi eksikliği nedeniyle kadınların olumsuz davranışlar sergilediği görülmektedir. Bu bulguların tam tersine yapılan çalışmalarda kadınların AP ile ilgili gerekli bilgilere sahip olmasının kontraseptif yöntem seçiminde etkili olduğu, yan etkilerin açıklanması sonucu etkili kontraseptif yöntemlerin tercih edildiği görülmüştür (176-178). Bu çalışmada da kadınların AP yöntemiyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptandı.

Dünya genelinde göçten en çok kadınlar, yaşlılar ve çocuklar gibi kırılgan gruplar etkilenmektedir. Kadınların toplumsal cinsiyet rolü, yoksulluk, sağlık güvencesinin olmaması, yetersiz bilgi düzeyleri sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını engellemektedir. Bu nedenle, göçmen kadınlar, kadın ve üreme sağlığıyla ilgili sorunlarla göçmen olmayan kadınlara göre daha sık karşılaşmaktadır. Bunların en önemli sorunlarından biri de AP bilgi eksikliğidir (179). Literatürde göçmen kadınlara (Ahıska Türkleri) AP'ye yönelik verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmanın olmadığı görülmektedir. Farklı kadın örneklem gruplarında yapılan eğitimin etkinliğinin

değerlendirildiği çalışmalarda ise eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı fark olduğu, eğitimin bilgi düzeyini artırdığı ve olumlu tutum geliştirdiği belirtilmektedir (179-181). AP hakkında alınan eğitimin, kadınların bu konudaki doğru bilgi ve uygulamalarını artırdığı görülmüştür (182). Vietnam'daki göçmen kadınlara on iki ay boyunca CSÜS konusunda mesaj, eğitim kitapçığı, danışmanlık, sağlık kuruluşların haritasını içeren girişimler uygulanmıştır. Bu uygulamalar sonucunda kadınların CSÜS konusundaki bilgilerini artırdığı (örneğin, kondomların doğru kullanımı, korunmasız cinsel ilişki gibi yüksek riskli davranışların belirlenmesi, jinekolojik kontrollerin yaptırılması) görülmüştür (183). AP eğitimi için araştırmacılar tarafından geliştirilmiş konu ile ilgili el kitapçıklarının verildiği başka bir çalışma AP bilgi puanının arttığını göstermiştir (149). Literatürdeki bu sonuçlar AP eğitiminin bireylerin bilgi düzeylerine olumlu yönde etkisini göstermektedir. Bu çalışma da bireysel düzeyde yüz yüze yapılan eğitimlerin olumlu etki sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

Kontraseptif yöntemlere ulaşım birçok ülkede kolay ve ucuz olmasına rağmen istenmeyen gebeliklerin insidansında yükselme devam etmektedir (184). Ülkemizde evli kadınların isteyerek düşük oranı %18'dir (95). Çalışmamıza katılan göçmen kadınların da gebe kaldıklarında düşük ve kürtaj yaptıkları görülmektedir. Bu durum, kadının yaşam şartlarına uyan ideal bir doğum kontrol yöntemi kullanamadığının göstergesidir. Göçmen kadınların, etkin AP yöntemi kullanabilmeleri için bilgiye ihtiyaçları olduğu görülmektedir (154, 156, 185). Literatüre bakıldığında zaman göçmen olan ve olmayan kadınların AP konusunda bilgi düzeylerinin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir (186-190). Birçok çalışmada üreme çağındaki kadınların çoğunun AP yöntemleri hakkında yanlış bilgilere sahip oldukları, AP yöntemlerinin isimlerini bilmelerine rağmen yöntemi nasıl kullanacaklarını bilmedikleri görülmüştür (156, 186). Çiftlerin bir erkek çocuk doğana kadar çocuk doğurmaya devam etmesi gerektiği görüşünde oldukları ve yumurtlama hakkında kadınların hiçbir şey bilmedikleri tespit edilmiştir (191). Literatür çalışmaları göçmen kadınların AP ve CSÜS'lerinin göç yoluyla yaşanan zorluklardan olumsuz etkilendiğini göstermektedir (5, 10, 192). Yerleştikleri yerlerde sağlık hizmetlerine yetersiz erişim nedeniyle bilgi edinme durumlarının sınırlı olduğu görülmüştür. Ataerkil değerler ve kültürel olarak belirlenmiş toplumsal cinsiyet rolleri, kadınların AP hizmetlerine ve cinsel sağlık taramasına erişimini etkileyebilmektedir (192, 193). AP bilgisinin yetersiz olması ile cinsel sağlık hizmetlerinin düşük kullanımı göçmen kadınlar için ciddi olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir. Göçmen bireylerle etkili iletişim ve güvene dayalı

ilişkiler kadınların AP bilgi düzeyinin artmasını kolaylaştırabileceğini göstermektedir (172). Bu doğrultudan bakıldığında sağlık profesyonellerinin kadınları tüm AP yöntemlerinin olumlu ve olumsuz yönleri hakkında bilgilendirmesi yönündeki sorumlulukları çok değerli olmaktadır (176). Yapılan bir çalışmada AP danışmanlığını içeren hemşire ev ziyaretinin, kontraseptif erişime yönelik algılanan engelleri azaltmada ve kontraseptif kullanım öz yeterliliğini artırmada etkili olduğu görülmüştür (194). Başka bir çalışmada hemşirelerin ev ziyareti yoluyla verdikleri kontraseptif danışmanlığının kadınların kontraseptif kullanımına yönelik engellerini azalttığı ve uzun etkili kontraseptif yöntemlerin kullanımına eğilim arttığını göstermektedir (195). Sistematik bir inceleme sonucunda ev ziyareti yoluyla verilen bireysel eğitimin etkili AP kullanımını olumlu etkilediği belirlenmiştir (196). Hemşireler eğitim ve danışmanlık rolünü ev ziyaretleriyle bireye yönelik gerçekleştirdiklerinde kadınların AP'ye yönelik bilgi, tutum ve davranışta etkili olduğu bu çalışmanın son test uygulamasında da görüldü. Bu sonuç özellikle birinci basamakta hizmet veren hemşirelerin eğitim girişimlerine yönelik ev ziyaretleri ve birey merkezli eğitim verme sorumluluklarının önemini açıkça ortaya çıkarmaktadır.

Eğitim verme veya bilgi aktarmada hem yöntem seçimi hem de yöntemin bir kurama dayandırılarak planının yapılması ve uygulamasının gerçekleştirilmesi daha etkin ve doğru bir eğitim sonucu almak açısından önemlidir (197). Bu çalışmada AP ve AP yöntem kullanımı yönünde bilgi düzeyi ve olumlu tutumlar artırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin içeriği bir modele dayandırılarak geliştirilmiş olup hem telefon hem de yüz yüze eğitimlerde kullanılmıştır. Kuram belirlenen bir problemi değişkenler arasındaki ilişkiyi belirleyerek araştırma sürecine rehberlik eder. Hemşirelik uygulamalarında model ve kuramın kullanılması istenilen sonuca ulaşmak için hemşirelere yol göstermektedir. Böylece hemşirelerin uygulamada bilinçli karar vermesini ve kaliteli sağlık bakım hizmeti sunulmasını sağlamaktadır (197, 198). Çalışmada hemşirelik kuramcılarından biri olan, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılmıştır. Model bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyerek, sağlığını koruması ve geliştirmesini sağlamaktadır. Ayrıca, modelde sağlık profesyonellerine bireylere danışmanlık yapma sorumluluğu vurgulanmakta ve bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi konusunda farkındalıklarının artırılması sağlanmaktadır. Model, bütüncül bir yaklaşım ile bireyin özgeçmişini ve kendisine yönelik algısını birlikte değerlendirmektedir (199). Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli eğitimi kadınların kontraseptif kullanımına karar vermeyi etkileyen faktörleri anlamak için bir çerçeve sağlamaktadır. Sağlık davranışını gerçekleştirmeye yönelik

algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz yeterlilik, aktivite ile ilgili etkiler, kişilerarası etkiler ve durumsal etkiler davranışın ortaya çıkmasını etkilemektedir (198). Çalışmada verilen eğitimlerle katılımcıların; etkin AP yöntemi kullanılmadığında istenmeyen gebeliklerin olması ve istenmeyen aralıklarla gebeliklerin oluşması kadının kendisinde fizyolojik ve psikolojik sıkıntılar oluşturacağı gibi aynı zamanda aileye de ekonomik, sosyal, psikolojik sıkıntılar yaratabileceği anlatılarak, AP yöntemlerinin kullanılmaması durumunda gebe kalınabileceği, planlanmamış bir gebeliğin doğuracağı riskli sonuçlar konusunda bilgilendirilerek eylemin algılanan yararının artması sağlanmıştır (200). Literatür incelendiğinde AP eğitiminde bir kurama dayalı geliştirilmiş bir modele rastlanmamıştır. Bu doğrultudan bakıldığında bu çalışmanın yaklaşımı diğer araştırmalarda da kullanılacak bir model olacaktır. Ancak yapılan bir çalışmada kalp yetmezliği olan hastalara Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı verilen eğitimin müdahale grubunun kontrol grubuna göre yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür (199). Başka bir çalışmada Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı eğitimin sağlıklı bireylerin egzersiz alışkanlıklarını artırdığı belirlenmiştir (201).

Günümüzde akıllı telefon kullananların sayısı hızla artmakta ve yaygın internet ağı sayesinde bireyler internete kolayca bağlanabilmekte ve araştırdıkları bilgilere aynı kolaylıkla ulaşabilmektedir (102, 106, 107). Mobil sağlık uygulamaları teknoloji yoluyla sağlanan tıbbi bakım ve sağlık bakım müdahaleleridir. Bu uygulamaların geleneksel bakıma yönelik düşük maliyetli olması, sağlık personeli arasında iletişimin ve geri bildirimin sağlanması, hastaların kendi verilerini takip etmesine olanak sağladığından sağlık hizmeti verimliliğini artırmaktadır (202). Yapılan bir çalışmada cep telefonu destekli doğum sonu AP hizmetinin uzun etkili geri dönüşümlü kontrasepsiyon kullanımına etkisi olduğu bulunmuştur (25). Sistematik bir incelemede kitle iletişim araçları, e-posta, web tabanlı uygulama, yazılı mesajlaşmanın AP bilgisi üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (203). Doğum sonrası yedi dakikalık bir eğitim videosunun izletildiği bir çalışmada kadınların kontrasepsiyon kullanımına etkisi olduğu görülmüştür (204). Bireyler (hasta/aile üyeleri) evde yaşadıkları sorunlara yönelik danışmanlık ihtiyaçlarının karşılanmasında iletişim sistemleri ve teknoloji kaynaklarını kullanarak hemşirelik uygulamalarından yararlanabilmektedir. Günümüzde hemşirelik uygulamalarında telefon danışmanlığı kullanılarak eğitim, takip ve hemşirelik bakımı sağlanmaktadır (205). Hemşireler tarafından yapılan takip görüşmeleri, komplikasyonların erken dönemde saptanması, yaşam kalitesinin artırılması, hasta ve ailesine güven ve bilgi alışverişini

sağlamaktadır (206). Yapılan bir çalışmada telefon görüşmesi yoluyla bilgi sağlanmasının doğum sonrası kontrasepsiyon kullanımını artırmada etkili olduğu görülmüştür (200). Göçmen kadınlara doğum sonrası taburcu olmadan önce verilen kontraseptif danışmanlığı sonrası bir yıl boyunca telefon danışmanlığı yapılarak kontraseptif uygulamalar, beslenme, sağlık durumları ve bebeklerinin durumları hakkında sorular sorularak kontraseptif danışmanlığı verilmiştir. Çalışma sonucunda kadınların doğum kontrol yöntemlerine erişimi, istenmeyen gebelik riskini azalttığı görülmüştür (207). Çalışmada göçmen kadınlara hemşirelik kuram ve modelleri temel alınarak AP eğitimi ile mobil uygulama, telefon danışmanlığını içeren hemşirelik girişimleri planlı ve düzenli olarak verilmiştir. Çalışmanın girişim, izlem ve takiplerinin sonucunda hemşirelik girişim grubunda yer alan kadınların ön teste göre son test ve kalıcılık testi uygulamasında bilgi düzeyinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde arttığı ve etki büyüklüğünün yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda “H₁₋₂: Aile planlamasına yönelik bireysel eğitim, mobil uygulama ve telefon danışmanlığının göçmen kadınların aile planlaması bilgi düzeyine etkisi vardır” hipotezinin doğrulandığı görülmüştür.

H₁₋₃: Aile planlamasına yönelik bireysel eğitim, mobil uygulama ve telefon danışmanlığının göçmen kadınların aile planlaması tutumlarına etkisi vardır

İletişim teknolojilerinden cep telefonlarına erişim, dünya genelinde katlanarak artmaktadır. Cep telefonu mobil uygulamaları ile randevu, ilaç hatırlatıcıları oluşturulmakta böylece kronik rahatsızlıkları nedeniyle tedavi gören kişilerin olumlu sağlık sonucuna katkıda bulunmaktadır (208). AP için de, akıllı telefon uygulamaları ile belirli doğum kontrol yöntemleri (bunların nasıl kullanılacağı, yan etkiler) hakkında bilgi sağlanabilir ve kullanıcılara hap alma veya enjeksiyon yaptırma gibi eylemleri hatırlatılabilir (209). Kenya’da doğum sonrası kadınlara kontraseptif danışmanlığı sağlamak için uygulanan mobil uygulama sonucunda kadınların AP yöntemlerine bilinçli karar verdiklerini ifade etmişlerdir (210). Pakistan’da kadınların doğum sonrası kontrasepsiyon kullanımının teşvik edilmesinde cep telefonu tabanlı sesli, yazılı mesaj ve telefon danışmanlığı verilmiştir. Kadınların anne sağlığı ve AP konusunda farkındalıklarının arttığı görülmüştür (200). Bu doğrultudan yaklaşımla çalışmamızda AP’ye yönelik mobil uygulama geliştirilmiş ve katılımcılara bu yol ile destek sağlanmıştır. Mobil uygulama telefon danışmanlığı ve her kişiye verilen bireye özgü eğitimler ile

desteklenmiş hem bilgi hem de tutum değişiklikleri tespit edilmiştir. Girişimler sonrasında bilgi farklılığının olumlu yönde olduğu yukardaki bölümde ifade edilmiştir.

