T.C

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA TOPLUMSAL CİNSİYET ALGISININ KADIN SAĞLIĞI VE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞINA ETKİSİ

ÜMMÜGÜLSÜM ÇELİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. ÖĞR. ÜYESİ HALİME ESRA MERAM

KONYA-2022

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tez çalışmamın başından sonuna kadar aşama aşama titizlikle takip eden, desteklerini ve önerilerini esirgemeyip yoluma ışık tutan, çok şey öğrendiğim, yanında çalışmaktan mutluluk duyduğum, tez sürecinin her aşamasında sorularıma büyük bir sabırla cevap veren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Halime Esra Meram'a,

Tüm çalışma süresinde beni motive eden, maddi ve manevi olarak destek olan, bu zorlu süreçte günlerimi güzelleştiren, hayatımın her döneminde ne zaman ihtiyacım olursa tüm kalbimle yanımda olacağını hep bildiğim ve her daim yanımda olan canım eşim İsmail Çelik'e,

Hayatıma girişiyle dünyaya daha güzel bakmamı sağlayan canım kızım Belis'e,

Bana her zaman inanan ve bu süreçte desteklerini hep yanımda hissettiğim canım kardeşlerim Yusuf Uğur'a ve Ebubekir Uğur'a,

Son olarak yolun başından sonuna kadar her zaman yanımda olan, benim bu günlere gelmemde çok büyük özveri, fedakârlık ve sabır gösteren, çocukları olmaktan gurur duyduğum, eşsiz destekçilerim canım annem Zeycan Uğur'a ve canım babam Hüseyin Uğur'a her zaman yanımda oldukları ve bana her daim destek oldukları için teşekkür ederim. İyi ki varsınız!

Ümmügülsüm Çelik

İÇİNDEKİLER

SİMGELER ve KISALTMALAR ..... **vii**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **viii**

ÖZET ..... **ix**

SUMMARY ..... **x**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Araştırmanın Amacı: 4

1.2. Araştırma Soruları 4

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1. Kadın Sağlığı 5

2.2 Toplumsal Cinsiyet 8

2.3. Toplumsal Cinsiyet Algısı 10

2.4. Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Kadın Sağlığı 10

2.5. Sağlık Arama Davranışı 15

2.6.Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Sağlık Arama Davranışı 20

2.7. Kadın Sağlığı ve Sağlık Arama Davranışında Hemşirelik Yaklaşımı 24

3. GEREÇ VE YÖNTEM **27**

3.1. Araştırmanın Türü 27

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri 27

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 27

3.4. Çalışma Grubu Seçim Kriterleri 28

3.4.1 Alınma Kriterleri 28

3.4.2. Dışlanma Kriterleri 28

3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları 28

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu 28

3.5.2. Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği 28

3.5.3. Kadın Sağlığı Anketi 29

3.5.4. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği 29

3.6. Ön Uygulama 30

3.7. Verilerin Toplanması 30

3.8. Araştırmanın Değişkenleri 30

3.8.1. Bağımlı Değişkenler 30

3.8.2. Bağımsız Değişkenler 31

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 31

3.10. Araştırmanın Etik Yönü 31
4.BULGULAR 33
4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik, Sağlık Özellikleri, TCAÖ, KSA, SADÖ ve Alt Boyutlarının Puan Düzeyi ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular 33
4.2. Sosyo-Demografik ve Sağlık Özelliklerine göre KSA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımına İlişkin Bulgular 39
4.3. Kadınların KSA Puanını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin İleri Analizine İlişkin Bulgular 51
4.4. Sosyo-Demografik ve Sağlık Özelliklerine göre SADÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımına İlişkin Bulgular 54
4.5. Kadınların SADÖ Puanını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin İleri Analizine İlişkin Bulgular 57
6.TARTIŞMA 59
5.1. Araştırma grubundaki kadınların sağlık özellikleri, TCAÖ, KSA, SADÖ ve alt boyutlarının puanları arasındaki ilişki ile ilgili bulguların tartışılması 59
5.2. Sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine göre KSA toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarının dağılımı ve KSA toplam puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin ileri analizine ilişkin bulguların tartışılması 65
5.3. Sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine göre SADÖ toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarının dağılımı ve SADÖ toplam puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin ileri analizine ilişkin bulguların tartışılması 70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 75
6. 1. Sonuçlar: 75
6.2. Öneriler: 76
6.KAYNAKLAR 78
8.EKLER 94
Ek-A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 94
Ek-B: Tanitici Bilgi Formu 94
Ek- C: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği 96
Ek-D: Kadın Sağlık Anketi 97
Ek-E: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği 99
Ek-F: Ölçek Kullanım İzinleri 101
Ek-G: Etik Kurul Onayı 104
EK-H:Kurum İzni 105
9. TURNİTİN RAPORU 106

10. ÖZGEÇMİŞ..... 115

SİMGELER ve KISALTMALAR

ANA	:	American Nursing Association
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
GPS	:	Gender Perception Scale
GI	:	Gastrointestinal
HSBS	:	Health Search Behavior Scale
KSA	:	Kadın Sağlığı Anketi
SADÖ	:	Sağlık Arama Davranışı Ölçeği
TCAÖ	:	Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	:	World Health Organization
WHQ	:	Women’s Health Questionnaire

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri (n: 260). 34
Tablo 4.2. Kadınların Sağlık Özellikleri (n: 260). 35
Tablo 4.3. Kadınların TCAO, KSA ve SADÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 260). 35
Tablo 4.4. Kadınların TCAÖ Toplam Puanının, KSA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanları ile İlişkisi (n: 260). 37
Tablo 4.5. Kadınların TCAÖ Toplam Puanının, SADÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanları ile İlişkisi (n: 260). 39
Tablo 4.6. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre KSA toplam puan ortalaması, KSA'nın Anksiyete Depresyon, Somatik Belirtiler, Somatopsişik, Somatik Bilişsel ve Gastrointestinal Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260)..... 40
Tablo 4.6. (Devam) Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre KSA toplam puan ortalaması, KSA'nın Anksiyete Depresyon, Somatik Belirtiler, Somatopsişik, Somatik Bilişsel ve Gastrointestinal Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260)..... 41
Tablo 4.6. (Devam) Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre KSA toplam puan ortalaması, KSA'nın Anksiyete Depresyon, Somatik Belirtiler, Somatopsişik, Somatik Bilişsel ve Gastrointestinal Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260)..... 42
Tablo 4.7. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göreArasındaki Farklılığın Test Edilmesi (n: 260)..... 44
Tablo 4.7. (Devamı) Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre KSA Benlik Saygısı, Çeşitli Anksiyete, İlgi İstek, Cinsel Doyum ve Menstruasyon Alt Boyutları Puanları Arasındaki Farklılığın Test Edilmesi (n: 260). 46
Tablo 4.8. Kadınların Sağlık Özelliklerine göre KSA toplam, Anksiyete Depresyon, Somatik Belirtiler, Somatopsişik, Somatik Bilişsel ve Gastrointestinal Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260). 48
Tablo 4.9. Kadınların Sağlık Özelliklerine göre KSA Benlik Saygısı, Çeşitli Anksiyete, İlgi İstek, Cinsel Doyum ve Menstruasyon Alt Boyutları Puanları Arasındaki Farklılığın Test Edilmesi (n: 260). 50
Tablo 4.10. Kadınların KSA Toplam Puanını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin İleri Analizi (Backward yöntemi). 52
Tablo 4.11.Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre SADÖ Toplam ve Alt Boyutların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260). 54
Tablo 4.11. (Devam) Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre SADÖ Toplam ve Alt Boyutların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260). 55
Tablo 4.12. Kadınların Sağlık Özelliklerine göre SADÖ toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260). 56
Tablo 4.13. Kadınların SADÖ Toplam Puanını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin İleri Analizi- Bacward selection..... 57

ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Üreme Çağındaki Kadınlarda Toplumsal Cinsiyet Algısının Kadın Sağlığı ve Sağlık Arama Davranışına Etkisi

ÜMMÜGÜLSÜM ÇELİK

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi / Konya -2022

Toplumsal cinsiyet algısı, yaşam boyunca önemli bir sağlık belirleyicisidir. Bu çalışma, üreme çağındaki kadınlarda toplumsal cinsiyet algısının kadın sağlığı ve sağlık arama davranışı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılan çalışmanın evrenini, 18-49 yaş aralığındaki bir üniversite hastanesinde kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmaya 260 kadın dâhil edilmiştir. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu, Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ), Kadın Sağlığı Anketi (KSA) ve Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (SADÖ) kullanılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, t testi, Varyans analizi (ANOVA), Pearson korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Kadınların %45'i 18-28 yaş aralığında ve %75,4'ü evliydi, %23,1'inin ise kronik hastalığı vardı. Kadınların, TCAÖ puan ortalamasının 85,62±19,70; KSA puan ortalamasının 44,45±17,83 (anksiyete-depresyon alt boyutu 7,08±4,18; somatik belirtiler alt boyutu 7,69±4,16; somatopsişik alt boyutu 7,71±3,52; somatik bilişsel alt boyutu 4,79±2,82; gastrointestinal alt boyutu 4,77±3,62; benlik saygısı alt boyutu 5,65±2,75; çeşitli anksiyete alt boyutu 2,09±1,60; ilgi istek alt boyutu 1,97±1,47; cinsel doyum alt boyutu 1,27±1,06 ve menstruasyon alt boyutu 1,72±1,07) ve SADO puan ortalamasının ise 40,95±9,76 (online sağlık arama davranışı alt boyutu 18,65±6,50; profesyonel sağlık arama davranışı alt boyutu 11,28±3,16 ve geleneksel sağlık arama davranışı alt boyutu 11,02±3,19) olduğu bulunmuştur. Kadınların TCAÖ toplam puanı ile KSA'nın ilgi istek alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu ($p<0,05$), TCAÖ toplam puanı ile SADÖ toplam puanı ve online sağlık arama davranışı alt boyut puanları arasında ise pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde; yaş, çalışma, öğrenim düzeyi, son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama, sürekli ilaç kullanım durumu ve genel sağlık durumu algısının kadınlarda KSA puanına ait değişimin %27'sini, TCAÖ toplam puanı, son bir ay içerisinde sağlık sorunu yaşama ve medeni durumun ise kadınlarda SADÖ puanına ait değişimin %9'unu açıkladığı saptanmıştır.

Sonuç olarak, kadınların toplumsal cinsiyet algılarının olumlu olması, kadınların sağlık durumunun daha iyi olması, sağlık şikâyetlerinin azalması ve sağlık arama davranışının artması ile sonuçlanmaktadır. Sağlık profesyonellerinin, kadınların sağlık durumları ve sağlık arama davranışlarını değerlendirmeleri, kadınları uygun sağlık hizmetlerine yönlendirilmeleri ve buna yönelik sağlık eğitimi ya da danışmanlık hizmeti sunmaları önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kadın Sağlığı, Sağlık Arama Davranışı, Toplumsal Cinsiyet.

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY

SELCUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTES

The Effect of Gender Perception on Women's Health and Health Seeking Behavior among Women of Reproductive Age

ÜMMÜGÜLSÜM ÇELİK

Nursing Department

MASTER THESIS /KONYA-2022

Gender perception is an important determinant of health throughout life. This study was conducted to determine the effect of gender perception on women's health and health-seeking behavior in women of reproductive age.

The set of the descriptive and relationship-seeking type of study is composed of women between the ages of 18-49 who are admitted to the obstetrics and gynecology clinic at a university hospital. 260 women were included in the study. In collecting the data, the questionnaire form created by the researcher, the Gender Perception Scale (GPS), the Women's Health Questionnaire (WHQ) and the Health Search Behavior Scale (HSBS) were used. The data were collected by the researcher using the face-to-face interview technique. In the analysis of the data, Number, percentage, mean and standard deviation, T-test, analysis of variance (Anova), Pearson correlation analysis and multiple regression analysis were used.

45% of the women in the age range of 18-28 years and 75.4% were married, while 23.1% had a chronic illness. Women, on average GPS 85,62±19,70; WHQ average 44,45±17,83 (anxiety-depression of the bottom of the size 7,08±4,18; somatic symptoms, lower size 7,69±4,16; somatopsychic sub-dimensions 7,71±3,52; somatic cognitive sub-dimension 4,79±2,82; the subscale of the gastrointestinal 4,77±3,62; subscale of self-esteem 5,65±2,75; subscale of anxiety 2.09±1.60; subscale of interest 1,97±1,47; subscale sexual satisfaction 1.27±1.06 and subscale of menstruation 1,72±1.07) and an average of points of HSBS 40,95±9,76 (online health-seeking behavior of sub-size 18,65±6,50; professional health seeking behavior of sub-size 11,28±3,16 and traditional health seeking behavior subscale 11,02±3,19) was found. It was determined that there was a negative and weak relationship between the total score of women's GPS and the GPS subscale of WHQ ($p<0.05$), and there was a positive and weak relationship between the total score of GPS and the total score of HSBS and the online health search behavior subscale scores ($p<0.05$). In the further analysis carried out; Age, Work, Education Level, suffering from health problems in the past month, continuous use of medication, and perception of general health status scores of women of 27% WHQ score, GPS total score had caused health problems in the last month and marital life have caused 9% change in HSBS score.

As a result, women's gender perceptions are positive, women's health status is better, health complaints are decelerated and health seeking behavior is increased. Health professionals, health services, health status and health seeking behavior of women in their assessments and their referral to appropriate counseling services for women it is important to provide education or health.

Keywords: health-seeking behavior, Gender, women's health.

1. GİRİŞ

Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet birbiriyle karıştırılan kavramlardır. İnsanın erkek ve kadın olarak biyolojik statüsü cinsiyet olarak ifade edilirken, doğumdan sonra çocuk yetiştirilirken toplumun cinsiyete özgü belirlediği rollere bağlı olarak kız veya erkek çocuk olmayı öğrenmesi toplumsal cinsiyetle ilişkilidir (Munoz ve ark 2013, Darmstadt ve ark 2019, Katherine ve ark 2019). Toplumsal cinsiyet, kadınların ve erkeklerin nasıl davranmaları, düşünmeleri ya da hissetmeleri gerektiği hakkında toplumlarda erkek ve kadına yönelik olarak düşünülen görevler, davranışlar bütünüdür (Munoz ve ark 2013, Heise ve ark 2019).

Kadın ve erkeklerle özdeştirilen farklı roller; toplumsal cinsiyet rolleri olarak adlandırılmaktadır (Dökmen 2012, Bárbara ve ark 2020). Her toplum, kadınlara ve erkeklere farklı görevler, roller ve sosyal pozisyonlar atandığı bir sistem yaratmakta ve bunu sürdürmeleri beklenmektedir. Bireylerin, toplumsal değer yargıları temelinde cinsiyet rollerine göre davranmaları beklenmektedir (Lundgren ve ark 2018, Darmstadt ve ark 2019). Kadınlara ve erkeklere verilen rollere bakıldığında, erkeklere verilen roller ataerkil toplumlarda verilen değer sebebiyle daha önemli görülürken, kadınlara verilen roller ikinci plana atılmıştır (Cangöz 2013). Kadınların cinsiyet rollerinin hayatlarının gidişatını etkilediği düşünülmektedir. Çocuk sahibi olan kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, eşitlikçi cinsiyet rol algısına sahip olan kadınların daha yüksek oranda üniversite mezunu, işgücüne katılım olasılığının daha fazla, daha düşük evlilik ve daha az çocuk doğurma oranlarına sahip olduğu ve aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Lendon ve Silverstein 2012). Toplumsal cinsiyet rolleri yaşam boyunca önemli bir sağlık belirleyicisidir. Kadın sağlığını toplumsal cinsiyet rollerinden ayrı düşünmek mümkün değildir ve toplumsal cinsiyet rolleri kadınların sağlığında önemli rol oynamaktadır (Kaya 2011, Sánchez ve ark 2012). Toplumsal cinsiyet yoluyla, kadınlara ve erkeklere genellikle aileleri ve toplum içinde sağlık sonuçlarını etkileyen belirli roller ve sorumluluklar verilmektedir (Sossou 2011).