Kişinin olaya karşı tutum geliştirmesinin ön şartı, olay hakkında bilgi sahibi olmasıdır. Tutum, kişinin bir fikre, bir nesneye veya bir sembolle alakalı zihninde bulunan olumlu ya da olumsuz duygularını ifade eder. Kişi edindiği ve kendi tecrübeleriyle harmanlayarak akıl süzgecinden geçirdiği bilgileri olumu veya olumsuz yönde kullanmak üzere tutumlaştırır. AP bireyin ve çiftin tutumlarını yansıtmaktadır (136). Kadınların içerisinde bulunduğu toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik durumlarının gözönüne alınarak AP'ye yönelik tutumları davranışa dönüştürme amacı güden eğitim programları planlanmalıdır (211).

Göç, üreme çağındaki kadınların doğurganlık tercihlerini de etkilemektedir. Göç eden kadınların çoğunda çocuk doğurmak, kültürel özelliklerinin devamlılığını sağlamak önemlidir. Bu nedenle göçmen kadınların temel sağlık hizmetlerinden ana çocuk sağlığı ve AP hizmetlerini almadıkları görülmektedir (192, 193). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak, kadınların doğurganlığının düzenlenmesi, sağlıklı ve istenen gebelikler ve doğumlar üzerinde olumlu etkileri olan AP hizmetleri, göçmen ve mülteci kadınlar da dahil olmak üzere tüm bireylerin erişimine açık olmalıdır (12). Ancak erişilebilir olsa bile bu konudaki olumsuz tutumlar düzeltilerek etkin AP kullanımı artırılmalıdır. AP'yi ele almanın en iyi yöntemi kadınların mevcut toplumsal ve kişisel tutumlarını, gebelik ve AP yöntemlerine ilişkin düşünceleri hakkında bilgi sahibi olmaktan geçmektedir. Göçmen kadınların AP yöntemlerinin kullanımının düşük olması nedeniyle plansız gebelik oranlarının göç ettikleri ülkedeki kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (212). Ayrıca ev sahibi ülkenin ekonomisine bağlı olarak göçmenlere verilen imkanlar, sağlık hizmetinin kalitesi, göçmenlerin bu kaynaklara erişimi gibi etkenlerin AP hizmeti almak için sağlık kurumlarına gitmelerini etkileyebilmektedir. AP konusunda göçmen kadınların bilgi ihtiyaçlarının giderilmesi, farkındalıkların artırılması ve sağlık hizmetlerden yararlanabilmeleri sağlanmalıdır (5, 33). Türkiye'deki Suriyeli mülteci kadınlar ile yapılan çalışmada, kadınların AP yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (60). Bir başka çalışmada AP eğitimi sonucunda AP tutumlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (213). Çin'de göçmen kadınlara CSÜS/AP yönelik verilen danışmanlık, eğitim, teknik destek ve takip CSÜS/ AP yönelik bilgi tutum ve uygulamayı olumlu yönde etkilediği görülmüştür (214).

Çalışmada literatür sonuçlarıyla örtüşen göçmen kadınlara hemşirelik kuram ve modelleri temel alınarak mobil uygulama ve telefon danışmanlığını içeren AP hemşirelik girişimleri sonucunun APTÖ puanının son test ve kalıcılık puanlarını arttırdığı farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle göçmen kadınlara kuram temelli bireysel eğitim sonrasında eğitimin devamlılığı için yapılan mobil uygulama ve telefon danışmanlığının AP'ye yönelik tutumlarını da artırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara dayanarak “Aile planlamasına yönelik bireysel eğitim, mobil uygulama ve telefon danışmanlığının göçmen kadınların AP tutumlarına etkisi vardır” şeklinde ifade edilen **H_{1.3}** hipotezi kabul edilmiştir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşire tarafından göçmen kadınlara (Ahıska Türkleri) sağlık sorumluluğuna yönelik yapılan telefon danışmanlığı, AP'ye yönelik verilen bireysel eğitimlerin, mobil uygulama yoluyla tekrarlı eğitimlerin kadınların sağlık sorumluluğu düzeylerine, AP bilgi ve tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda aşağıdaki veriler elde edilmiştir.

- Hemşirelik girişim grubunda yer alan göçmen kadınlara sağlık sorumluluğuna yönelik verilen hemşirelik girişimlerin (telefon danışmanlığı) uygulama sonrasında kontrol grubuna göre sağlık sorumluluğu bilgi düzeylerinin arttığı belirlendi.
- Hemşirelik girişim grubunda yer alan göçmen kadınlara AP'ye yönelik verilen hemşirelik girişimlerin (yüz yüze görüşme, mobil uygulama, telefon danışmanlığı) uygulama sonrasında kontrol grubuna göre AP bilgi düzeylerinin arttığı belirlendi.
- Hemşirelik girişim grubunda yer alan göçmen kadınlara hemşirelik girişimleri (yüz yüze görüşme, mobil uygulama, telefon danışmanlığı) sonrasında APTÖ toplam puanının kontrol grubuna göre arttığı belirlendi.
- Hemşirelik girişim grubunda yer alan göçmen kadınlara hemşirelik girişimleri (yüz yüze görüşme, mobil uygulama, telefon danışmanlığı) sonrasında AP tutum ölçeği, toplumun aile planlamasına ilişkin tutum alt boyut puanının kontrol grubuna göre arttığı saptandı.
- Hemşirelik girişim grubunda yer alan göçmen kadınlara hemşirelik girişimleri (yüz yüze görüşme, mobil uygulama, telefon danışmanlığı) sonrasında AP tutum ölçeği, AP yöntemlerine ilişkin tutum alt boyut puanının kontrol grubuna göre arttığı saptandı.
- Hemşirelik girişim grubunda yer alan göçmen kadınlara hemşirelik girişimleri (yüz yüze görüşme, mobil uygulama, telefon danışmanlığı) sonrasında AP tutum ölçeği, doğuma ilişkin tutum alt boyut puanının kontrol grubuna göre arttığı saptandı.

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Hemşirelere;

- Göçmen kadınların sağlık hizmeti almalarında kolaylık ve devamlılığın sağlanması için ev ziyaretlerinin mobil uygulamalar ve telefon danışmanlıkları gibi farklı hemşirelik girişimleri ile desteklenmesi,
- Hemşire tarafından özellikle gençlere yönelik verilen üreme sağlığına yönelik eğitimlerde ev ziyaretleri sıklığının artırılması,
- Göçmen kadınların sağlığının korunması, yükseltilmesi ve olumlu tutumlar kazanılması konusunda özellikle birinci basamak ASM'lerde eğitim programların oluşturulup devamlılığının sağlanması,
- Göçmen kadınların en az bir tane AP yöntem bilmelerine karşın, bilinmeyen AP yöntemlerinin olması nedeniyle kadınlara rutin muayene izlemleri sırasında AP konusunda eğitim ve danışmanlıkların yapılması,
- Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin hemşireler tarafından göçmen kadınların AP bilgi ve tutum düzeyini artırmada kullanılması önerilmektedir.

Araştırmacılara;

- Göçmen kadınların sağlık sorunlarına yönelik rahatlıkla ulaşabileceği tele-tıp hatlarının oluşturulması,
- ASM'ye ulaşım sağlayamayan kadınlara iletişim hatları (mesaj gönderme, telefonla arama) ile bilgi verilmesinin sağlanması,
- Göçmen kadınların AP bilgi kaynakları akraba, komşu, arkadaşları olduğundan gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının artırılabilmesi için arkadaş ve aile eğitimlerinin yapılması,
- Bireysel özellikler dikkate alınarak eğitimlerin verilmesi,
- Sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması için kırılgan grupta bulunan göçmen kadınlar ile çalışmaların yapılması,
- Farklı göçmen gruplar ile aile planlaması ve sağlık sorumluluğuna yönelik daha geniş popülasyonlarla çalışmaların yapılması ve uzun süreli etkilerin neler olduğunun izlenmesi önerilmektedir.

Politikaya;

- Devlet tarafından etnik grubu az bilinen göçmenlere yönelik iyileştirilmiş politikaların düzenlenmesiyle bu grupların toplumsal oryantasyonlarının daha iyi sağlanması önerilir.



7. KAYNAKLAR

1. Sirkeci I, Cohen JH (2016). Cultures of migration and conflict in contemporary human mobility in Turkey. *European Review* 24(3): 381–396.
2. Tirado V, Chu J, Janson C, Ekström AM, Kågesten A (2020). Barriers and facilitators for the sexual and reproductive health and rights of young people in refugee contexts globally: A scoping review. *PloS One* 15(7): e0236316.
3. Hacıhasanoğlu Aşlar R, Yıldırım A (2018). Göçün Sosyal ve Ruhsal Etkileri ve Hemşirelik. Aydın Avcı İ (Ed.), Göç ve Göçmen Sağlığı. Birinci Baskı. Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 10-20.
4. Islam MM, Gagnon AJ (2016). Use of reproductive health care services among urban migrant women in Bangladesh. *BMC Women's Health* 16: 15.
5. Yağmur Y, Aytekin S (2018). Mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları ve çözüm önerileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 11(1): 56-60.
6. Schmidt NC, Fagnoli V, Epiney M, Irion O (2018). Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: A qualitative study. *Reproductive Health* 15(43): 1-10.
7. World Health Organization (WHO) (2018). Human Reproduction Programme. Sexual and reproductive health. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/>. [Accessed 7 December 2021].
8. United Nations (2019). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World contraceptive use estimates and projections of family planning [online]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2019.asp>. [Accessed December 2021].
9. Steinfield LA, Coleman CA, Zayer LT, Ourahmoune N, Hein W (2018). Power logics of consumers' gendered (in) justices: Reading reproductive health interventions through the transformative gender justice framework. *Consumption Markets & Culture* 22(12): 406-429.
10. Karakaya E, Margirit Coşkun A, Özerdoğan N, Yakıt E (2017). Suriyeli mülteci kadınların doğurganlık özellikleri ve etkileyen faktörler: Kalitatif bir çalışma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 10(48): 417-28.

11. Salisbury P, Hall L, Kulkus S, Paw MK, Tun NW, Min AM, Chotivanich K, Srikanok S, Ontuwong P, Sirinonthachai S, Nosten F, Somerset S, McGready R (2016). Family planning knowledge, attitudes and practices in refugee and migrant pregnant and post-partum women on the thailand- Myanmar border – a mixed methods study. *Reproductive Health* 13(1): 94.
12. Aydın R, Körükcü Ö, Kabukçuoğlu K (2017). Bir göçmen olarak anneliğe geçiş: riskler ve engeller. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 9(3): 250-262.
13. Gümüş Y, Bilgili N (2015). Göçün sağlık üzerindeki etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 18(1): 63-67.
14. Gümüş G, Kaya A, Yılmaz SG, Özdemir S, Başbüyük M, Coşkun AM (2017). Suriyeli mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 3(1): 1-17.
15. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E (2018). A systematic review of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee, migrant and displaced girls and young women in Africa. *International Journal of Environ Research and Public Health* 15(8): 1583.
16. Bükecik E, Şahin S, Abay H, Kaplan S, Düzgün A (2019). Mülteci kadınlar ve üreme sağlığı: Sağlık hizmetlerine ulaşmalarını etkileyen faktörler, engeller ve çözüm önerileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 10(4): 460-464.
17. Demir Acı Y (2016). Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 15(3): 259-266.
18. Rose VK, Harris MF (2014). Experiences of self-management support from gps among australian ethnically diverse diabetes patients: Aqualitative study. *Psychology Health Medicine* 20(1): 114-120.
19. Demir G, Arıöz A (2014). Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 4(2): 1-8.
20. İlçioğlu K, Keser N, Cigar N (2017). Ülkemizde kadın sağlığı ve etkileyen faktörler. *Journal of Human Rhythm* 3(3): 112-119.
21. Çopurlar CK, Kartal M (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 10(1): 42-47.

22. Özvarış ŞB, Başpınar A (2020). COVID-19 pandemisinde cinsel sağlık ve üreme sağlığı [online]. Erişim adresi: <https://korona.hasuder.org.tr/covid-19-pandemisinde-cinsel-saglik-ve-ureme-sagligi>. [Erişim tarihi 22 Haziran 2020].
23. Bonoto BC, De Araújo VE, Godói IP, De Lemos LL, Godman B, Bennie M, Diniz LM, Junior AFG (2017). Efficacy of mobile apps to support the care of patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR Mhealth Uhealth* 5(3): e4.
24. Johnson D, Juras R, Riley P, Chatterji M, Sloane P, Choi SK, Johns B (2017). A randomized controlled trial of the impact of a family planning mHealth service on knowledge and use of contraception. *Contraception* 95(1): 90–97.
25. Shaaban OM, Saber T, Youness E, Farouk M, Abbas AM (2020). Effect of a mobile phone-assisted postpartum family planning service on the use of long-acting reversible contraception: a randomised controlled trial. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 25(4): 264-268.
26. Harrington EK, Drake AL, Matemo D, Ronen K, Osoti AO, John-Stewart G, Kinuthia J, Unger JA (2019). An mHealth SMS intervention on postpartum contraceptive use among women and couples in Kenya: A Randomized Controlled Trial. *Am J Public Health* 109(6): 934-941.
27. International Organizaton for Migration (IOM) (2019). Göç krizi operasyonel çerçevesi IOM Türkiye 2018-2019 [online]. Erişim adresi: https://turkiye.iom.int/sites/g/files/tmzbd11061/files/documents/MCOF_TR.pdf. [Erişim tarihi 18 Ekim 2020].
28. Özyakışır D (2013). Göç: Kuram ve Bölgesel Bir Uygulama. Birinci baskı. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara; Sayfa:7-15.
29. World Migration Report (2020). Available from: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2020-turkish-chapter-2>. [Accessed 13 September 2022].
30. Türkiye İstatistik Kurumu (2020). Uluslararası Göç İstatistikleri, 2019 [online]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Uluslararası-Göç-İstatistikleri-2019-33709>. [Erişim tarihi 13 Eylül 2022].