Kadın sağlığı; doğum öncesi bakım alma, kontraseptif yöntem kullanımı ve erişim kolaylığı, hastanede doğum yapma, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve kadının eğitim hayatı, iş gücüne katılım durumları gibi bütün hayatını içine alan çok geniş bir kavramdır (DSÖ 2016). Dünya geneline bakıldığında, kadınların ortalama

yaşam sürelerinin erkeklerden daha uzun olduğu görülmektedir. Ayrıca kadınların erkeklerden daha kötü sağlık durumuna sahip olduğu bildirilmektedir (Alberts ve ark 2014, Tomioka ve ark 2017). Sağlığın çok çeşitli toplumsal cinsiyet rollerinden oluşmakta olduğu bilinmektedir (Annandale ve Hammarström 2011). Kadınların sağlık durumları ve sonuçları toplumsal cinsiyetten etkilenmektedir (Annandale ve Hammarström 2011, Tomioka ve ark 2017).

Tarihe bakıldığında, toplumsal cinsiyetin sağlığı etkilediğine dair araştırmalar yapılmış ve bu araştırmalarda kadınlığı kötü sağlıkla ve erkekliği iyi sağlıklılıkla ilişkilendirmişlerdir. Toplumsal cinsiyet ve sağlıkla ilgili bu tarihsel kavramlar, kadınlığı kırılganlık ve zayıflık ile erkekliği metanetle bağdaştırmaktadır. Kadınlar hastalığa, histeriye ve hormonal dengesizliklere daha duyarlı görülmekte ve bu nedenle daha çok doktor gözetimine ve tedaviye ihtiyaç duymaktadırlar. Kadınlar kırılgan ve aşırı duygusal olarak algılandığı için kadınların sağlığıyla ilgili şikâyetleri çoğu zaman abartılı olarak yorumlanmış ve hastalık semptomlarının fiziksel nedenlerden çok psikosomatik nedenlerden olduğu düşünülmüştür (Campos ve ark 2013, Samulowitz ark 2018). Sosyo-ekonomik durum farklılıkları, koruyucu ve zararlı olan sağlık davranış farklılıkları ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişim farklılıkları toplumsal cinsiyetin sağlık sistemini nasıl etkileyebileceğini göstermektedir. Kadınlar, toplumsal cinsiyet rolleri ve sorumlulukları nedeniyle sağlık risklerine ve tehlikelere maruz kalmaktadır (Campos ve ark 2013, Hawkes ve Buse 2013). Ayrıca kadınların, toplumsal cinsiyete göre belirlenmiş ev içi sorumluluklarından dolayı sağlık riskleri yaşadıkları bildirilmektedir (UNICEF 2017, Samulowitz 2018). Bu bağlamda, toplumsal cinsiyet algısı kadınların hem sağlığını hem de sağlık arama davranışını etkilemektedir (Travis 2012, Campos ve ark 2013, Baumann ve ark 2017).

Sağlıklı toplumun oluşması için sağlık arama davranışı önemli bir kavramdır. Sağlık arama davranışı, insanların sağlık sorunları ve genel sağlık durumları ile ilgili en uygun çözümü bulmak ve genel sağlık durumunu geliştirmek için yaptıkları davranışlar olarak adlandırılmaktadır (Musoke ve ark 2014, Bhuiya 2016). Araştırmalar, kadınların sağlık arama davranışlarının, toplumsal cinsiyet algısı, sosyoekonomik durum, yaş ve cinsiyetten etkilendiğini göstermektedir (Samal 2016, Chan ve ark 2018). Sağlık arama davranışlarına ilişkin toplumsal cinsiyet normları,

bireylerin maddi kaynakları, zaman ve hareket etme gücü ve bakım arama becerisiyle birleştiğini göstermektedir (Sen ve Iyer 2012, Das ve ark 2018). Sağlık arama davranışı, toplumsal cinsiyet algısından bireylerin özelliklerinden (cinsiyet, yaş, eğitim gibi), kültürel ortamın özelliklerinden (sağlık ve hastalıkla ilgili kavramlar gibi), hastalığın özelliklerinden (şikâyet türü, şiddeti, akut veya kronik olma durumu gibi) ve sağlık hizmetinin özelliklerinden (erişilebilirlik, maliyetler, bakım kalitesi ve bekleme süreleri gibi) etkilenmektedir (Bhuiya 2016, Samal 2016, Baumann ve ark 2017).

Literatürde, kadınların hem fiziksel hem de zihinsel sağlık kaygılarına yanıt olarak daha fazla sağlık arama davranışı gösterdiği ve kadınların toplumsal cinsiyet algılarının, yaşının, eğitim düzeyinin, ikamet ettiği yerin, karar alma özerkliğinin, sosyo-kültürel uygulamaları ve normların, sağlık inançlarının ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin kadınlar arasında nitelikli sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilediği bildirilmektedir (Månsdotter ve ark 2012, Kluagman ve ark 2014, Shahabuddin ve ark 2015). Ayrıca, literatürde toplumsal cinsiyet algıları olumlu olan kadınların, olumsuz olan kadınlara göre daha iyi sağlık durumları olduğu bildirilmektedir. Kadınların riskli sağlık davranışları da bu bulguyu desteklemektedir (Månsdotter ve ark 2012, Shahabuddin ve ark 2015). Kluagman ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir araştırmaya göre, kadınlar sağlık hizmetlerine ulaşmak için, kocalarından, ebeveynlerinden hatta kayınvalidelerinden onam almaları gerektiğini bildirdikleri gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise, kadınların eşlerine sormadan hastaneye gidemediği, yalnızca kadın hekimlere muayene olabildiği, eşinin onayı olmadan herhangi bir kontraseptif yöntemi kullanamadığı ve bunun gibi sağlık hizmetlerine erişim sorunları yaşadıkları belirtilmektedir (Kitiş ve Bilgici 2007).

Literatürde, üreme çağındaki kadınlarda toplumsal cinsiyet algısının kadın sağlığı ve sağlık arama davranışı üzerine etkisini birlikte inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma, üreme çağındaki kadınlarda toplumsal cinsiyet algısının kadın sağlığı ve sağlık arama davranışına etkisini belirlemek amacıyla yapılan ilk çalışma olacaktır. Sağlık sonuçlarını iyileştirmek ve doğru kanıtlar üretmek için toplumsal cinsiyet, sağlık araştırmalarında dikkate alınması gereken temel unsurdur (Coen ve Banıster 2012, Legato ve ark 2016). Bu bağlamda, bu çalışma, kadın sağlığına ve literatüre sağlayacağı katkıdan dolayı önemlidir.

1.1.Araştırmanın Amacı:

Üreme çağındaki kadınlarda toplumsal cinsiyet algısının kadın sağlığı ve sağlık arama davranışı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

1. Kadınların toplumsal cinsiyet algısı, kadın sağlığı ve sağlık arama davranışı düzeyleri nedir?

2. Kadınların sosyo-demografik ve sağlık durumu ile ilgili özelliklerine göre sağlık düzeyleri ve sağlık arama davranışı değişmekte midir?

3. Kadınların toplumsal cinsiyet algısı, kadın sağlığı ve sağlık arama davranışları arasında ilişki var mıdır?

4. Kadınların sağlığını ve sağlık arama davranışı düzeylerini belirleyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Sağlığı

WHO (2019) verilerine göre, dünya genelinde nüfusun %49,5'ini kadınlar, ülkemizde ise TÜİK (2021) verilerine göre nüfusun %49,9'unu kadınların oluşturduğu görülmektedir. TUİK 2019 verilerine göre, doğuştan beklenen yaşam süresi incelendiğinde, bu sürenin kadınlarda 81,3, erkeklerde ise 75,9 olduğu görülmektedir. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşamakta olduğu saptanmıştır (TUİK 2019). Kadınlar erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres deneyimlemelerine rağmen kadınlarda doğuştan beklenen yaşam süresinin erkeklerden daha fazla olduğu bildirilmektedir (Bonnema 2010, Lehnert ve ark 2017). Son yıllarda yapılan çalışmalar; kadınların erkeklere göre sağlık sorunlarının ve sağlık bakım gereksinimlerinin farklı olduğunu göstermektedir (Sauer 2015, Glaiser 2019).

Kadın sağlığı, genel sağlığın tanımına göre kadının ruhsal, fiziksel, emosyonel ve sosyal yönden sağlıklı olması olarak tanımlanmıştır (Şirin ve Kavlak 2015, Buss ve ark 2020). Kadın sağlığı, fetal hayatla başlayıp kadının tüm yaşamı boyunca var olan bir kavramdır (Özbaş ve Özkan 2010, Eroğlu ve Koç 2012). Kadın sağlığı yalnızca fizyolojiden değil, toplumsal statüden, ekonomiden, sosyo-politik durumdan, toplumsal cinsiyet algısından, aile ve sosyal ilişkilerden, toplum ve ailenin oluşturduğu psikososyal faktörlerden ve sağlık hizmetleri gibi birçok faktör etkilemektedir (Şirin ve Kavlak 2015, Glaiser 2019).

Kadınlar, herhangi bir ülkenin sosyal ve ekonomik kalkınmasında kilit rol oynayan en önemli nüfus gruplarından biri olarak kabul edilmektedir. Bir toplumun gelişmişlik seviyesi sosyo-ekonomik durumun dışında sağlık göstergeleri ile belirlenmektedir (Davidson 2011, Lehnert ve ark 2017). Gelişmekte olan ülkelerde sağlık sonuçlarının istenilen düzeyde olmaması kadın sağlığının bu ülkelerde iyi olmadığını göstermektedir. Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi kadın sağlığının en iyi duruma getirilmesi ile mümkündür. Bu nedenle, kadınların sağlık ihtiyaçlarının ele alınması, toplumun daha sağlıklı olması demektir ve kadın sağlığı özel olarak ilgilenilmesi gereken bir konudur. (Tözün 2014, Lehnert ve ark 2017, WHO 2019). Kadının toplumsal statüsü, toplumsal cinsiyet rol algısı ve toplumsal eşitsizlikler kadının sağlık durumunun belirleyicileri arasında yer almaktadır (Heise

ve ark 2019). Kadınların kendi sağlık durumlarının farkında olmaları, hastalık belirtilerini bilmeleri ve sağlık kurumlarını başvuru yapabilmeleri kadın sağlığı için önem arz etmektedir (Sauer 2015, Lehnert ve ark 2017).

Kadın sağlığında üreme çağı (15-49 yaş arası dönem) önemli bir dönemdir (Bonnema 2010, Glaiser ve ark 2019). Üreme çağındaki kadınlarda sık görülen sağlık sorunları ve nedenleri aşağıda sıralanmıştır. Buna göre sık görülen sağlık sorunları;

- Anne ölümleri,

-Gebelik, doğum, doğum sonu komplikasyonlar,

- İstenmeyen gebelikler,

- Gebelik komplikasyonları,

- Düşükler,

- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE),

- Genital yol enfeksiyonları,

- Güvenli olmayan seks

- Cinsel taciz/ istismar,

- Anemi/beslenme bozukluğu,

Nedenler ise;

- Şiddet,

- Üreme sağlığı hizmetleri alamama,

- Toplumsal statü sorunları, toplumsal baskı, toplumsal cinsiyet rolleri, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri,

-Cinsiyet temelli şiddet,

- Hizmetlerden mahrum bırakılma olarak sıralanmaktadır (WHO 2015, Glaiser 2019).

Üreme çağındaki kadınlarda sık görülen sağlık sorunları ve nedenleri ile ilgili uluslararası ve ulusal veriler aşağıda özetlenmiştir:

- Kadınlar arasındaki cinsel sorunlara belirlemek için Türkiye' ninde olduğu 29 ülkede 27.500 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, cinsel isteksizlik (%32), orgazm problemleri (%25) ve yetersiz lubrikasyon (%24) sorunları yaşadıkları belirlenmiştir (Lauman ve ark 2003). Amerika Birleşik Devletleri'nde 18–44 yaş aralığındaki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların %8,9'unda cinsel ilgi bozukluğu olduğu saptanmıştır (Clayton ve ark 2019). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da; kadınların %45,6'sında cinsel sağlık sorunlarının olduğu belirlenmiştir (Ege ve Akın 2010).

- DSÖ, kadınlarda güvenli olmayan seksi, en yoksul topluluklarda hastalık, sakatlık veya ölüm için ikinci en önemli risk faktörü ve gelişmiş ülkelerde dokuzuncu en önemli risk faktörü olarak tanımlamıştır (WHO 2015).

- Dünya genelinde 20 milyondan fazla kadının karşılanmamış bir kontrasepsiyon ihtiyacı olduğu bildirilmekte ve her yıl milyonlarca kadının, sonlandırılan veya istenmeyen gebelikler yaşadığı, birçok kadının istenmeyen gebelikler nedeniyle kürtaj olduğu, kadınların yarısından fazlasının ise güvenli olmayan kürtaj yöntemleri nedeniyle hayatını kaybettiği görülmektedir (WHO 2015).

- 25 yaş ve altındaki kadınları etkilemekte olan cinsel yolla bulaşan bakteriyel ve protozoa enfeksiyonları daha çok gelişmekte olan ülkelerde görülmekte ve her yıl milyonlarca yeni vakanın ortaya çıktığı bildirilmektedir (WHO 2004, Glaiser 2019).

- Kadın sağlığını etkileyen diğer bir problemde üriner inkontinansdır. Üriner inkontinansın dünya da kadınların üçte birinde Türkiye'de ise kadınların %20.5-68.8'inde ve kadınlarda erkeklere göre 2-5 kat daha çok görülmektedir (Topuz 2015,Özcan ve ark 2016, Özkan ve ark 2021).

- Üreme çağındaki kadın ölüm nedenlerine bakıldığında HIV enfeksiyonu ve serviks kanserleri olduğu saptanmıştır (Glaiser 2019)

- "Türkiye Üreme Sağlığı Programı" kapsamında yapılan araştırma sonucunda da en sık görülen kadın ölümleri arasında anne ölümleri yer almaktadır. Kanserler dışındaki çoğu kadın ölümleri (anne ölümleri de dâhil) önlenebilir niteliktedir (Demirgöz 2014).

- Kadınlarda depresyon görülme oranı, erkeklerin yaklaşık 2 katıdır. Bunun sebebi, kadınların yaşam sürelerinin daha uzun olması ve bu süre boyunca daha fazla hastalıkla karşılaşmaları olduğu düşünülmektedir. Diğer bir sebebi ise kadınların üreme çağı hastalıklarına erkeklere göre daha çok maruz kalmalarından dolayı üreme sağlığı sorunlarının kadınlarda daha çok stres ve aksiyete yaratması olarak saptanmıştır (WHO 2008, Glaiser 2019).

- Her altı kadından biri tarafından bildirilen fiziksel ve cinsel şiddet üreme çağındaki kadınlarda sağlık sorunlarının çoğunun altında yatan risk faktörü olduğu bildirilmektedir. (WHO 2004, Glaiser 2019). Ülkemizde, her 10 kadından 4'ünün fiziksel şiddete uğradığı ve evli kadınların %15'inin cinsel şiddete uğradığı bildirilmektedir (ICON 2009).

Bu bağlamda kadın sağlığı ile ilgili sonuçların uluslararası ve ulusal verilerde benzerlik gösterdiği görülmektedir. Kadınlar dünya nüfusunun yaklaşık yarısını oluşturmalarına karşın, kadınlar şiddete, toplumsal cinsiyet eşitsizliğine, fiziksel, emosyonel ve psikososyal sağlık sorunlarına daha çok maruz kalmaktadır. Bu nedenle, kadınlarda sağlığı etkileyen risk faktörlerinin belirlenerek koruyucu önlemlere yönelik sağlık hizmetinin sunulması ve sağlık sorunlarının erken dönemde belirlenip sağlık kurumlarına yönlendirmelerin yapılması önemlidir (Eroğlu ve Koç 2012, Sauer 2015, Buss ve ark 2020).

2.2 Toplumsal Cinsiyet

Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet genel olarak birbirinin yerine kullanılsa da farklı anlamlar taşımaktadır. Cinsiyet (sex), organizmaları kadın ve erkek olarak ayıran biyolojik farklılıklardır. Cinsiyet, görünüş, fizyoloji, nöroendokrin, davranışsal ve metabolik sistemleri etkileyen cinsel özelliklerdeki farklılıkları

tanımlar bir başka değişle cinsiyet doğuştan gelen biyolojik olarak kadın ve erkek olarak ayrılan cinsiyeti tanımlamaktadır (Arboleda ve ark 2014, Pesen ve ark 2016).