31. Ahıska Türklerinin Türkiye'ye Kabulü ve İskanına Dair Kanun. T.C Resmi Gazete, 3835, 11 Temmuz 1992.
32. Adıgüzel Y (2022). Göç Sosyolojisi. Beşinci baskı. Nobel Akademi Yayıncılık, Ankara; Sayfa: 3-8.
33. Kara P, Nazik E (2018). Göçün kadın ve çocuk sağlığına etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 7(2): 58-69.
34. Çağlar T (2018). Göç çalışmaları için kavramsal bir çerçeve. Toros Üniversitesi İİSBF Sosyal Bilimler Dergisi 5(8): 26-49.
35. Özçürümez S, İçduygu A (2020). Zorunlu Göç Deneyimi ve Toplumsal Bütünleşme: Kavramlar, Modeller ve Uygulamalar ile Türkiye. Birinci baskı. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul; Sayfa:39-258.
36. Orhan F, Coşkun O (2016). Zorunlu göçlere yeni bir örnek: Ahıska Türkleri'nin Erzincan'a göçleri. Türk Coğrafya Dergisi 67: 41-50.
37. Erdoğan MM, Kaya A (2015). Türkiye'nin Göç Tarihi: 14. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türkiye'ye Göçler. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul; Sayfa: 4.
38. Aydemir S, Şahin MC (2018). Zorunlu-kitlesel göç olgusuna sosyolojik bir yaklaşım: Türkiye'deki Suriyeli sığınmacılar örneği. Dini Araştırmalar 21(53): 121-148.
39. Tuzcu A, Bademli K (2014). Göçün psikososyal boyutu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 6(1): 56-66.
40. Akıncı B, Nergiz A, Gedik E (2015). Uyum süreci üzerine bir değerlendirme: göç ve toplumsal kabul. Göç Araştırmaları Dergisi 2: 58-83.
41. Gülerce H, Demir E (2022). Zorunlu göç sürecinde sosyal ağlar; Şanlıurfa'daki Suriyeli sığınmacılar. Journal of Social Policy Conferences 81: 185-211.
42. Sezik M (2017). Yurt dışı zorunlu göçlerin Türkiye kentleri üzerindeki etkileri. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 7(2): 139-156.
43. İlğazi A (2019). Suriyeli sığınmacıların emek piyasasına etkileri Gaziantep ve Şanlıurfa örneği. Econharran 3(4): 93-123.

44. Oral B, Çetinkaya F (2017). Sosyolojik bir olgu olarak göç, tanımı, nedenleri ve göç kuramları. Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics 3(1): 1-8.
45. Çevik SA (2016). Suriye’den Türkiye’ye göçün etkileri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(2): 80-83.
46. Luquel JS, Soulen G, Davila CB, Cartmell K 2018. Access to health care for uninsured latina immigrants in south carolina. BMC Health Services Research 18(310): 1- 12.
47. Önal A, Keklik B (2016). Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlar: Isparta ilinde bir uygulama. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi 7(15): 132-148.
48. Ertem M, Keklik K (2019). Göç edenlerin sağlık gereksinimleri ve sağlık hizmetlerine erişim. Göç ve Sağlık. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sıhhat Projesi. 46-53.
49. Korkmaz AÇ (2016). Mültecilerin ve sığınmacıların sağlık sorunlarına hemşirelik yaklaşımları. Middle East Journal of Refugee Studies 1(2): 75-89.
50. Assi R, Özger İlhan S, İlhan MN (2019). Health needs and access to health care: the case of syrian refugees in Turkey. Public Health 172: 146-152.
51. Benage M, Greenough PG, Vinck P, Omeira N, Pham (2015). An assessment of antenatal care among syrian refugees in lebanon. Conflict and Health 9: 2-11.
52. Shuldiner J, Liu Y, Aisha Lofters A (2018). Incidence of breast and colorectal cancer among immigrants in ontario, Canada: A Retrospective Cohort Study From 2004-2014. BMC Cancer 18(537): 1-10.
53. International Organization for Migration - IOM (2004). Health and Migration Seminar Report of Meeting [online]. Available from: <http://www.iom.int>. [Accessed 12 January 2022].
54. Arabacı Z, Hasgül E, Serpen AS (2016). Türkiye’de kadın göçmenlik ve göçün kadın sağlığı üzerine etkisi. Sosyal Politikaları Çalışma Dergisi 36: 129-144.
55. Meydanlıoğlu A (2019). Kültürogram kullanılarak bir ailenin kültüre duyarlı hemşirelik girişimlerinin planlanması: Olgu sunumu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 6(2): 132-140.

56. Kızılkaya Beji N, Meram HE (2019). Kadın Sağlığına Genel Bakış. Kızılkaya Beji N (Ed.), Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 3. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 5-48.
57. Taşcı Duran E (2014). Göç eden gebe kadınların planlı davranış kuramına göre doğum öncesi bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını etkileyen etmenler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 3(1): 1–15.
58. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B (2019). Mental health care utilization and access among refugees and asylum seekers in Europe: a systematic review. Health Policy 123(9): 851-63.
59. Simkhada P, Teijlingen E, Gurung M, Wasti SP (2018). A survey of health problems of Nepalese female migrants' workers in the Middle East and Malaysia. BMC International Health and Human Rights 18(1): 4.
60. Dikmen HA, Çankaya S, Dereli Yılmaz S (2018). The attitudes of refugee women in Turkey towards family planning. Public Health Nursing 36(1): 45-52.
61. Metusela C, Ussher J, Perz J, Hawkey A, Morrow M, Narchal R, Estoesta J, Monteiro M (2017). In my culture, we don't know anything about that": Sexual and reproductive health of migrant and refugee women. International Journal of Behavioral Medicine 24(6): 836–845.
62. Loganathan T, Chan ZX, de Smalen AW, Pocock NS (2020). Migrant women's access to sexual and reproductive health services in Malaysia: A qualitative study. International Journal of Environmental Research and Public Health 17(15): 5376.
63. Bozorgmehr K, Oliver R (2015). Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: A quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. PLoS One 10(7): e0131483.
64. Yılmaz S (2017). Ahıska Türklerinin vatana dönüşleri üzerine bir araştırma: Kazakistan örneği. International Journal of Academic Value Studies 3(11): 31-38.
65. Demiray E (2012). Anavatanlarından sekiz ülkeye dağıtılmış bir halk: Ahıska Türkleri. Turkish Studies 7(3): 877-885.
66. Aydıngün A, Aydıngün İ (2014). Ahıska Türkleri: Ulusötesi Bir Topluluk. Ulusötesi Aileler. Birinci baskı. Ahmet Yesevi Üniversitesi. Ankara; Sayfa: 35-102.

67. Şirin A (2019). Stalin'in milliyetler politikasının bedeli olarak Ahıska sürgünü ve Ahıskalılar'ın sürgündeki yaşamları. *Avrasya Etüdleri* 56(2): 53-77.
68. Aqtam I, Darawwad M (2018). Health promotion model: an integrative literature review. *Open Journal Nursing* 8(7): 485–503.
69. Dombrowski JJ, Snelling AM, Kalicki M (2014). Health promotion overview: evidencebased strategies for occupational health nursing practice. *Workplace Health and Safety* 8: 342–349.
70. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA (2014). Health promotion in nursing practice. Seventh edition. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Pages: 15- 55.
71. Alligood MR, Tomey AM (2010). *Nursing Theorists and Their Work*. Seventh edition. Mosby, Pages: 434-454.
72. Galloway RD (2003). Health Promotion: Causes, Beliefs and Measurements. *Clinical Medicine Research* 1(3): 249-258
73. Çövener Ç (2013). Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri. Ocakçı AF, Alpar ŞE (Ed.), *Sağlığı Geliştirme Modeli.1. Baskı*. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 201-213.
74. Pender NJ (2011). Health promotion model manual [online]. Available from: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/health_promotion_manual_rev_5-2011.pdf. [Accessed 29 January 2022].
75. Bahar Z, Açıl D (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 7(1): 59-67.
76. Kiajamali M, Hosseini M, Estebarsari F, Nasiri M, Ashktorab T, Abdi A, Abdi A, Mahmoudi A, Akin Abadi AS (2017). Correlation between social support, self-efficacy and health-promoting behavior in hemodialysis patients hospitalized in Karaj in 2015 *Electronic Physician* 9(7): 4820–4827.
77. Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH, Khodayari MT (2017). The interpersonal influences as a factor for health promoting life style in nursing students: A mixed method study. *Global Journal of Health Science* 9(5): 196-205.
78. Çok sektörlü sağlık sorumluluğunu geliştirme programı 2013 – 2023 (2014). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Ankara; Sayfa:30.

79. Gürsel N, Özbey S, Güzel P (2016). Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. *International Journal of Social Science Research* 5(2): 21-26.
80. Çelik A, Kin ÖK, Karadakovan A (2017). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yalnızlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2: 17-23.
81. Ersin F, Bahar Z (2017). Effects of nursing interventions planned with the health promotion models on the breast and cervical cancer early detection behaviors of the women. *International Journal of Caring Sciences* 10(1): 421-432.
82. Arslan ŞF, Coşkunol H (2016). Sağlık profesyonelinin eğitim rolü: Alkol ve madde bağımlılarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirme eğitimi. *Tıp Eğitimi Dünyası* 15(47): 13-20.
83. Çapık C, Gözüm S (2012). The effect of web-assisted education and reminders on health belief, level of knowledge and early diagnosis behaviors regarding prostate cancer screening. *European Journal of Oncology Nursing* 16(1): 71-7.
84. Muttreja P, Singh S (2018). Family planning in India: the way forward. *The Indian Journal of Medical Research* 148: 1–9.
85. Starbird E, Norton M, Marcus R (2016). Investing in family planning: Key to achieving the sustainable development goals. *Global Health Science and Practice* 4:191–210.
86. United Nations Population Fund (UNFPA) (2020). Family Planning [online]. Available from: <https://www.unfpa.org/family-planning>. [Accessed: 19 September 2021].
87. Özdemir A (2017). Doğum kontrol teşviklerinden en az üç çocuğa: tarihsel süreçte Türkiye’de antinatalist ve pronatalist politikaların seyri. *Uluslararası Politik Araştırmalar Dergisi* 3(3): 65-75.
88. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. T.C. Resmi Gazete, 11976, 1 Nisan 1965.
89. Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun. T.C. Resmi Gazete, 18059, 24 Mayıs 1983.

90. T.C. Anayasası, 1982. Üçüncü bölüm, madde:41 [online]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>. [Erişim tarihi 10 Ağustos 2021].
91. Dakhly DMR, Bassiouny YA, Bayoumi YA, Gouda HM, Hassan AA, Hassan MA, Asem N, Galal YS (2018). Current contraceptive trends among married Egyptian women: a cross-sectional survey. *European Journal of Contraception Reproductive Health Care* 23(5): 351-6.
92. Taşkın L (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. On altıncı baskı. Akademisyen Kitapevi, Ankara; Sayfa: 540-558.
93. Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta ANZ (2020) Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS Med*17(2): e1003026.
94. Daniels K, Abma JC (2020). Current contraceptive status among women aged 15– 49: united states, 2017–2019. *NCHS Data Brief* 1(8): 388.
95. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
96. Ulusal Aile Planlaması Rehberi (2005). Kontraseptif Yöntemler, 343-608. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/ulusaile_plan_hizmet_rehberi2_cilt.pdf.
97. Contraception (2021). Reproductive Health [online]. Available from: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm>. [Accessed 9 December 2021].
98. Rushby N (2013). The future of learning technology: some tentative predictions. *Educational Technology Society* 16(2): 52-58.
99. Asif MF, Pervaiz Z (2019). Socio-demographic determinants of unmet need for family planning among married women in Pakistan. *BMC Public Health* 19(1): 1226.
100. Gavin L, Moskosky S, Carter M, Curtis K, Glass E, Godfrey E, Marcell A, Mautone-Smith N, Pazol K, Tepper N, Zapata L (2014). Providing quality family planning services: Recommendations Of CDC and the US office of population affairs. *Morbidity Mortality Weekly Report: Recommendations Reports* 63(4): 1-54.

101. Beji NK (2015). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Birinci baskı. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul; Sayfa: 1-560.
102. Pandher PS, Bhullar KK (2016). Smartphone applications for seizure management. *Health Informatics Journal* 22(2): 209-220.
103. Danbjorg D, Wagner L, Kristensen B, Clemensen J (2015). Intervention among new parents followed up by an interview study exploring their experiences of telemedicine after early postnatal discharge. *Midwifery* 31(6): 574-81.
104. Güler E, Eby G (2015). Akıllı ekranlarda mobil sağlık uygulamaları. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 4(3): 45-51.
105. Danbjorg D (2016). A lifeline connecting new parents with the hospital-using participatory design to develop and test an app for parents being discharged early postnatal. *Klin Sygepleje* 30(1): 70-71
106. George LA, Cross RK (2020). Remote monitoring and telemedicine in IBD: Are we there yet?. *Current Gastroenterology Reports* 22(3): 1-6.
107. Iribarren SJ, Akande TO, Kamp KJ, Barry D, Kader YG, Suelzer E (2021). Effectiveness of Mobile Apps to Promote Health and Manage Disease: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR MHealth Uhealth* 9(1): e21563.
108. Mollard E, Michaud K (2019). Mobile apps for rheumatoid arthritis: opportunities and challenges. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 45(2): 197–209.
109. Wickersham A, Petrides PM, Williamson V, Leightley D (2019). Efficacy of mobile application interventions for the treatment of post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Digital Health* 5: 1–11.
110. Orhan B, Bahçecik N (2018). Tip 2 diyabetli bireylerin mobil uygulama eğitimi hakkındaki görüşleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 5(2): 130-134.
111. Shellmer DA, Dew MA, Mazariegos G, DeVito Dabbs A (2016). Development and field testing of teen pocket PATH(®), a mobile health application to improve medication adherence in adolescent solid organ recipients. *Pediatric Transplantation* 20(1): 130-140.

112. Fuller-Tyszkiewicz M, Richardson B, Little K, Teague S, Hartley-Clark L, Capic T, Khor S, Cummins RA, Olsson CA, Hutchinson D (2020). Efficacy of a smartphone app intervention for reducing caregiver stress: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health* 7(7): e17541.
113. Lee M, Lee H, Kim Y, Kim J, Cho M, Jang J, Jang H (2018). Mobile app-based health promotion programs: a systematic review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(12): 28-38.
114. Steinhubl SR, Muse ED, Topol EJ (2015). The emerging field of mobile health. *Science Translational Medicine* 7(283): 283rv3.
115. Wu Y, Yao X, Vespasiani G, Nicolucci A, Dong Y, Kwong J, Li L, Sun X, Tian H, Li S (2017). Mobile app-based interventions to support diabetes selfmanagement: a systematic review of randomized controlled trials to identify functions associated with glycemic efficacy. *Journal of Medical Internet Research MHealth and UHealth* 5(3): e35.
116. Kagen S, Garland A (2019). Asthma and allergy mobile apps in 2018. *Current Allergy and Asthma Reports* 19(1): 19–6.
117. Mollard E, Michaud K (2019). Mobile apps for rheumatoid arthritis: opportunities and challenges. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 45(2): 197–209.
118. Ben-Zeev D, Brenner CJ, Begale M, Duffecy J, Mohr DC, Mueser KT (2014). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a smartphone intervention for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 40(6): 1244–1253.
119. Riaz S, Sykes C (2015). Are smartphone health applications effective in modifying obesity and smoking behaviours? A systematic review. *Health and Technology* 5(2): 73–81.
120. Torhild Gram I, Larbi D, Wangberg SC (2019). Comparing the efficacy of an identical, tailored smoking cessation intervention delivered by mobile text messaging versus email: Randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 7(9): e12137.
121. Haase J, Farris KB, Dorsch MP (2017). Mobile applications to improve medication adherence. *Telemed J E Health* 23(2): 75-79.

122. .Jamaladin H, Belt TH, Luijpers LC, Graaff FR, Bredie SJ, Roeleveld N, Gelder MM (2018). Mobile apps for blood pressure monitoring: systematic search in app stores and content analysis. *JMIR Mhealth Uhealth* 6(11): e187.
123. Kitt J, Fox R, Tucker KL, McManus RJ (2019). New approaches in hypertension management: a review of current and developing technologies and their potential impact on hypertension care. *Current Hypertension Reports* 21(6): 44.
124. Kabakian TK, Mourtada R, Bashour H, Kak FE, Zurayk H (2017). Perspectives of displaced Syrian women and service providers on fertility behaviour and available services in West Bekaa, Lebanon. *Reproductive Health Matters* 25(1): 75–86.
125. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2020). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları [online]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-DayaliNufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210> [Erişim tarihi 5 Haziran 2021].
126. Esin MN (2015). Örneklem. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma Süreç Uygulama ve Kritik*. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, Sayfa:169-186.
127. Boutron I, Altman DG, Moher D, Schulz KF, Ravaud P (2017). CONSORT statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: A 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. *Annals of Internal Medicine* 67(1): 40-47.
128. Gözükar F, Kabalcıoğlu F, Ersin F (2015). Şanlıurfa İlinde kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi* 12(1): 9- 16.
129. Tezel A, Gönenç İM, Akgün Ş, Karataş DÖ, Yıldız TA (2015). Kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri* 18(3): 181-188.
130. Gür F, Sohbet R (2017). Gaziantep ilinde el beceri kurslarına gelen kadınların aile planlamasına yönelik, bilgi tutum ve davranışları. *Medical Sciences* 12(1): 10-21.
131. Davis LL (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research* 5(4): 194-197.
132. Tekin H (2000). Eğitimde ölçme değerlendirme. 14. baskı, Yargı Yayınevi, Ankara.

133. Büyüköztürk Ş (2014). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 20. Basım. Pegem Akademi Yayıncılık. Ankara.
134. Walker SN, Hill-Polerecky DM (1996) Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
135. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(1): 1-13.
136. Örsal Ö, Kubilay G (2007). Aile planlaması tutum ölçeği geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 15(60): 155-164.
137. Sağlık Bakanlığı (2010). Aile Planlaması Danışmalığı İçin Resimli Rehber [online]. Erişim adresi: file:///C:/Users/Toshiba/Desktop/_Ekutuphane_kitaplar_resimli%20rehber-2010.pdf. Erişim tarihi: 9 Aralık 2020.
138. Yüksel M, Adıgüzel O, Yüksel H (2014). Dünyada ve Türkiye'de sosyal politika temelinde dezavantajlı bir grup olarak çocuk işçiler realitesi. Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 6(28): 23-24.
139. Oğuz Tunç H, Tokcan H (2020). Alternatif ölçme değerlendirme etkinliklerinin sosyal bilgiler dersinde başarı ve kalıcılığa etkisi. TUJPED 5(2): 171-82
140. Kaynar Şimşek A (2020). Akut koroner sendromlu hastalarda sağlığı geliştirme modeli temelli eğitimin etkinliği. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
141. Cohen J (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Academic press, New York; Sayfa: 1-469.
142. Robert R, Ralph RL (2008) Essentials of behavioral research: Methods and data analysis, (Third Edition), Published by McGraw-Hill, New York; Sayfa: 87-119.
143. United Nations Population Fund (UNFPA) (2020). Interim Technical Note Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage [online]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resourcepdf/COVID19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf. [Accessed 4 September 2022].

144. Cherri Z, Gil Cuesta J, Rodriguez-Llanes JM, Guha-Sapir D (2017) Early marriage and barriers to contraception among Syrian refugee women in Lebanon: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research Public Health* 14(8): 836.
145. Khaleghinezhad K, Kariman N, Nahidi F, Ebadi A, Nasiri M (2018). Evaluation of reproductive health status among women referring to rural healthcare centers in Neyshabur (Iran) in 2017. *Electronic Physician* 10(4): 6640–6646.
146. Thulaseedharan JV (2018). Contraceptive use and preferences of young married women in Kerala India. *Open Access Journal of Contraception* 9: 1–10.
147. Qazi M, Saqib N, Gupta S (2019). Knowledge, attitude and practice of family planning among women of reproductive age group attending outpatient department in a tertiary centre of Northern India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 8(5): 1775–83.
148. Xu S, Chuanning Y, Zhou Y, Wu J, Bai T, Zhang J, Li Y (2019). The prevalence of reproductive tract infections in a Chinese internal migrant population, and its correlation with knowledge, attitude, and practices: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(4): 655.
149. Nanvubya A, Wanyenze AK, Abaasa A, Nakaweesea T, Mpendo J, Kawoozo B, Matovu A, Nabukalu S, Omoding G, Kaweesi J, Ndugga J, Bagaya B, Chinyenze K, Price MA, Van Geertruyden JP (2022). Evaluating the effectiveness of enhanced family planning education on knowledge and use of family planning in fishing communities of Lake Victoria in Uganda: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research* 22(1): 506.
150. The Sustainable Development Goals Report (2016). United Nation New York [online]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2016/the%20sustainable%20development%20goals%20report%202016.pdf>. [Accessed 20 October 2022].
151. Karabulutlu Ö, Ersöz B (2017). Kars ili, Susuz ilçe merkezine bağlı aile planlaması yöntemi kullanan 15-49 yaş grubu evli kadınlarda kullanılan yöntem ve yöntem seçimini etkileyen faktörler. *Caucasian Journal of Science* 4(1): 26-44.
152. Yücel U, Güner S, Seren F (2018). 15-49 yaş arası iki yaşından küçük çocuğu olan kadınlarda aile planlaması hizmet kullanımının değerlendirilmesi. *Medical Sciences* 13(4): 120-128.

153. Mulatu T, Sintayehu Y, Dessie Y, Deressa M (2020). Modern family planning utilization and its associated factors among currently married women in rural eastern ethiopia: A community-based study. *BioMed Research International* 6096280.
154. Carvajal DN, Rivera Mudafort PC, Barnet B, Blank AE (2020). Contraceptive decision making among Latina immigrants: Developing theory-based survey items. *Hispanic Health Care International* 18(4): 181-190.
155. Alamdo AG, Debere MK, Tirfe ZM (2020). Factors associated with non-utilization of long acting and permanent contraceptive methods among married women of reproductive age in Chench district, Southern Ethiopia: a case-control study. *Pan African Medical Journal* 35: 109.
156. Döner P, Şahin K (2021). “This is not my decision; I have no alternative”. Perceptions and experiences of marriage age and family planning among Syrian women and men: a primary care study. *Primary Health Care Research Development* 22(e25): 1-9.
157. Ghahari S, Burnett S, Alexander L (2020). Development and pilot testing of a health education program to improve immigrants’ access to Canadian health services. *BMC Health Services Research* 20: 321.
158. Mirghafourvand M, Baheiraei A, Nedjat S, Mohammadi E, Charandabi SM-A, Majdzadeh R (2015). A population-based study of health-promoting behaviors and their predictors in Iranian women of reproductive age. *Health Promotion International* 30(1): 586-594.
159. Noori F, Behboodimoghadam Z, Haghani S, Pashaeypoor S (2021). The effect of an empowerment program on the health-promoting behaviors of Iranian women workers: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Preventive Medicine Public Health* 54(4): 275-283.
160. Karimlou V, Charandabi SM, Malakouti J, Mirghafourvand M (2019). Effect of counselling on health-promoting lifestyle and the quality of life in Iranian middle-aged women: a randomised controlled clinical trial. *BMC Health Services Research* 19 (1): 350.

161. Mohaddesi H, Razavi SR, Khalkhali HR, bahadori F, Saeigharenaz M (2016). The effect of counselling on health promotion behaviours in diabetic mothers referred to Motahhari hospital of Urmia at 2015. *Journal of Urmia Nursing Midwifery Faculty* 14(9):757–766.
162. Mouodi S, Hosseini SR, Ghadimi R, Cumming RG, Bijani A, Mouodi M, Yadollah Zahed Pasha YZ (2019). Lifestyle interventions to promote healthy nutrition and physical activity in middle-age (40-60 years) adults: A randomized controlled trial in the north of Iran. *Journal of Research in Health Sciences* 19(1): e00434.
163. Khodabandehlooie S, Estebarsari F, Rohani C, Shaarbaf Eidgahi E (2019). Effects of educational intervention on lifestyle among iranian patients after coronary angioplasty: a randomized controlled trial. *Iranian Heart Journal* 20(4): 38-45.
164. Ekblad S, Asplund M (2013). Culture- and evidence-based health promotion group education perceived by new-coming adult Arabic-speaking male and female refugees to Sweden—Pre and two post assessments. *Open Journal of Preventive Medicine* 3: 12-21.
165. Demir G, Arıöz A (2014). Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 4(2): 1-8.
166. Bikmoradi A, Masmouei B, Ghomeisi M, Roshanaei G (2016). Impact of Tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass graft surgery: A quasi-experimental study in Iran. *International Journal of Medical Informatics* 86: 43-48.
167. Yılmaz E (2019). Hipertansiyon kontrolünde teknolojinin rolü. *Journal of Turkish Family Physician* 10 (2): 113-117.
168. Piette JD, List J, Rana GK, Townsend W, Striplin D, Heisler M (2015). Mobile health devices as tools for worldwide cardiovascular risk reduction and disease management. *Circulation* 132(21): 2012-27.
169. Burke LE, Ma J, Azar KM, Bennett GG, Peterson ED, Zheng Y, Riley W, Stephens J, Shah SH, Suffoletto B, Turan TN, Spring B, Steinberge J, Quinn CC (2015). Current science on consumer use of mobile health for cardiovascular disease prevention: A scientific statement from the american heart association. *Circulation* 132(12): 1157-213.

170. Safabakhsh L, Jahantigh M, Nosratzahi S, Navabi S (2015). The effect of health promoting programs on patient's life style after coronary artery bypass graft-hospitalized in shiraz hospitals. *Global Journal of Health Science* 8(5): 154-9.
171. Sağiroğlu PÇ, Eray İK, Yurdakul FE, Yavuz AF (2017). Kadınların kontraseptif tercihleri ve yöntem kullanırken gebe kalma durumlarının değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal* 17(1): 21-28.
172. Carvajal D, Gioia D, Rivera E, Brown P, Barnet B (2017). How can primary care physicians best support contraceptive decision-making? A qualitative study exploring the perspectives of Baltimore Latinas. *Women's Health Issues* 27: 158–166.
173. Staveteig S (2017). Fear, opposition, ambivalence, and omission: Results from a follow-up study on unmet need for family planning in Ghana. *PLoS One* 12(7): e0182076.
174. Ebrahim NB, Atteraya MS (2018). Structural correlates of modern contraceptive use among Ethiopian women. *Health Care Women International* 39(2): 208–19.
175. West L, Isotta-Day H, Ba-Break M and Morgan R (2017) Factors in use of family planning services by Syrian women in a refugee camp in Jordan. *Fam Plann Reprod Health Care* 43: 96–102.
176. Gosavi A, Ma Y, Wong H, Singh K (2016). Knowledge and factors determining choice of contraception among Singaporean women. *Singapore Medical Journal* 57(11): 610.
177. Rominski SD, Morhe E, Maya E, Manu A, Dalton VK (2017). Comparing women's contraceptive preferences with their choices in 5 urban family planning clinics in Ghana. *Global Health Science and Practice* 5(1): 65-74.
178. Memon A, Hamid S, Kumar R (2017). Client satisfaction and decision making amongst females visiting family planning clinics in Hyderabad, Pakistan. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad* 29(4): 626-9.
179. Ataman H, Kömürcü N (2017). Effectiveness of the sexual health/reproductive health education given to Turkey adolescents who use alcohol or substance. *J Addict Nurs* 28(2): 71-8.