Toplumsal cinsiyet(gender), kadın ve erkeğin toplum ve aile içindeki sorumluluklarını, tüm insanlar için rolleri, ilişkileri, beklentilerini, kimlikleri ve konumuna yönelik toplumun algısını, toplumsal güce dayanan ve sosyal olarak oluşturulmuş normları ifade etmektedir (Aydın ve ark 2016, Legato ve ark 2016, Shannon ve ark 2019). Toplumsal cinsiyet normları, nasıl davranmaları, görünmeleri ve hatta düşünmeleri veya hissetmeleri gerektiği hakkında konuşulan ve söylenmeyen kurallardır. Toplumsal cinsiyet normlarının; ailelerde, topluluklarda, okullarda, işyerlerinde, kurumlarda ve medyada bile etkisi görülmektedir (Kågesten ve ark 2016, Lundgren ve ark 2018). Cinsiyet doğumla kazanılırken toplumsal cinsiyet yaş ilerledikçe toplumsallaşma ile başlamaktadır (Öngen ve Aytaç 2013, Kahraman ve ark 2014, Pol ve ark 2015). Toplumsal cinsiyet, kadınları ve erkekleri tanımlayan biyolojik ve fiziksel özellikler olan cinsiyetle etkileşime girmektedir (Arboleda ve ark 2014, Shannon ve ark 2019). Toplumsal cinsiyet, bireylerin beslenme, sigara kullanımı, fiziksel aktivite ve algılanan stres dâhil olmak üzere günlük eylemlerini, sağlık ve hastalık duyarlılığını, beklentilerini ve deneyimlerini etkileyen toplumdaki kadın ve erkekler tarafından uygulanan davranış normlarını temsil etmektedir. Toplumsal cinsiyet, kadınlar ve erkekler için farklı beklenti ve fırsatları tanımlayan sosyal normları şekillendirmekte ve toplumdaki siyasi, eğitimsel ve sosyal kurumlarda erkek ve kadınlar arasındaki güç dağılımını yansıtmaktadır (Berktay 2014). Toplumlardaki kültür, din ve ekonomi; toplumda kadın ve erkek için tanımlanan toplumsal cinsiyet kalıplarını oluşturmaktadır (Berktay 2014, Dinç ve Çalışkan 2016).

Toplumsal cinsiyet her toplum ve kültürde değişkenlik göstermektedir ve bu değişkenlik kadın ve erkek arasında güç ve rol paylaşımına sebep olmaktadır. Genel olarak kadınlar erkeklere göre daha az avantaja sahip konumdadır (Öngen ve Aytaç 2013, Dinç ve Çalışkan 2016) Toplumsal cinsiyet, öğrenilen ve kültürel bir kavramdır. İnsanlar toplumsal cinsiyeti sosyalleşerek ve kültürel yapının içinde öğrenirler. Toplumsal cinsiyet kadın ve erkeklerin iş seçimi, hayatını nasıl devam ettireceği, aile içindeki rol ve sorumluluklarını, evlilik yaşını, sağlık durumlarını ve birçok şeyi etkilemektedir (Şimşek 2011, Öngen ve Aytaç 2013). Ailede öğrenilen

cinsiyet normları daha sonra toplumda, okulda ve medya tarafından pekiştirilmekte veya sorgulanmaktadır (Pol ve ark 2015, C Yu ve ark, 2017). Toplumsal cinsiyet, yaşam boyunca bireylerin tutum, fırsat, deneyim ve davranışlarını güçlü bir şekilde şekillendirerek sağlık durumlarını da etkilemektedir (Connel 2012, Heise ve ark 2019).

2.3. Toplumsal Cinsiyet Algısı

Toplumsal cinsiyet algısı, toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Toplumsal cinsiyet algısı her toplumda ve kültürde farklı olarak görülmektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri zamanla tüm toplumca kabul görmekte ve kabul gören bu roller toplumsal cinsiyet algısını oluşturmaktadır (Özkan 2014, Elgün ve Yeniçeri 2017). Toplumsal cinsiyet rollerine bakıldığında erkekler korkusuzluk, güç, özgürlük ve saldırganlık gibi daha aktif roller ile bağdaştırılmıştır. Kadınlar ise merhamet, duygusallık ve bağımlı olma gibi daha pasif roller ile bağdaştırılmıştır. Toplum da bu rollere göre şekillenmektedir (Özçatal 2011, Uşen ve Delen 2011, C Yu ve ark 2017). Toplumsal cinsiyet algısı, toplumdaki kadın algısını şekillendirmektedir. Toplumsal cinsiyet algısına göre kadın ve erkeğe uyan davranışları yapmaları beklenmektedir. Bu durum, kadının doğurganlık özelliğinden dolayı yani anne olmasıyla ilişkilidir. Toplumsal cinsiyet algısında, erkeklerin çalışıp evi geçindirmeleri kadınların ise ev işlerini yapmaları beklenmiş fakat çalışan kadınlar için de bu durum değişmemiş ve ev işlerinin yine kadınlar tarafından yapması beklenmiştir. Toplumsal cinsiyet algısına göre erkekler ve kadınlar arasında eşitlik farkı ortaya çıkmaktadır. Bu durum, da kadınlar için eğitim, sağlık, ekonomi ve toplumsal statü gibi birçok durumda dezavantaj oluşturmaktadır (Özaydınlık 2014, Durgun ve Gök 2017, Ziya Gencer ve ark 2019).

2.4. Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Kadın Sağlığı

Toplumsal cinsiyet, insan sağlığında biyolojik cinsiyet kadar önemli bir değişkendir ve sağlık hizmeti sunanların ve hastaların davranışlarını etkilemektedir (Pelletier ve ark 2015, Pelletier ve ark 2016). Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet, sağlık ve hastalık durumunda karşılıklı olarak birbiriyle ilişkilidir (Connel 2012, Boudet ve ark 2013, Regitz ve ark 2016). Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet, moleküler ve hücresel süreçleri, klinik özellikleri, tedavilere yanıtı, sağlığı ve hastalığı etkilemektedir (Legato ve ark 2016). Toplumsal cinsiyet algısı ve cinsiyetle ilgili davranışlar; kadın

ve erkelerin sağlık davranışlarını çeşitli şekillerde etkilemekte ve çeşitli hastalıklarda riske maruz kalma durumunu arttırabilmekte veya önleyici davranışlara katkıda bulunabilmektedir (Pelletier ve ark 2015, Regitz ve ark 2016). Toplumsal cinsiyet yaşam boyunca diğer sosyal faktörlerle birleşerek sağlığı etkilemektedir. Toplumsal cinsiyet, bireylerin maruz kaldıkları fiziksel ve sosyal çevreyi, sağlığı etkileyen kaynaklara erişimi, sağlık hizmeti arama ve tedavi alma durumunu etkileyen sağlıkla ilgili önemli belirleyicilerden biridir (Miller ve ark 2011, Springer ve ark 2012, Demirgöz 2014).

Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet, insan sağlığı ve hastalıkları üzerindeki etkisi yeterince çalışılmayan bir konudur ve sağlıkta yeterince kullanılmamaktadır (Miller ve ark 2011, Springer ve ark 2012, Hay ve ark 2019). Sağlık konusunda cinsiyet ve toplumsal cinsiyeti ayırma çabaları hala eksiktir. Bu nedenle genel olarak sadece kadın ve erkek cinsiyeti arasındaki farklara atıfta bulunulmaktadır (Schiebinger ve ark 2011, Franck ve ark 2020). Toplumsal cinsiyet algısı, sağlığı biyolojik cinsiyetten farklı şekilde etkilemektedir. Örneğin, erkeklerin daha agresif davranışlara yatkın olması, erkeklerin kadınlara göre sağlıksız yaşam biçimi davranışlarını (sigara, alkol ve madde kullanımı gibi) daha çok benimsemesine ve sağlıklarıyla ilgili daha fazla riskli davranış sergilemelerine yol açarken, kadınlarda ise güzel görünme ile ilgili toplumsal cinsiyet algısı erkeklere göre kadınlarda daha fazla yeme bozukluklarına bağlı sağlık sorunlarının yaşanmasına neden olmaktadır (Franck ve ark 2020, Jarvis ve ark 2020). Bu nedenle sağlık stratejileri oluşturmak, hastalıkları önlemek ve daha iyi bir sağlık anlayışı oluşturmak için sağlık ve toplumsal cinsiyet kavramlarının birlikte ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Şahin 2011, Bairey ve ark 2017). Sağlık alanındaki araştırmalara bakıldığında araştırmaların genellikle erkekler üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Kadınlar daha çok erkekler üzerindeki araştırmalara göre değerlendirilmiştir. Erkekler ve kadınlar üzerinde hem biyolojik hem de toplumsal cinsiyet açısından farklılıklar, bu araştırmaların kadın sağlığı üzerinde de arttırılması ve yoğunlaşılması gerektiğini göstermektedir (Akın 2010, Şahin 2011). Sağlık alanında toplumsal cinsiyetin önemine ilişkin araştırmacıların ve sağlık hizmeti sunanların inançları, tutumları ve bilgilerine ihtiyaç duyulmaktadır (Schiebinger ve ark 2011, Bairey ve ark 2017).