180. Mitra M, Akobirshoev I, Moring NS, Long-Bellil L, Smeltzer SC, Smith LD, Lezzoni L (2017). Access to and satisfaction with prenatal care among pregnant women with physical disabilities: findings from a national survey. *Journal of Women's Health* 26(12): 1356-1363.
181. Aval ZO, Rabieepoor S, Avval JO, Yas A (2019). The effect of education on blind women's empowerment in reproductive health: a quasi-experimental survey. *Maedica* 14(2): 121-5.
182. Kabalcıoğlu Bucak F, Kahraman S, Kartal M (2018). Mevsimlik tarım işçisi evli kadınların bebek yapma hakkında duşu nceleri ve aile planlaması kullanma durumları. *Sağlık Akademisyonları Dergisi* 5 (3):178-83.
183. Vu LTH, Nguyen NTK, Hanh Thi Duc Tran HTD, Nazeem MN (2016). Mhealth information for migrants: an e-health intervention for internal migrants in Vietnam. *Reprod Health* 13(1): 55.
184. Kuźma-Markowska S, Ignaciuk A (2020). Family Planning advice in state-socialist Poland, 1950s-80s: Local and transnational exchanges. *Medical History* 64(2): 240-266.
185. Torres-Pereda P, Heredia-Pi IB, Ibáñez-Cuevas M, Ávila-Burgos L (2019). Quality of family planning services in Mexico: The perspective of demand. *PloS One* 14(1): e0210319.
186. Semachew Kasa A, Tarekegn M, Embiale N (2018). Knowledge, attitude and practice towards family planning among reproductive age women in a resource limited settings of Northwest Ethiopia. *BMC Research Notes* 11(1): 577.
187. Nanvubya A, Wanyenze RK, Nakaweesa T, Mpendo J, Kawoozo B, Matovu F, Nabukalu S, Omoding G, Kaweesi J, Ndugga J, Kamacooko O, Chinyenze K, PriceM, Geertruyden JP (2020). Correlates of knowledge of family planning among people living in fishing communities of Lake Victoria, Uganda. *BMC Public Health* 20: 1642.
188. Ahirwar RK, Kumar S, Gupta S, Niranjana A, Prajapati K, Rawal S (2021). A study to assess the socio-demographic factor and knowledge, attitude, and practice of family planning methods in Lohpeeta migrants tribe located in Shivpuri central India. *J Family Med Prim Care* 10(3): 1308-1312.

189. Obisie-Nmehielle N, Sabiti KI, Palamuleni M (2022). Factors associated with knowledge about family planning and access to sexual and reproductive health services by sexually active immigrant youths in Hillbrow, South Africa: A cross-sectional study. *Reprod Health* 19(1):169.
190. Sutan R, Pinta Pudiyanti Siregar PP (2022). Reproductive health practices and use of health services among immigrant Indonesian women working in Malaysia. *Revista Saude Publica* 56: 55.
191. Wasswa R, Kabagenyi A, Atuhaire L (2020). Determinants of unintended pregnancies among currently married women in Uganda. *Journal of Health, Population, And Nutrition* 39(1): 15.
192. Ussher JM, Perz J, Metusela C, Hawkey AJ, Morrow M, Narchal R, Estoesta J (2017). Negotiating discourses of shame, secrecy, and silence: migrant and refugee women's experiences of sexual embodiment. *Arch Sex Behav* 46(7): 1901-21.
193. Meldrum RM, Liamputtong P, Wollersheim D (2016). Sexual health knowledge and needs: young muslim women in melbourne, Australia. *Int J Health Serv* 46(1): 124-40.
194. Melnick AL, Rdesinski RE, Creach ED, Choi D, Harvey SM (2008). The influence of nurse home visits, including provision of 3 months of contraceptives and contraceptive counseling, on perceived barriers to contraceptive use and contraceptive use self-efficac. *Womens Health Issues* 18(6): 471-81
195. Harrison MS, Bunge-Montes S, Rivera C, Jimenez-Zambrano A, Heinrichs G, Bolanos A, Asturias E, Berman S, Sheeder J (2020). Primary and secondary three-month outcomes of a cluster-randomized trial of home-based postpartum contraceptive delivery in southwest Trifinio, Guatemala. *Reprod Health* 17(1): 127.
196. Sonalkar S, Mody S, Gaffield ME (2014). Outreach and integration programs to promote family planning in the extended postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet* 124(3): 193-7.
197. Pektekin Ç (2013). Kuramlar-Bakım Modelleri. Pektekin Ç (Ed.), *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 33-41.

198. Fawcett J (2005). Contemporary nursing knowledge analysis and evolution of nursing models and theories. 2th ed. Philadelphia: Fa Davis Company; 364-437.
199. Habibzadeh H, Shariati A, Mohammadi F, Babayi S (2021). The effect of educational intervention based on Pender's health promotion model on quality of life and health promotion in patients with heart failure: An experimental study. *BMC Cardiovascular Disorders* 21: 478.
200. Gul X, Hameed W, Hussain S, Sheikh I, Siddiqui JR(2019). A study protocol for an mHealth, multi-centre randomized control trial to promote use of postpartum contraception amongst rural women in Punjab, Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth* 19(1): 283.
201. Khodaveisi M, Jafari A, Omid A, Roshanaei G, Sazvar A (2019). The effect of a Pender's health promotion model-based educational intervention on physical activity in office staff. *Sport Sciences for Health* 16(5): 1-8
202. Bentley CL, Powell L, Potter S, Parker J, Mountain GA, Barlett YK, Farwer J, Connor C, Burns J, Cresswell R, Dunn HD, Hawley MS (2020). The use of a smartphone app and an activity tracker to promote physical activity in the management of chronic obstructive pulmonary disease: Randomized controlled feasibility study. *JMIR Mhealth Uhealth* 8(6): e16203.
203. Sharma AE, Frederiksen BN, Malcolm NM, Rollison JM, Carter MW (2018). Community education and engagement in family planning: Updated systematic review. *Am J Prev Med* 55(5): 747-758.
204. Burapasikarin C, Manonai J, Wattanayingcharoenchai R (2020). The effect of an educational video on long-acting reversible contraception (LARC) utilization at 6-8 weeks postpartum period: A randomized controlled trial. *Archives Gynecology and Obstetrics* 302(6): 1503-1509.
205. Souza-Junior VD, Costa Mendes IA, Mazzo A, Godoy S (2016). Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review, *Applied Nursing Research* 29: 254-260.
206. Shohani M, Mozafari M, Khorshidi A, Lotfi S (2018). Comparing the effects of face-to-face and telenursing education on the quality of family caregivers caring in patients with cancer. *Journal of Family Medicine Primary Care* 7(6): 1209-1215.

207. Huang Y, Merkatz R, Zhu H, Roberts K, Sitruk-Ware R, Cheng L (2014). The free perinatal/postpartum contraceptive services project for migrant women in Shanghai: effects on the incidence of unintended pregnancy. *Contraception* 89(6): 521-7.
208. Payne HE, Lister C, West JH, Bernhardt JM (2015). Behavioral functionality of mobile apps in health interventions: a systematic review of the literature. *JMIR Mhealth Uhealth* 3(1): e20
209. Mangone ER, Lebrun V, Muessig KE (2016). Mobile phone apps for the prevention of unintended pregnancy: a systematic review and content analysis. *JMIR Mhealth Uhealth* 4(1): e6.
210. Dev R, Woods NF, Unger JA, Kinuthia J, Matemo D, Farid S, Begnel ER, Kohler P, Drake AL (2019) . Acceptability, feasibility and utility of a Mobile health family planning decision aid for postpartum women in Kenya. *Reprod Health* 16(1): 97.
211. Öngen M, Kırca N (2020). Mülteci ve göçmen kadınlarda kadın sağlığı sorunları. *Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi* 2(2): 55-69.
212. McMichael C (2013). Unplanned but not unwanted? Teen pregnancy and parenthood among young people with refugee backgrounds. *Journal of Youth Studies* 16(5): 663-678.
213. Erenoğlu R, Şekerci Gümüş Y (2020). Effect of training program given to the students upon family planning attitudes: a semi-experimental study. *Cukurova Medical Journal* 45(3): 840-850.
214. Xu S, Wu J, Yu C, Li Y, Zhou Y, Li R, Zhou Y (2020). The effects of comprehensive sexual and reproductive health/family planning intervention based on knowledge, attitudes, and practices among the domestic migrant population of reproductive age in China: a randomized community study. *Int J Environ Res Public Health* 17(6): 2093.



Ek 1. Kontrol Grubu için Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı, sizi “Göçmen Kadınlara (Ahıska Türkleri) Sağlık Sorumluluğu, Aile Planlaması Bilgi Ve Tutumlarına Yönelik Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya katılmak üzere davet ediyorum. Bu araştırma; göçmen kadınlara sağlık sorumluluğu ve aile planlamasına yönelik verilen yüz yüze görüşme, mobil uygulama ve telefon danışmanlığının bilgi ve tutumları üzerine etkisini değerlendirme amacı ile yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Araştırmadan istediğiniz zaman herhangi bir ceza veya yaptırıma maruz kalmadan, hiçbir hakkınızı kaybetmeden çekilebilirsiniz. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Bu çalışmada maruz kalacağınız herhangi bir risk veya rahatsızlık bulunmamaktadır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır. Tamamen akademik amaçlı olan bu çalışma için herhangi bir ücret ödenmeyecektir ya da talep edilmeyecektir.

İzlenecek olan yöntem ve yapılacak işlemler: Bu çalışma Üzümlü Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı göçmen kadınlar ile gerçekleştirilecektir. Sizin için hazırlanmış olan formları uygun gün ve saatlerde doldurmanız istenecektir. 8 hafta ve 13 Hafta sonra bu formları tekrar doldurmanız istenecektir.

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI/TARİH
ADI SOYADI		
TELEFON		
ARAŞTIRMACININ		İMZASI/TARİH
ADI SOYADI	Ezgi DEMİRTÜRK SELÇUK	
TARİH		

Ek 2. Hemşirelik Girişim Grubu İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı, sizi “Göçmen Kadınlara (Ahıska Türkleri) Sağlık Sorumluluğu, Aile Planlaması Bilgi Ve Tutumlarına Yönelik Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya katılmak üzere davet ediyorum. Bu araştırma; göçmen kadınlara sağlık sorumluluğu ve aile planlamasına yönelik verilen yüz yüze görüşme, mobil uygulama ve telefon danışmanlığının bilgi ve tutumları üzerine etkisini değerlendirme amacı ile yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Araştırmadan istediğiniz zaman herhangi bir ceza veya yaptırıma maruz kalmadan, hiçbir hakkınızı kaybetmeden çekilebilirsiniz. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Bu çalışmada maruz kalacağınız herhangi bir risk veya rahatsızlık bulunmamaktadır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır. Tamamen akademik amaçlı olan bu çalışma için herhangi bir ücret ödenmeyecektir ya da talep edilmeyecektir.

İzlenecek olan yöntem ve yapılacak işlemler: Bu çalışma Üzümlü Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı göçmen kadınlar ile gerçekleştirilecektir. Sizin için hazırlanmış olan formları doldurmanız istenecektir. Daha sonra sizler için uygun gün ve saatlerde aile planlaması ve sağlık sorumluluğuna yönelik yüz yüze eğitim, mobil uygulama ve telefon danışmanlığı yapılacaktır. Bu uygulamalar bittikten sonra formları tekrar doldurmanız istenecektir.

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI/TARİH
ADI SOYADI		
TELEFON		
ARAŞTIRMACININ		İMZASI/TARİH
ADI SOYADI	Ezgi DEMİRTÜRK SELÇUK	
TARİH		

Ek 3. Sosyo-Demografik Özellikler ve Aile Planlaması Anamnez Formu

1.Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız?.....
2. Medeni durumunuz? 1. Evli 2. Bekar
3. Eğitim durumunuz? 1. Okur-yazar 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu
4. Lise mezunu 5. Üniversite ve üstü
4. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır
5. Sosyal güvenceniz var mı? 1.Evet 2.Hayır
6. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
1.Gelir giderden az 2. Gelir-gidere eşit 3. Gelir giderden fazla
7. Aile yapınız nedir? 1.Çekirdek aile 2.Geniş aile
8. İlk evlilik yaşıınız nedir?.....

2. Obstetrik Özellikler

9. İlk gebelik yaşıınız? 1. Gebelik yok 2.
10. Gebelik sayınız?.....
11. Yaşayan çocuk sayınız?.....
12. Ölü doğum sayısı?.....
13. Düşük sayınız?.....
14. Kürtaj sayınız?.....
15. İstenmeyen gebeliğiniz var mı? 1. Var 2.Yok

3.Aile Planlaması Anemnez Formu

16. Kronik rahatsızlığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır
17. Sürekli ilaç kullanıyor musunuz? 1. Evet(.....) 2. Hayır
18. Sigara / alkol kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
19. Adetleriniz düzenli mi? 1.Evet 2. Hayır
20. Adet süresinde fazla ya da az kanama oluyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır
21. Herhangi bir jinekolojik ameliyat geçirdiniz mi? 1.Evet(.....) 2. Hayır
22. Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
23. Cevabınız evet ise hangi yöntemi kullanıyorsunuz?.....
24. Bu yöntemi size kim önerdi?.....

Ek 3. (Devam)

25. Kullandığınız yöntemden memnun musunuz? 1.Evet 2. Hayır
26. Bu yöntemi kullanırken kürtaj veya istenmeyen gebelik geçirdiniz mi?
1.Evet 2. Hayır
27. Kullandığınız aile planlaması yöntemine kim karar verdi?
1. Ben 2. Eşim 3. Her ikimiz 4. Diğer (.....)
28. Kullandığınız bu yöntemden önce farklı yöntemlerde kullanmış iseniz hangi yöntemi kullandınız?.....
29. Çocuk sahibi olmayı planlıyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır
30. Herhangi bir aile planlaması yöntemi biliyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır
31. Cevabınız evet ise, hangi yöntemleri biliyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)	Tüp Ligasyonu
Mini Haplar	Vazektomi
Post Koital (Acil) Kontrasepsiyon	Koitus Interruptus (Geri Çekme)
Enjekte Edilen Kontraseptifler	Servikal Mukus Yöntemi (Billings Metodu)
Deri Altı Çubuk (İmplant)	Bazal Vücut Isısı Yöntemi
Rahim İçi Araç (RIA, Spiral)	Semptomermal Yöntem
Erkek Kondomu (Prezervatif)	Servikal Palpasyon Yöntemi
Kadın Kondomu	Takvim Yöntemi
Diyafram	Laktasyonel Amenore (Emzirme) Yöntemi
Servikal Başlık	Vajinal Duş
Spermisitler	

Ek 3. (Devam)

32. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgiyi nereden aldınız?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- 1.Gazete-Dergi-Kitap 2. Radyo-Televizyon 3.Akraba-Komşu
4. Sağlık Personeli (Doktor, ebe, hemşire) 5. Diğer

33. Aile planlamasına yönelik öncelikli olarak bilgi almak istediğiniz aşağıdaki konuları numaralandırınız.

(1) Kadın ve erkek üreme organları, menstrüasyon, gebelik fizyolojisi

(2) Aile planlaması

(.....) Hormonal Kontraseptifler

- ✓ Kombine Oral Kontraseptifler (KOK),
- ✓ Mini Haplar
- ✓ Post-Koital (Acil) Kontrasepsiyon
- ✓ Enjekte Edilen Kombine Kontraseptifler
- ✓ Deri altı implant (Deri Altı Çubuk)

(.....) Rahim İçi Araçlar

- ✓ Hormonal RİA
- ✓ Bakırlı RİA

(.....) Bariyer Yöntemler

- ✓ Erkek Kondomu
- ✓ Kadın Kondomu
- ✓ Diyafram
- ✓ Servikal Başlık
- ✓ Sperisitler

(.....) Cerrahi Sterilizasyon

- ✓ Tüp Ligasyonu (Kadında Tüplerin Bağlanması)
- ✓ Vazektomi (Erkekde Tüp ligasyonu)

(.....) Doğal Aile Planlaması

- ✓ Koitus Interruptus (Geri Çekme)
- ✓ Servikal Mukus Yöntemi (Billings Metodu)
- ✓ Bazal Vücut Isı Yöntemi
- ✓ Semptotermal yöntem
- ✓ Servikal palpasyon yöntemi
- ✓ Takvim Yöntemi
- ✓ Laktasyonel Amenore (Emzirme) yöntemi
- ✓ Vajinal Duş

Ek 4. Aile Planlaması Bilgi Formu

Aile planlaması ile ilgili sorulan aşağıdaki sorularda eğer cevabın doğru olduğunu düşünüyorsanız “DOĞRU”, yanlış olduğunu düşünüyorsanız “YANLIŞ”, emin değilseniz “BİLMİYORUM” kutucuğuna “X” koyarak işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
1.BÖLÜM: ÜREME SİSTEMİ			
1. Vajina kadın üreme organıdır.			
2. Yumurtalıklar ve yumurta kanalı kadın üreme organlarındandır.			
3. Serviks kadın üreme organıdır.			
4. Uterus kadın üreme organıdır.			
5. Büyük dudaklar ve küçük dudaklar kadın üreme organıdır.			
6. Klitoris kadın üreme organıdır.			
7. Kızlık zarı kadın üreme organıdır.			
8. İdrar kanalı kadın üreme organıdır.			
9. Testisler erkek üreme organıdır.			
10. Penis erkek üreme organıdır.			
11. Skrotum erkek üreme organıdır.			
12. Erkek üreme hücresi sperm’ dir.			
13. Kadın üreme hücresi yumurta’dır.			
14. Kadınlarda adet olmaya menstürasyon denir.			
15. Yumurtalıkla rahim arasında uzanan kanallar ile yumurtanın rahime geçişi sağlanır.			
16. Gebelik için mutlaka yumurta ve sperm birleşmesi gerekmez.			
17. Her cinsel ilişki gebelik riskini oluşturur.			
18. Kadın üreme sisteminin özelliklerini öğrenmek yararlıdır.			
19. Üreme organlarımda şikayetim olursa erkek doktora gidemem.			
2.BÖLÜM: AİLE PLANLAMASI			
20. Doğru aile planlaması yöntemi kullanabilmek için danışmanlık hizmetleri alınmalıdır.			
21. Ekonomik yetersizlik aile planlaması eğitimi almayı engeller.			
22. Çok çocuk doğurmak benim için önemlidir.			
23. Aile planlaması yöntemlerini kullanmasam herhangi bir sorun olmaz.			
24. Aile planlamasının tek amacı gebeliği önlemektir.			
25. Gebe kalmak için yaş önemli değildir.			
26. İstenilen zamanda ve sayıda çocuk yapmak aile planlaması anlamına gelir.			
27. Sağlıklı anne sağlıklı çocuğun olması demektir.			
28. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmak anne sağlığı açısından sakıncalıdır.			
29. Gebelikten korunma kadının sorumluluğundadır.			
30. Gebelikten korunmak için yöntem seçmek kadının görevidir.			
3.BÖLÜM: HORMONAL YÖNTEMLER			
31. Doğum kontrol hapları hormon içerir.			
32. Doğum kontrol hapları her kadın için uygundur.			
33. Doğum kontrol haplarına kendi kararımızla başlayabiliriz.			
34. Doğum kontrol hapları her gün aynı saat de alınmalıdır.			
35. Doğum kontrol haplarına başlamak için özel bir zaman aralığı yoktur.			

Ek 4. (Devam)

36. Doğum kontrol haplarını kullandığım süre boyunca, kontrol için bir sağlık kuruluşuna gitmem gerekmez.			
37. Doğum kontrol hapları kanser yapar			
38. Aile planlaması için kullanılan hormon içeren iğneler de vardır.			
39. Aile planlaması için kullanılan iğneler adet döneminde yapılmalıdır.			
40. Hormon iğneleri kadını kısır yapar.			
41. Deri altına yerleştirilen ve doğum kontrolü sağlayan hormon çubukları vardır.			
42. Deri altına yerleştirilen çubuklar kadının içinde gezinir.			
43. Korunmasız bir cinsel ilişki sonrasında hamile kalma önlenemez.			
44. Doğum kontrol hapları evlilikte ilk gecede alınırsa hamilelik engellenir.			
4.BÖLÜM: RAHİM İÇİ ARAÇLAR (RİA)			
45. Spiral (RİA) yumurtlamayı engeller ve böylece hamilelik gerçekleşmez.			
46. RİA her kadına takılabilir.			
47. RİA taktırmak için özel bir zaman aralığına ihtiyaç yoktur.			
48. RİA ömür boyu kadını gebelikten korur.			
49. Farklı RİA grupları vardır.			
50. RİA çıkarıldıktan sonra hemen hamile kalınabilir.			
51. RİA taktırdıktan sonra çıkarana kadar kontrole gitmeme gerek yoktur.			
52. RİA taktırmadan önce muayene olmak gerekir.			
5.BÖLÜM: BARIYER YÖNTEMLER			
53. Kondom etkili aile planlaması yöntemlerinden biridir.			
54. Kondom spermin vajinaya geçmesini engeller.			
55. Kondom kullanmadan önce yırtık olup olmadığı kontrol edilmelidir.			
56. Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur.			
57. Kondom yerinden çıkıp vajinada kalabilir.			
58. Kadınların da kullanabileceği kondomlar vardır.			
59. Kauçuktan yapılmış olan diyafram rahim ağzına yerleştirilir ve kadını hamilelikten korur.			
60. Servikal başlık spermilerin rahim içine girmesini engellemek için rahim ağzına yerleştirilen bir araçtır.			
61. Sperm hücrelerini vajina içinde öldürerek gebeliği önleyen maddelere spermisit adı verilir.			
62. Hazneme herhangi bir ilaç uygulamam gerekirse önce ellerimi yıkarım.			
6.BÖLÜM: CERRAHİ STERİLİZASYON			
63. Erkeğin tohum kanallarının ameliyatla bağlanarak hamilelikler engellenebilir.			
64. Erkeğin tohum kanalları ameliyatla bağlandıktan sonra da istediği zaman çocuk sahibi olur			
65. Erkeğin tohum kanallarının ameliyatla bağlanmasıyla cinsel gücü düşer			
66. Kadının tüpleri ameliyatla bağlanarak hamilelikler engellenebilir.			
67. Tüpleri bağlanan kadın tekrar çocuk sahibi olamayabilir.			
68. Tüpleri bağlanan kadın artık adet olmaz.			
69. Tüpleri bağlatmak günahıdır.			
70. Tüp ligasyon büyük bir ameliyattır.			

Ek 4. (Devam)

7.BÖLÜM: DOĞAL AİLE PLANLAMASI			
71. Kadınlar vajinal salgısında oluşan değişikliklerin farkında olarak kendilerini hamilelikten koruyabilirler.			
72. Kadınlar vücut ısısı yöntemiyle kendilerini hamilelikten koruyabilirler.			
73. Kadınlar rahim ağzlarının yumuşaklığını kontrol ederek kendilerini hamilelikten koruyabilirler.			
74. Geri çekme yöntemi etkili aile planlaması yöntemidir.			
75. Geri çekme yönteminde erkek aile planlamasını kontrol etmek zorundadır.			
76. İlk 6 ay içinde emziren annenin adet görmesinin aile planlamasını uygulamasına etkisi yoktur.			
77. Cinsel ilişki sonrası kadının vajinasını yıkamasıyla hamilelik kesinlikle engellenir.			
78. Doğal aile planlaması yöntemleri bulaşıcı hastalıkları önlemez.			

Ek 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II/ Sağlık Sorumluluğu

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				

Ek 6. Aile Planlaması Tutum Ölçeği

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1.Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir					
2.Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar					
3.Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahip olmak isterler					
4.Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur					
5.Ailede çok çocuk olması, gelecekte kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir					
6.Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır					
7.Kadının asli görevi doğurmaktır özdeyişi doğrudur					
8.Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır					
9.Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir					
10.Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır					
11.Kaynalar doğum kontrol yöntemi kullanmaya izin vermez					
12.Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir					
13.Erkek adamın erkek damadı olur					
14.Erkek adamın erkek çocuğu olur					
15.Kız çocuk varsa çocuğum var denilir					
16.Spiral baş ağrısı yapar					
17.Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır					
18.Spiralin mideye kaçacağından korkulur					
19.Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur					
20.Doğum kontrol yönteminin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür					
21.Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı/arzusu az olur					
22.Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur					
23.Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz					
24.Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz					
25.Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybederler					
26.Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçleri kaybolur/erkekleşir					
27. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum					
28.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanmıyorum					
29.Gebelik kadını çekici hale getirir					
30.Çok çocuğu olan aileler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir					
31.Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir					
32.Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir					
33.Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kadınlarla evlenilmelidir					
34.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum					

Ek 7. Aile Planlaması Programı Değerlendirme Formu

1. Aile Planlaması programının size faydası olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

2. Cevabınız evet ise faydalarını yazınız?

.....

3. Mobil uygulama programından memnuniyet durumunuzu 5 üzerinden değerlendirdiğinizde vereceğiniz puan kaç olur?

1	2	3	4	5
Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Fikrim yok	Memnunum	Çok memnunum

4. Eğitim sonrası aile planlaması konusundaki bilgi düzeyinizi 5 üzerinden değerlendirdiğinizde vereceğiniz puan kaç olur?

1	2	3	4	5
Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi

5. Kullandığınız android tabanlı mobil uygulama eğitimi sonrası aile planlaması yönteminizi değiştirdiniz mi?

1.Evet 2.Hayır

6. Cevabınız evet ise kullandığınız aile planlaması yönteminiz nedir?

Ek 10. Sağlık Sorumluluğuna Yönelik Verilen Telefon Danışmanlığı Eğitimi

1. Telefon Danışmanlığı: Birinci yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla yapılan arama

Kazanımlar: Sağlık sorumluluğunun tanımını öğrenir

- Sağlığa ilişkin alınacak sorumlulukları öğrenir
- Sağlığı geliştirici programları izleme eğilimi gösterir
- Sağlık ile ilgili bilgileri içeren kitap okumanın önemini bilir.

İçerik: Sağlık sorumluluğu tanımı yapıldı (4-5 dk)

- Sağlığa ilişkin alınabilecek sorumluluklar anlatıldı (4-5 dk)

Eğitim süresi: 8-10 dk

Değerlendirme soruları: Sağlığınıza yönelik sorumluluk alıyor musunuz?

- Aldığınız sorumluluklar nelerdir?

Sağlık sorumluluğu, insanın kendi sağlığını koruması ve geliştirmesi, hastalıkların önlenmesi için gerekli olan davranış değişikliğini göstermesidir. Kişinin sağlığına yönelik aktif olarak sorumluluk alması ve gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurmasıdır.

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, beslenme alışkanlığı, sigara ve alkol kullanımı, kültür ve sosyoekonomik düzey sağlık sorumluluğunu etkilemektedir. Sağlığınıza geliştirmek için sorumluluk almanız, yaşam şeklinizin sağlığını nasıl etkilediğinin farkında olmanız ve sağlığınıza bozacak davranışlardan (sigara içme, yanlış beslenme, hareketsiz yaşam tarzı gibi) uzak durmanız gerekmektedir. Ayrıca hastalandığınızda zamanında sağlık hizmeti almanız, testlerinizi düzenli yaptırmanız, ağız bakımınıza önem göstermeniz, ilaçlarınızı doğru kullanmanız ve kilo kontrolünüzü uygun şekilde yapmanız gerekmektedir. Sağlığınıza ile ilgili kitap okuma, televizyonda sağlığı geliştirici programlar izleme, radyo programları dinleme, sağlık profesyonellerinden bilgi alma gibi davranışlar sağlık düzeyinizi artırabilecek davranışlardır.

Sağlığınıza ilişkin alabileceğiniz sorumluluklar;

- ✓ Vücudunuzu ve kendinizi tanımalısınız
- ✓ Sağlığınızın bozulduğunu hissettiğinizde sağlık kuruluşuna başvurmalısınız
- ✓ Düzenli aralıklarla tıbbi kontrollerinizi yaptırmanız
- ✓ Sağlıkla ilgili yayınları takip etmelisiniz
- ✓ Var olan sağlığınıza sürdürmelisiniz ve iyilik halinizi yükseltmelisiniz

Eğer bu sorumlulukları yaparsanız sağlığınıza önem verdiğiniz anlamına gelmektedir.