Olumsuz toplumsal cinsiyet algısına bağlı kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığı kötü anlamda etkilenmekte ve buna bağlı sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri azalmaktadır. Bu bağlamda, kadınlarda anksiyete, depresyon, somatik sorunlar, somatopsişik belirtiler, düşük benlik saygısı, gastroinstetinal sorunlar, menstruasyon sorunları ve cinsel doyum ile ilgili birçok sorun yaşanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, toplumsal cinsiyet algısının ve sosyal desteğin ruh sağlığı üzerinde etkileri olduğu gösterilmektedir (Thoits 2011 , Hu ve ark 2015 , Werner ve ark 2017). DSÖ'ye göre depresyonun dünya çapında 350 milyon insanı etkilediğini ve kadınların depresyon yaşama olasılığının erkeklere göre iki kat olduğu görülmektedir (Velde ve ark 2010, WHO 2012). Patil ve ark. (2018) yaptığı bir çalışmada, toplumsal cinsiyetin depresyon için büyük risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri veya kadınların güç eksikliğinin, kadınlarda daha fazla depresyona yol açtığı bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde, toplumsal refah düzeyi, kadın ve erkek arasındaki eşitlikçi yaklaşım ve kadının toplumsal statüsünün yüksek olması kadınlarda olumlu toplumsal cinsiyet algısının daha yüksek olmasına ve buna bağlı depresyon gibi psikiyatrik sorunların daha az deneyimlenmesine yol açtığı görülmektedir (Thoits 2011, Hu ve ark 2015). Az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde ise, gelişmiş ülkelerin aksine olumsuz toplumsal cinsiyet algısına bağlı kadınların sosyal statüsünü baskılayıcı yaklaşım artmakta ve buna bağlı kadınlarda psikiyatrik sorunlara yatkınlığın ve bu sorunların yaşanma sıklığının arttığı bildirilmektedir (Wood ve Eagly 2012, Salk 2017). Toplumsal cinsiyete dayalı yapılan araştırmalarda, kadınların yaşam boyu daha yüksek anksiyete ve duygu durum bozuklukları deneyimledikleri ve olumsuz toplumsal cinsiyet algısının bu örüntüye katkıda bulunduğu göstermiştir (Kira ve ark 2017).

Toplumsal cinsiyet algısı, sosyo-kültürel etkenler ve çevresel faktörler kadınlarda somatik belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynamaktadır. Somatik belirtiler için olası risk faktörleri; kadın cinsiyeti, eğitim düzeyinin yetersiz olması, düşük sosyo-ekonomik durum ve olumsuz toplumsal cinsiyet algısıdır. Duyguları dışa vurmanın ayıplandığı toplumlarda yetişen kadınlar, somatik problemler açısından riskli gruplar arasında yer almaktadır (Limburg ve ark 2017, Çetin ve Varma 2021). Amerikan Psikiyatri Birliği (2013), somotik belirti bozukluklarının prevalansının genel popülasyonda %5-7 arasında olduğunu tahmin etmektedir. Somotik problemler, kadınlarda erkeklere göre 5-10 kat daha fazla ve daha çok 20-30

yaşları arasında görülmektedir. Bu durumun, toplumsal cinsiyete bağlı bir farklılık ya da kültürel farklılıkların bir yansıması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Elbi ve ark 2019, Yüksel 2020). Somatik belirtiler, kadınların yaşam kalitesinin azalmasına ve sağlık hizmetleri için harcanan maliyetin artırmasına neden olmaktadır (Morabito ve ark 2020). Kaya ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları bir çalışmada, ataerkil toplum yapısı ve çocukluktan itibaren pasif pozisyonda yetiştirilmenin, kadınlarda somatizasyon bozukluklarının daha sık görülmesine neden olabileceği vurgulanmıştır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada, somatizasyon bozukluğu olan kadınların olmayan kadınlara göre çocuklukta daha fazla travmaya (ihmal ve istismar gibi) sahip olduğu gösterilmiştir (Taycan ve ark 2014).

Toplumda kadınlara daha az değer verilmesi ve kadınların özgürlüklerinin kısıtlanması olumsuz toplumsal cinsiyet algısına yol açmakta ve kadınlarda daha düşük benlik saygısına sebep olmaktadır. Toplumsal cinsiyet algısı kadınlar üzerinde güzellik ideali oluşturmakta ve arzulanan ile gerçek beden arasında bir uyumsuzluğa yol açmaktadır**.** Bu durum, kadınlarda düşük benlik saygısının yanı sıra depresyon ve yeme bozukluklarına da neden olmaktadır (Weaver ve Byers 2013, Shemesh ve ark 2018). Araştırmalarda, kadınlar genellikle daha olumsuz bir beden imajı bildirirken, erkekler kadınlara göre daha olumlu bir beden imajı bildirmektedir. Kadınların erkelere göre toplumsal baskıdan dolayı fiziksel görünümleri hakkında daha fazla eleştirildiği, bu durumdan olumsuz olarak daha fazla etkilendiği ve benlik saygılarının düştüğü bildirilmektedir (Flament ve ark 2012, Weaver ve Byers 2013). Toplumsal cinsiyet algısı ile ilgili yapılan çalışmalarda, olumsuz toplumsal cinsiyet algısı (Kaya ve Uysal 2015, Park ve ark 2017, Kim ve Park 2018) ve cinsiyet ayrımcılığının kadınlarda daha düşük benlik saygısına sebep olduğu saptanmıştır (Park ve ark 2017, Kim ve Park 2018). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise, kadınların beden imajları hakkında erkeklere göre daha sık düşündükleri ve bu düşüncelere bağlı kadınlarda kaygı düzeyinin arttığı ve bu durumun daha düşük bir benlik saygısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Purdon ve Holdaway 2006).

Literatürde kadınların gastrointestinal sorunları erkeklere göre daha çok deneyimledikleri saptanmıştır (Cheney 2011, Smink ve ark 2014, Boeckxstaens ve ark 2016, Sperder 2017, Keefer 2018). Bu durumun, kadınların erkeklere göre

psikolojik hassasiyetinin yüksek olması, cinsiyet rolleri, toplumsal cinsiyet ve sosyokültürel farklılıklar gibi faktörlerden kaynaklanabildiği bildirilmektedir (Choghakhori ve ark 2017,Houghton ve ark 2017). Yapılan çalışmalarda, kadınların gastrointestinal sorunlardan sıklıkla irritabl bağırsak sendromunu deneyimledikleri görülmektedir (Houghton ve ark 2017, Kim N. ve Kim Y. 2018). Olumsuz toplumsal cinsiyet algısına sahip kadınlarda da, irritabl bağırsak sendromunun yaygın görüldüğü ve bu duruma bağlı erkeklere göre ishal, hazımsızlık, abdominal distansiyon ve gaz problemleri gibi gastrointestinal belirtilere bağlı daha çok kaygı yaşadıkları bildirilmiştir (Björkman ve ark 2014). Voci ve arkadaşlarının (2009), irritabl bağırsak sendromu olan kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada toplumsal cinsiyet ve benlik saygısının irritabl bağırsak sendromu üzerinde etkili olduğunu ve toplumsal cinsiyet algısı olumlu olan ve benlik saygısı yüksek olan kadınların irritabl bağırsak sendromunun vücut imajları üzerinde olumsuz etkilerini daha az bildirdikleri ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu bildirmektedir.