2. Telefon Danışmanlığı: İkinci yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla yapılan arama

Kazanımlar: Sağlık ve hastalık kavramları hakkında bilgi sahibi olur

- Sağlık profesyonellerinden bilgi almanın önemini bilir

İçerik: Sağlık kavramı (2-3 dk)

- Hastalık kavramı (2-3dk)

- Sağlık profesyonellerinden bilgi almanın önemi anlatıldı (4-5dk)

Eğitim süresi: 8-10 dk

Değerlendirme: Sağlıklı birey kime denir?

- Hastalık durumunda ne yapmalıyız?

Sağlık bireyin bedensel, sosyal, ruhsal yönden iyilik halinde olmasıdır. Sağlık günlük yaşam faaliyetlerinizi yerine getirilebilmeniz için gereklidir. Sağlık için ön şartlar; fiziksel çevre, gıda, barınma, sosyal ve ekonomik koşullar ve bireysel yaşam tarzıdır. Bireylerin kendi çevrelerini korumak ve sağlığını geliştirmek görevleridir.

Hastalık, doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel olarak normal olmayan değişikliklerin yarattığı durumdur. Anormal bir durum olup, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonlarını etkiler. Örneğin, vücut görünümünde değişikliklerin olması bazı insanlarda “acaba hasta mıyım?” düşüncesinin oluşmasına neden olurken, bazılarında ise normal olarak algılanabilmektedir. Bu durumlarda bireyler hekime başvurmayıp farklı sorunlarında ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Ek 10. (Devam)

Kendinizi iyi hissetmediğiniz zaman öncelikle var olan olumsuz belirtileri algılamanız ve nedenleri konusunda akıl yürütmeniz gerekmektedir. Daha sonra nereden nasıl yardım almanız gerektiğine karar vermelisiniz. Aile sağlığı merkezleri, devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerine hastalık durumunuza göre başvuru yapmalısınız. Doğru bilgi ve iyi bir sağlık hizmeti alabilmek için sağlık sorunlarınızı sağlık personeline danışmalısınız. Böylece ihtiyaç duyduğunuz sağlık bakımının verilmesi sağlanır. Bakımın kalitesi artmış olur ve maliyet azalır. Akraba, komşu ya da aynı hastalığı geçirmiş bir başka tanıdığınızdan yardım istemek size yarar sağlamayacaktır. Her zaman gittiğiniz sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularınız olduğunda başka bir sağlık personeline de danışabilirsiniz.

3. Telefon Danışmanlığı: Üçüncü yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla yapılan arama

Kazanımlar: Birincil koruma, ikincil koruma, üçüncül koruma yöntemlerini öğrenir.

-Tarama programları kapsamında kontrole gitmenin önemi ile ilgili farkındalığı artır.

İçerik: Birincil koruma, ikincil koruma, üçüncül koruma kavramları anlatıldı (4-5dk)

-Erken tanı uygulamaları anlatıldı (4-5dk)

Eğitim süresi: 8-10 dk

Değerlendirme: Birincil korumaya yönelik alınan önlemlerin tekrarlanması istenildi.

-İkincil koruma kapsamında olan tarama programlarından hangisini yaptırdığı sorgulandı ve gerekli durumlarda yönlendirme yapıldı.

Hastalıkların engellenmesi için sağlığın korunması gerekir. Bunu için önerilen koruma düzeyleri; birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül korumadır.

Birincil koruma: Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi oluşturma ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik yapmış oldukları davranışlardır.

Birincil korumaya yönelik alınması gereken önlemlerden bazıları şunlardır;

- ✓ Sağlık eğitimlerine katılmak
- ✓ Sağlıklı yaşam davranışlarını kazanmak
- ✓ Egzersiz yapmak
- ✓ Stres ile nasıl başa çıkılabileceğini öğrenmek
- ✓ Yeterli ve dengeli beslenmek
- ✓ Aile planlaması hizmetlerini almak
- ✓ Kişisel hijyen kurallarına dikkat etmek
- ✓ Temiz su kullanmak, çevre sağlığına yönelik önlemler almaktır.

İkincil koruma ise; hastalıkların erken dönemde saptanarak tedavi edilmesi ve ciddi sonuçlarının azaltılmasıdır. Görüntüleme ve tarama programları, rutin mental ve fiziksel testler, erken tanı ve tedavi yöntemleri ikincil koruma kapsamında alınacak önlemlerdir.

Özellikle erken tanı uygulamaları hayat kurtarır. Erken tanı uygulamalarında alacağınız önlemlerden bazıları şunlardır;

- ✓ Meme kanseri tarama programı kapsamında; 20 yaş üzeri kadınlar, ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapmalı, 2 yılda bir ise sağlık kuruluşunda meme muayenesi yaptırmalıdır. 40-69 yaş aralığında olanlar ise, ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapmalı, yılda bir sağlık kuruluşunda meme muayenesi yaptırmalı, 2 yılda bir mamografi çekilmelidir. Vücudunuzu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol etmelisiniz.
- ✓ Serviks kanseri tarama programı kapsamında; 30-65 yaş aralığındaki kadınlar 5 yılda bir smear ve Human Papilloma Virüs testi yaptırmalıdır.
- ✓ Kolorektal kanser taramaları kapsamında; 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlar 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalı, her 10 yılda bir kolonoskopi çekilmelidir.
- ✓ Hipertansiyon taraması için; 18 yaşından büyük yetişkinlerde kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi amacıyla yılda en az bir kez tansiyon ölçtürmelidir. Diyabetes mellitus taraması için; 45 yaşından büyük bireyler üç yılda bir kez olmak üzere sağlık merkezine başvurarak kan şekeri ölçümü yaptırmalıdır.

Üçüncül korumada amaç, önceden oluşan hastalığın ilerlemesini ve komplikasyonlarının önlenmesidir.

Ek 10. (Devam)

Birincil ve ikincil korunma olanaklarından yararlanamamış, tanıda geç kalınmış hastalarda, en iyi tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının kullanımıdır. Örneğin; diyabeti olan kişinin göz komplikasyonları varken alınacak önlemlerle körlüğün engellenmesi. Yani hastalığın daha ileriye gitmesinin alınacak önlemlerle engellemektir.

4. Telefon Danışmanlığı: Dördüncü yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla yapılan arama

Kazanımlar: Genel olarak vücutta oluşan olağan dışı belirti ve bulguların farkında olur

-Doktor ya da sağlık görevlisine vücudunda oluşan belirtileri anlatabilir

İçerik: Hastalık belirti ve bulguları anlatıldı (5-10 dk)

Uygulama süresi: 5-10 dk

Değerlendirme: Kişinin önceden geçirmiş olduğu hastalıklarda ne gibi belirtilerin olduğu soruldu ve almış olduğu önlemler hakkında konuşuldu.

İnsan vücudu bazen bazı hastalıkların sinyallerini önceden bizlere verir. Bu sinyallerin farkında olup doktora ya da sağlık görevlisine anlatarak gerekli önlemleri almalısınız.

Vücudumuzda meydana gelen bazı belirtiler belirli hastalıkların işaretleridir. Şöyle ki;

- ✓ Yüksek kan basıncına bağlı olarak çarpıntı, göğüs ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, nefes darlığı ve görmede bozukluk gibi durumlar hipertansiyon belirtisi olabilir.
- ✓ Sık idrara çıkma, ağızda kuruluk ve tatlılık hissi ve buna bağlı olarak aşırı su içme isteği diyabet belirtisi olabilir.
- ✓ Kalp krizi: Göğüste yanma, baskı, sıkışma hissi olması bu şikayetlerin çeneye ve kollara doğru yayılması, bulantı, kusma ve soğuk terleme ile şikayetler aniden başlıyorsa, şikayetler 30 dakikadan fazla sürüyorsa ilk olarak akla kalp krizi ihtimali gelmelidir.
- ✓ Kısa sürede istemsiz olarak verilen kilolar metabolik hastalıkların habercisi olabilir.
- ✓ Öksürük, solunum yollarındaki salgı ve yabancı cisimleri temizlemeye yarayan savunma mekanizmasıdır. Sigara ve tahriş edici maddeler öksürüğe neden olabileceği gibi, üst solunum yolu ya da akciğer enfeksiyonları öksürüğe neden olabilmektedir.
- ✓ Olağan dışı kanama birçok kanserde erken veya geç dönemde ortaya çıkabilir.

5. Telefon Danışmanlığı: Beşinci yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla yapılan arama

Kazanımlar: Sağlık eğitimlerinde verilen konuları öğrenir

-Sağlık eğitimlerin yararlarını anlar

-Sağlık eğitim programlarına katılabilir

-Gereksinim duyulduğunda rehberlik ve danışmanlık almanın önemini bilir.

İçerik: Sağlık eğitimi tanımı yapıldı (4-5 dk)

-Sağlık eğitiminin yararları anlatıldı (4-5 dk)

Eğitim süresi: 8-10 dk

Değerlendirme: Herhangi bir sağlık eğitimine katıldınız mı?

-Katıldığınız eğitimlerin size yararları nelerdir?

Sağlık eğitiminde genellikle manevi gelişim, fiziksel aktivitenin önemi, yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, çevre sağlığı, kazalardan korunma, ilk yardım, bulaşıcı hastalıklardan korunma ve sağlığa zararlı alışkanlıkların eğitimi verilmektedir.

Sağlık eğitimin yararları şöyledir;

- ✓ Hastalık riskini azaltan davranışların geliştirilmesini sağlamak
- ✓ Koruyucu hizmetlerden yararlanmanın farkındalığını artırmak
- ✓ Erken tanı ve tedavi konusunda bilgilendirmek
- ✓ Verilen tedavi ve önerilere uyma davranışlarının kazandırılmasını sağlamaktadır.

Birey ve toplum olarak bu eğitimlere katılmak gerekmektedir. Gereksinim duyduğunuzda başkalarından danışmanlık ve rehberlik almalısınız. Eğitim sırasında sağlık personelinin önerilerini anlamak için, anlamadığınız yerlerde soru sormalısınız. Geri bildirim sizin konuyu daha iyi anlamanızı sağlayacaktır.

6. Telefon Danışmanlığı: Altıncı yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla yapılan arama

Kazanımlar: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları benimser

Ek 10. (Devam)

- Bireyin kendisine nasıl daha iyi bakacağı konusunda farkındalık sağlanır
- Beslenme, fiziksel aktivite ve manevi gelişim ile ilgili konularda bilgi sahibi olur.

İçerik: Beslenme (2-3 dk)

-Fiziksel aktivite (2-3 dk)

-Manevi gelişim konuları anlatıldı (2-3 dk)

Uygulama süresi: 8-10 dk

Değerlendirme soruları: Beslenmenize dikkat ediyor musunuz?

-Fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

-Maneviyat hakkında ne düşünüyorsunuz?

Kendinize nasıl daha iyi bakabileceğiniz konusunda sağlık personellerine danışmalısınız. Gerekli durumlarda sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılmalısınız. Sağlığınızı basit hayat tarzı değişiklikleri ile geliştirmeniz mümkündür. Örneğin; Sağlığınızı koruyup geliştirme, yaşam kalitenizi artırmak ve günlük hayatta daha verimli olmak için beslenmenize dikkat etmelisiniz. Bunu yaparken amacınız karın doyurmak, açlık duygunuzu bastırmak, canınızın çektiği her şeyi yemek değilde vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almanız gerekmektedir. Sağlıklı beslenme kardiyovasküler hastalık, pek çok kanser türü, hipertansiyon, osteoporoz, obezite, diyabet ve diş çürükleri gibi birçok sağlık probleminin önlenmesinde etkilidir. Yeterli ve dengeli beslenme için; süt ve süt ürünleri, et-yumurta-kuru baklagiller, ekmek ve tahıllar, taze sebze ve meyveler olmak üzere dört temel besin grubunda yer alan besinler her öğünde yeterli miktarda yaşa, cinsiyete, yapılan aktiviteye, sağlık durumuna ve içinde bulunulan gelişimsel döneme uygun olarak tüketilmelidir.

Fiziksel aktivite enerji harcamayı gerektiren vücut hareketleridir. Bisiklete binme, yürüme, koşma ve yüzme gibi hareketlerdir. Osteoporoz, diyabet ve hipertansiyon gibi hastalıklardan korunmada hem etkin hem ucuz yöntemdir. Ayrıca zihinsel sağlığın sürdürülmesinde olumlu etki sağlayıp kaygı, stres, depresyonu azaltmaktadır. Fiziksel aktivite sonucunda birey kendisini daha enerjik hissetmekte, bireyin canlı, hareketli ve huzurlu olmasını sağlayarak yaşam kalitesini artırmaktadır. Hergün düzenli fiziksel aktivite yapamasanız bile;

- ✓ Bir yere gideceğiniz zaman daha uzakta inerek yürüyün
- ✓ Alışveriş merkezlerinde yürüyün
- ✓ Asansörü değil merdivenleri kullanın
- ✓ Televizyon izlerken esneme egzersizleri, yer hareketleri yapın ya da zıplayın
- ✓ Postürünüze dikkat ederek dik oturun

Fakat egzersiz göğüs ağrısı, zor nefes alma, baş dönmesi, göz kararması ya da egzersize devam edemeyecek kadar eklem ağrısı, halsizlik, yorgunluk gibi durumlar olursa egzersiz yapmayı durdurmalısınız.

Manevi gelişim, yaşamın amacını anlayıp, farkında olup, karşılaştığınız olumsuz durumlarla baş edebilmenizdir. Sağlık hastalık davranışlarınızı sorgulamada, yaşamdaki değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanmada, olumsuz olaylara karşı umudunu kaybetmeme ye karşı olumlu etkisi bulunmaktadır. Bedeninize iyi bakmanızın yanında maneviyatın da olması sağlığın geliştirilmesini destekler. Kendinizi yakından tanımanız, buna bağlı olarak kendinizi mutlu edebilmek, geliştirilmesi gereken yönlerin neler olduğunu bulabilmek ve hayattaki amacınızın farkında olmalısınız.

7.Telefon Danışmanlığı: Yedinci yüz yüze görüşmeden sonraki gün telefonla yapılan arama

Kazanımlar: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları benimser.

- Bireyin kendisine nasıl daha iyi bakacağı konusunda farkındalık sağlanır
- Stres yönetimi konusunda bilgi sahibi olur
- Kişilerarası ilişkiler hakkında bilgi sahibi olur.

İçerik: Stres yönetimi anlatıldı (4-5 dk)

-Kişilerarası ilişkiler anlatıldı (4-5 dk)

Eğitim süresi: 5-10 dk

Değerlendirme soruları: Stresli olduğunuz zaman ne yaparsınız?

-Kişilerarası ilişkileriniz yeterli midir?

Ek 10. (Devam)

Stres, günlük yaşıntıda baş edilmesi zor olan bir durumdur. Günlük hayatta strese maruz kalma bireyin hayatını zorlaştırmakla birlikte fiziksel, duygusal ve ruhsal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Stresle baş etmede etkili ve etkisiz yöntemler bulunmaktadır. Fiziksel egzersiz, düzenli uyku, zaman yönetimi, masaj, dua, ibadet, boş zaman aktiviteler ve hobiler stresle baş etmede etkili yöntemlerdir. İlaç, alkol, sigara, kötü beslenme ve saldırgan davranışlar stresle baş etmede etkisiz yöntemlerdir.

Kişilerarası ilişkiler: İnsan sosyal bir varlıktır. Haliyle her insan toplum içerisindeki diğer insanlarla iletişim kurmak durumundadır. Kişilerarası ilişkilerin olumlu devam edebilmesi ve sürdürülebilmesi için kişilerin birbirleri ile duygu, düşünce ve isteklerini paylaşabilmeleri gerekmektedir. Kişilerarası ilişkilerin yetersiz olması sonucunda bireylerde yalnızlık, aile bireyleri arasında sorunlar, doyumsuzluk hissi, stres gibi birçok olumsuzluklara neden olmaktadır.

İletişim kurarken dikkat etmeniz gerekenler şunlardır;

- ✓ İlişkilerinizde empati yapmalısınız yani karşınızdakini kendi yerinize koymalısınız
- ✓ İletişim kurarken göz teması kurmalısınız
- ✓ Karşınızdakini dinlediğinizi göstermelisiniz
- ✓ Kendinizi en doğru şekilde ifade etmeye çalışmalısınız.

KAYNAKLAR

1. Kiajamali M, Hosseini M, Estebsari F, Nasiri M, Ashktorab T, Abdi A, Abdi A, Mahmoudi A, Akin Abadi AS (2017). Correlation between social support, self-efficacy and health-promoting behavior in hemodialysis patients hospitalized in Karaj in 2015. *Electron Phys* 9(7): 4820–4827.
2. Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH, Khodayari MT (2017). The interpersonal influences as a factor for health promoting life style in nursing students: A mixed method study. *Glob J Health Sci* 9(5): 196-205.
3. Adana F, Türk G, Yıldırım B, Yeşilfidan D (2019). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. *NWSAMS* 14:11-21.
4. Khan SS, Ning H, Wilkins JT (2018). Association of body mass index with lifetime risk of cardiovascular disease and compression of morbidity. *JAMA Cardiol* 3: 280- 287.
5. Djousse L, Driver JA, Gaziano JM, Buring JE, Lee IM (2013). Association between modifiable lifestyle factors and residual lifetime risk of diabetes. *Nutr Metabol Cardiovasc Dis* 23: 17-22.
6. Morton DP, Kent L, Rankin P, Mitchell B, Parker K, Gobble J, Diehl H (2017). Optimizing the intensity of lifestyle medicine interventions: similar outcomes for half the sessions. *AJLM*, 11: 274-79.
7. World Health Organization (2014). Global status report on non-communicable diseases 2014. Erişim adresi: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> Erişim tarihi: 25.04.2022.
8. Araújo-Soares V, Hankonen N, Presseau J, Rodrigues A, Sniehotta FF (2019). Developing Behavior Change Interventions For Self-Management in Chronic Illness: An Integrative Overview. *European Psychologist* 24: 7-25.
9. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C (2017). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi* 44(1): 1-11.
10. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ (1987). The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. *Nurs Res* 36: 76-80.

YABANCI DİL

İngilizce, YÖKDİL (2017):61.25

UZMANLIK ALANI

Halk Sağlığı Hemşireliği

YAYINLAR

1. **Demirtürk Selçuk E**, Demirbağ BC (2021). COVID-19 Salgınının sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres ve uyku kalitesi üzerine etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 13(3): 533-43.
2. **Demirtürk Selçuk E**, Demirbağ BC (2020). Hemşirelerin yaşlılık ve yaşlı bakımına ilişkin görüşleri ve tutumları. Sağlık Akademisi Kastamonu 5(1): 37-51.
3. Hacıhasanoğlu Aşlar R, Yıldırım A, Sağlam R, **Demirtürk Selçuk E**, Erduran Y, Özlem Sarihan Ö (2020). The effect of loneliness and perceived social support on medication adherence self-efficacy in hypertensive patients: An example of Turkey. Journal of Vascular Nursing 28(4): 183-190.
4. **Demirtürk Selçuk E**, Karadeniz H (2020). Cultural awareness in home care nurses. HEAD17(2): 203-206
5. **Demirtürk Selçuk E**, Karadeniz H (2020). Çocuk istismarına yol açan ailesel nedenler ve çocuğun korunmasına yönelik önlemler. Sağlık ve Toplum 20: 30-35.
6. **Demirtürk Selçuk E**, Demirbağ BC (2019). Dorothea Elizabeth Orem'in öz –bakım teorisi'ne göre konjestif kalp yetersizliği olan hastanın hemşirelik bakım planı Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 8(3): 333-342.
7. **Demirtürk Selçuk E**, Demirbağ B (2019). Opinions of parents with children between 0 and 2 years about vaccinations. Cukurova Medical Journal 44(1): 156-164.
8. **Demirtürk E**, Hacıhasanoğlu Aşlar R (2018). The effect of depression on adherence to antihypertensive medications in elderly individuals with hypertension. Journal Of Vascular Nursing 36(3): 129-137.

BİLDİRİLER

1. **Demirtürk Selçuk E**, Demirbag BC (2021). Göçmen Ahıskalılarının Sosyokültürel Uyum Düzeylerinin Belirlenmesi. International Symposium Global Migration Phenomenon. Ankara, 8 October 2021, sayfa: 124-130. Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum

2. **Demirtürk Selçuk E**, Demirbağ BC (2021). Koronavirüs (Covid-19) salgınının sağlık çalışanlarında ikincil travmatik strese ve uyku kalitesi üzerine etkisi. 2. Uluslararası 3. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, 7-9 Ocak 2021, sayfa: 131. Özet Bildiri/Sözlü Sunum
3. **Demirtürk Selçuk E**, Demirbağ BC (2021). Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran 15-49 yaş aralığındaki kadınların kullandıkları ilaç gruplarının değerlendirilmesi. 2. Uluslararası 3. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, 7-9 Ocak 2021, sayfa: 253. Özet Bildiri/Sözlü Sunum
4. **Demirtürk Selçuk E**, Demirbağ BC (2021). Aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin covid-19 aşısına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 1.Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Multidisipliner Yaklaşımlar Kongresi, Erzurum, 25-27 Kasım2021, sayfa: 177. Özet Bildiri/Sözlü Sunum
5. **Demirtürk E**, Adıgüzel L, Sarı C, Demirbağ BC (2018). Yaşlı bireylerde depresyonun ve yalnızlık duygusunun ev kazalarına etkisinde halk sağlığı hemşiresinin rolü. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, 23-26 Nisan 2018, sayfa: 406 Özet Bildiri/ Poster
6. **Demirtürk E**, Sarı C, Adıgüzel L, Demirbağ BC (2018). Kadınlarda kültürel yoksulluk. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, sayfa: 405. Özet Bildiri/Poster
7. **Demirtürk E**, Adıgüzel L, Sarı C, Demirbağ BC (2018). Yaşlılarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, sayfa: 443. Özet Bildiri/Poster
8. Adıgüzel L, **Demirtürk E**, Sarı C, Demirbağ BC (2018). Aşı karşıtlığı. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, sayfa: 358. Özet Bildiri/Poster
9. Demirbağ BC, **Demirtürk E**, Sarı C, Adıgüzel L (2018). 0-2 yaş çocuğu olan ebeveynlerin aşılar hakkındaki bilgi düzeyleri 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, sayfa: 197 Özet Bildiri/Sözlü Sunum
10. Sarı C, **Demirtürk E**, Adıgüzel L, Demirbağ BC (2018). Göç ile kadın sağlığı arasındaki korelasyonda hemşirenin rol ve sorumlulukları. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, sayfa: 314 Özet Bildiri/Poster

11. Adıgüzel L, Sarı C, **Demirtürk E**, Demirbağ BC (2018). Göç ve yaşlı. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, sayfa: 346. Özet Bildiri/Poster
12. Sarı C, Adıgüzel L, **Demirtürk E**, Demirbağ BC (2018). Ağız ve diş sağlığında yaşlılıktaki önemi. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, 5 sayfa: 39. Özet Bildiri/Poster
13. Demirbağ BC, Sarı C, Adıgüzel L, **Demirtürk E** (2018). Bir üniversite hastanesinde pediatri servislerinde çalışan hemşire / ebe / sağlık memurlarının paraziter hastalıklar ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, sayfa: 164. Özet Bildiri/Sözlü sunum
14. Demirbağ BC, Adıgüzel L, Sarı C, **Demirtürk E** (2018). Kronik hastalıkların yaşlı bireylerin aile çalışmaları ve yaşam doyumuna etkisinin incelenmesi. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, sayfa: 507. Özet Bildiri/Poster
15. Adıgüzel L, Sarı C, **Demirtürk E**, Demirbağ BC (2018). Çocuklarda ihmal edilen sağlık hakkı: Aşılama. 1. Uluslararası 5.Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Kocaeli, Türkiye, 15-17 Kasım 2018, sayfa: 592 -594. Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum
16. Adıgüzel L, Sarı C, **Demirtürk E**, Demirbağ BC (2018). İlköğretim okulu öğrencilerinin annelerinin paraziter hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri. 1. Uluslararası 5.Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Kocaeli, Türkiye, 15-17 Kasım 2018, sayfa: 600 -602. Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum
17. Demirbağ BC, Sarı C, Adıgüzel L, **Demirtürk E** (2018). Toplum sorunu olarak erken evlilikler ve adölesan gebeliklerin anne sağlığı açısından zararları. 1. Uluslararası 5.Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Kocaeli, Türkiye, 15-17 Kasım 2018, sayfa: 544-545. Tam Metin Bildiri/Poster
18. Sarı C, Adıgüzel L, **Demirtürk E**, Demirbağ BC (2018). Yoksulluğun çocuk sağlığı üzerine etkisinde hemşirenin rol ve sorumlulukları. 1. Uluslararası 5.Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Kocaeli, Türkiye, 15-17 Kasım 2018, sayfa: 546-547. Tam Metin Bildiri/Poster)

Demirtürk E, Sarı C, Adıgüzel L, Demirbağ BC (2018). Çocuk yaşta evliliğin ruh sağlığına etkileri. III. Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi, Ünye, Ordu, Türkiye, 30

19. Eylül - 3 Ekim 2018, sayfa: 96. Tam Metin Bildiri/Poster
Demirtürk E, Adıgüzel L, Sarı C, Demirbağ BC (2018). İnternet bağımlılığı çıkmazı III. Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi, Ünye, Ordu, Türkiye, 30 Eylül - 3 Ekim 2018, sayfa: 125. Tam Metin Bildiri/Poster
Demirtürk E, Sarı C, Adıgüzel L, Demirbağ BC (2018). Suça sürüklenen çocuklarda okuryazarlığın önemi. III. Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi, Ünye, Ordu, Türkiye, 30 Eylül - 3 Ekim 2018, sayfa: 158. Tam Metin Bildiri/Poster
Sarı C, **Demirtürk E**, Adıgüzel L, Demirbağ BC (2018). Toplum tarafından görmezden gelinen çocuk istismar şekli: Duygusal istismar. III. Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi, Ünye, Ordu, Türkiye, 30 Eylül - 3 Ekim 2018 Kongresi, sayfa: 161. Tam Metin Bildiri/Poster
Adıgüzel L, Sarı C, **Demirtürk E**, Demirbağ BC (2018). Göçmen çocukların sorunları. III. Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi, Ünye, Ordu, Türkiye, 30 Eylül - 3 Ekim 2018, sayfa: 121. Tam Metin Bildiri/Poster
Hacıhasanoğlu Aşıl R, Yıldırım A, Sağlam Aksüt R, **Demirtürk E**, Erduran Y, Saruhan Ö (2017). The effect of loneliness and perceived social support on medication adherence self-efficacy in hypertensive patients: An example of Turkey. 5. Uluslararası, 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara, 5-8 Kasım 2017. Özet Bildiri/ Sözlü Sunum
Hacıhasanoğlu Aşıl R, **Demirtürk E** (2017). The effect of depression on adherence to antihypertensive medications in elderly individuals with hypertension. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın, 29 Haziran - 1 Temmuz 2017, sayfa: 106-106. Özet Bildiri/ Sözlü Sunum

KİTAP BÖLÜMÜ

1. Demirtürk Selçuk E (2021). Öz, Tedavi ve Bakım Teorisi. Demirbağ BC (Ed.), Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. 1. Basım. Akademisyen Kitapevi, Ankara, Sayfa: 89-99. ISBN:978-625-7401-01-2.
2. Demirtürk Selçuk E (2021). Modern Hemşirelik/Çevre Kuramı. Demirbağ BC (Ed.), Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. 1. Basım. Akademisyen Kitapevi, Ankara, Sayfa: 51-68. ISBN:978-625-7401-01-2.