Yapılan çalışmalarda, toplumsal cinsiyet algısının kadınların menstruasyon sorunları üzerine etkili olduğu görülmektedir (George 2013, Dolan ve ark 2014, Parker ve ark, 2014). Menstrüasyon hakkında konuşmak, genellikle tabu olarak kabul edilmektedir. (Mason ve ark. 2013, Akiho 2019). Menstruasyon kadınlara özgü bir olgu olduğu için özellikle erkeklerden gizlenmekte ve menstruasyondan bahsetmek kadınları rahatsız etmekte ve utanmalarına sebep olmaktadır (Ishikawa ve Sugiura 2011, Long ve ark 2013). Örneğin Hindistan'da yapılan bir çalışmada, ankete katılan kızların %60,3'ünün menstrüal döngüden menarş başlayana kadar bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır (Shah ve ark 2013). Türk toplumunda da, menstruasyona yönelik genel olarak olumsuz bir tutum görülmektedir. Menstruasyon “kirlenmek” veya “hastalanmak” olarak isimlendirilmektedir. Bu algı, kadınların korku ve endişe duymasına, çevresinden yanlış bilgiler edinmesine, hatta yaşamı boyunca sürebilecek gerginlik, utanma, korku ve huzursuzluk duyguları yaşamalarına neden olmaktadır (Golbasi ve ark 2009, Şenol ve ark 2010). Araştırmalar, düşük ve orta gelirli ülkelerde menstruasyon için temiz, güvenilir malzemeleri temin etmek ve menstrüasyonla ilgili doğru bilgilere erişimde temel zorluklar olduğunu bildirmektedir. Bu zorlukların sağlığı ve refahı olumsuz etkilediği ileri sürülmektedir. Kadınların toplumsal statüsünün düşük olması ve olumsuz toplumsal cinsiyet algısı nedeniyle menstrüel sorunları ile ilgili farkındalıklarında ve bu

sorunlarında sağlık bilgisine ve sağlık hizmetine erişim konusunda sorunlar yaşadığı görülmektedir (McMahon ve ark 2011, Sommer ve ark 2016, Howard ve ark 2016, Torondel ve ark 2018).

Toplumsal cinsiyet algısı; cinsellikle ilgili davranışları, cinsel seçimleri ve davranışları belirlemektedir. Kadınların cinselliğini, toplumsal cinsiyet algısının kadınlarda oluşturduğu baskıya göre yaşamaları beklenmektedir (McCabe ve ark 2010, Loshek ve Terrell 2015). Ayrıca kadınlardan cinsel isteklerini sınırlamaları ve cinsel zevkleri hakkında konuşmamaları istenmektedir. Buna karşılık, kadınların cinsel ilişkiden zevk almadan tek taraflı olarak erkekleri cinsel anlamda memnun etmeleri beklenmektedir (Vannier ve O'Sullivan 2011). Toplumsal cinsiyet algısına göre, cinsellikte erkeklerin cinselliği başlatmaları gerektiği kadınların ise cinsel arzularının sınırlandırılması beklenmektedir (Loshek ve Terrell 2015). Olumsuz toplumsal cinsiyet algısı sonucunda, kadınlar cinsellikle ilgili istek ve arzularını ifade ettikleri takdirde toplum tarafından olumsuz olarak yargılanacakları konusunda endişelenmekte ve buna bağlı cinselliği ifade etme konusunda utanmaktadır. Cinsel istekten duyulan utanç, kadınların cinsel etkinliğini azaltmakta ve kadınların zihinsel, fiziksel ve cinsel sağlığını riske atmaktadır. Bu durum kadınlarda cinsel doyum problemlerine sebep olmaktadır (McCabe ve ark 2010).

Sonuç olarak, kadının toplumsal statüsü ve toplumsal cinsiyet kadın sağlığında önemli belirleyicilerdir. Toplumsal cinsiyetle ilgili olumsuz algı ve tutumlar kadınlarda fiziksel ve ruhsal sağlıkta azalmaya, sağlık hizmetlerinden daha az veya sınırlı yaralanmaya ya da sağlık hizmetlerine ulaşamamaya, sağlığın korunma ve sürdürülmesinde sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır (Lehnert ve ark 2017, Heise ve ark 2019, Bartz 2020).

2.5. Sağlık Arama Davranışı

Sağlık arama davranışını açıklamadan önce sağlık ve hastalık davranışlarını açıklamakta yarar olacaktır. Bu bağlamda, potansiyel sorunlar için yapılan davranışlar sağlık davranışı, var olan sorunlar için yapılan davranışlar ise hastalık davranış olarak adlandırılmaktadır (Babitsch ve ark 2012, Tang 2014, Bhuiya 2016, Tjomiadi ve ark 2017). Sağlık davranışı, hastalıkların erken tespiti ve önlemeyi, sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi için insanların yaptığı davranışları ifade

etmektedir. Nüfusun yeterince büyük bir kısmının sağlıkla ilgili davranışlarında olumlu değişiklikler yaptığı takdirde sağlık maliyetinin azaltılabileceği vurgulanmaktadır (Babitsch ve ark 2012, Taj ve ark 2019). Ryan ve Deci (2017) tarafından sağlığa uygun davranışlar geliştirmek için; özerklik (kişinin davranışı hakkında seçim yapma duygusu), yeterlilik (istenen sonuçlarda olumlu değişiklikler meydana getirebilme) ve ilişkisellik (relatedness) (kişinin sosyal çevre tarafından kabul edildiği duygusu) olmak üzere kişide üç temel ihtiyaç tespit etmiştir. Bu bağlamda, toplum tarafından özerklik, yeterlilik ve ilişkisellik ihtiyaçları desteklenen bireylerin sağlık davranışları ve sağlıkla ilgili sonuçlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir.

Sağlık arama davranışı, çok çeşitli sağlık konularını kapsayan geniş bir konudur (Wahyuni ve ark 2020). Sağlık arama davranışı, sağlık sorunun başlamasından sağlık hizmeti sunanlardan hizmet alana kadar geçen zamanda kaynaklardan bilgi toplama, sağlık sorunu olsun veya olmasın, bireyin maksimum refah, iyileşme ve rehabilitasyonu teşvik etmeye yönelik eylemleri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık arama davranışı, kendini iyi hissetmeyen, belirli hastalıkların semptomlarına sahip olan (rahatsız hissetmeseler bile) veya potansiyel hastalık riskini hisseden ve tıbbi yardım arayan bireylerin kavram, performans ve eylemlerini ifade etmektedir.

Sağlık arama davranışı, bireysel sağlığı etkilemekte ve hastalık sürecinin daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır. Bu nedenle, etnik köken, annenin eğitimi, cinsiyet, yaşam tarzları veya bir toplumun ekonomisi gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinin sağlık arama davranışları üzerindeki etkisini keşfetmek çok önemlidir. Sağlık arama davranışı, yalnızca bireyin seçimine veya koşullarına değil, büyük ölçüde toplulukların genel refahını etkileyen durumlara da bağlıdır (Ayumı ve ark 2014, Tolera ve ark 2019). Sağlık arama davranışı, iç ve dış faktörlerden etkilenmektedir. İç faktörler; yaş, tutum, inanç, temel değerler, hayata uyum becerileri, hastalığın algılanması ve psikolojik eğilimlerdir. Dış faktörler ise; sosyal destek, medya, sosyo-kültürel, politik, ekonomik durum, biyolojik yönler, hane halkı büyüklüğü, sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinin kalitesi, çevresel stres faktörleri, toplumsal cinsiyet ve toplumun yasa ve düzenlemeleridir (Oberoi ve ark 2016, Cole ve ark 2017, Tolera ve ark 2019). Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinin

uygulanabilirliği, sağlık hizmetlerinin maliyeti, sağlık hizmeti almak için sosyal güvencenin olup olmaması ve sağlık hizmeti sunanların özellikleri, sağlık arama davranışını etkilemektedir (O'Neill ve ark 2015, Haenssgen ve Ariana 2017). Sağlık arama davranışını etkileyen diğer durumlara bakıldığında bireylerin sağlık hizmeti sunucularıyla konuşmaktan çekinme veya utanma, hastalığın kendi kendine düzeleceğine inanması veya mevcut hastalığının başarılı bir tedavisinin olmayacağı hakkında inancı ve sağlık durumu ile ilgili yetersiz bilgi sahibi olması sağlık arama davranışını olumsuz olarak etkilemekte ve sağlık arama davranışı önünde engel oluşturmaktadır(Alatise ve ark 2017, Hammad ve ark 2018). Ayrıca yakın aile üyelerinin destek ve işbirliği eksikliği veya kadının kendi ihtiyaçlarını göz ardı edip aile üyelerinin ihtiyaçlarına odaklanması gibi durumların da kadınların sağlık arama davranışını engellediği bildirilmekedir (Alatise ve ark 2017, Hammad ve ark 2018, Jalu ve ark 2019)

Kadınlarda sağlık arama davranışı, sağlığın geliştirilmesi, hastalık riskinin azaltılması, hastalıkların gelecekteki olası yükünün tahmin edilmesi, sağlık durumunun kolaylaştırılması, erken tanı, etkili tedavi ve komplikasyon kontrolünün sağlanmasına yol açmaktadır (Tang 2014, Tjomiadi ve ark 2017, Wahyuni ve ark 2020). Sağlık bilgisi, kadınların sağlık durumlarının farkında olmalarını ve uygun sağlık hizmetlerini aramalarını sağlamanın anahtarıdır (Islam ve Thorvaldsen 2012). Bireyler, günlük aktivitelerini aksatmadan gerçekleştirebiliyorlarsa kendilerini sağlıklı olarak görmektedir. Bu nedenle, bireyler genellikle sağlık sorunları günlük aktivitelerini engellemeye ya da zorlaştırmaya başladığı durumlarda sağlık arama davranışı gösterme eğiliminde olmaktadır. Kısacası, bireyler hastalıkları ağırlaşana kadar sağlık arama davranışını erteleyebilmektedir (Suswardany DL ve ark 2017, Wahyuni ve ark 2020).

Bireylerin, sağlık arama davranışı çeşitli şekillerde olabilmektedir. Sağlık arama davranışı profesyonel olabildiği gibi geleneksel hatta dijital (online) de olabilmektedir. Profesyonel sağlık arama davranışı bireylerin hastalıklarına çözüm bulmak, sağlıklarını korumak ve sürdürmek için sağlık kurumlarına başvurmalarıdır. Araştırmalarda; sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu bölgelerde yaşayan bireylerin hastaneye gitmeyi geciktirme eğiliminde olduğu ve gelir durumu yüksek olan bireylerin ise tıbbi tedaviye erişimlerinin daha rahat olduğu saptanmıştır (Jiang

ve ark 2014, Luo ve ark 2016). Ayrıca sosyal güvencesi olan bireylerin, tedavi süreçlerini ertelemedikleri ve zamanında tedavi aldıkları bildirilmiştir (O'Neill ve ark 2015, Hirshfield ve ark 2018). Gelişmekte olan ülkelerde, kadınların profesyonel sağlık hizmetlerine erişim konusundaki isteksizliği, temel olarak sağlık hizmetlerinin genel kullanımının düşük olmasına yol açarak önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir (Kempe ve ark 2013, Acharya ve ark 2015).

Geleneksel sağlık arama davranışı; sağlığın korunması, sürdürülmesi, tanısı ve tedavisinde kullanılan, kültürler arasında farklılık gösteren deneyimlere dayalı ve bireylerin inançlarının meydana getirdiği bilgi, beceri ve uygulamalardır (WHO 2018). Geleneksel tıp ise, genellikle kırsal alanlarda yaşayan bireylerde nesilden nesile aktarılarak, din, inanç ve kültürel yapının sonucu olarak öğrenilen bilgiler sayesinde evde tedavi ve bakım uygulamalarıdır (Öner 2014, Sarfo ve ark 2016). Gelişmekte olan ülkelerde toplumun büyük bir kısmının birincil sağlık bakımı için geleneksel yöntemleri kullandığı bildirilmiştir (WHO 2018). Yoksul, yaşlı ve kırsal alanlarda yaşayan bireylerin geleneksel tedavi arama olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Supardi ve Susyanty 2010, Suswardany ve ark 2017).

Teknolojideki gelişmeler ve internet kullanımın artması bireylerin online sağlık arama davranışının değişmesine sebep olmuştur (Fox ve Duggan 2013 , De Choudhury ve ark 2014, Kontos ve ark 2014). Online sağlık arama davranışı, kronik veya akut sağlık durumları için destek almak, hastalıkları önlemek, yaşam tarzı seçimleri yapmak, hastalık durumu ile ilgili bilgi elde etmek, sağlık uzmanları tarafından sağlanan bilgileri doğrulamak ve sağlık sorunları hakkında bilgi aramak için kullanılmaktadır (Mosa ve ark 2012, Mills ve Todorova 2016, Zhao ve ark 2020). Bilgi ve desteğe kolaylıkla ulaşabilme, bireylerin kendilerini daha açık ifade edebilmeleri nedeniyle online sağlık arama davranışına başvurdukları görülmektedir (Bauermeister ve ark 2019, Harkin ve ark 2020).

Sağlık arama davranışı ile ilgili çalışmalara bakıldığında, bireylerin profesyonel, geleneksel ya da online sağlık arama davranışlarından herhangi birine ya da hepsine başvurduğu, daha çok da geleneksel sağlık arama davranışını sergilediği görülmektedir (Suswardany ve ark 2017, Probandari ve ark 2017, Zhao ve ark 2020). Örneğin; kırsal alanlarda yaşayan bireylerin geleneksel ve alternatif tedavi arama olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Suswardany ve ark 2017,

Wahyuni ve ark 2020). Geleneksel uygulamaların özellikle gelişmekte olan ülkelerde toplum tarafından daha çok benimsendiği görülmektedir (Nasir ve ark 2016, Wahyuni ve ark 2020). LİteratürdeGelişmekte olan ülkelerdeki kadınların resmi sağlık hizmetlerinden erkeklere oranla daha az yararlandıkları ve geleneksel sağlık arama davranışına ise daha fazla yöneldikleri bulunmuştur (Das ve ark 2018, Shewamene ve ark 2017). Araştırmalarda, insanların genellikle sağlık sorunlarında herhangi bir profesyonel yardım aramadan ya da almadan medikal yollara başvurabildikleri gösterilmiştir (Cruz ve ark 2014, Machado ve ark 2014, Hu ve Knowledge 2015). Bu duruma bağlı, profesyonel olmaksızın bireylerin kendi kendine medikal tedavi uygulamalarının artmasının dünya çapında antibiyotik direnci sorununa neden olduğu görülmektedir. Nitekim dünya çapında, bakterilerin yarısından fazlasının mevcut antibiyotiklerin çoğuna dirençli olduğu bildirilmektedir (Radji ve ark 2011, Bérdy 2012).

Geleneksel sağlık arama davranışı yaygın olarak görülse de son zamanlarda teknolojinin ilerlemesiyle birlikte online sağlık arama davranışının arttığı görülmektedir (Kontos ve ark 2014, Kim 2015, Jacobs ve ark 2017)Araştırmalar, yetişkinlerin % 35-%72'sinin online olarak sağlıkla ilgili bilgilere eriştiklerini ve kırsal kesimdeki kadınların internete erişim eksikliği nedeniyle daha çok arkadaşlarından ve ailelerinden sağlıklarıyla ilgili bilgi almayı tercih ettikleri saptanmıştır (Fox ve Duggan 2013, Duggan ve Smith 2013, Powe 2015). Literatürde, bireylerin hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmak, kullanılan ilaç ve tedavileri araştırmak, hastalık sürecindeki deneyimlerini paylaşmak ve hastalıkları hakkında farklı görüş ve bilgilere erişmek için online sağlık arama davranışına başvurdukları bildirilmiştir (Kim ve ark 2013, Altındiş ve ark 2018, Özkan ve ark 2019, Dau ve ark 2020).

Sağlık arama davranışı ile ilgili çalışmaların, kronik hastalıkları da kapsamasının önemli olduğu vurgulanmaktadır. Farklı ülkelerdeki araştırmalar, kronik hastalıkları yönetmede insanların davranışlarının çok karmaşık olduğunu ve kültürel inanç ve değerlerden sağlık arama davranışının etkilendiğini göstermektedir (Basity ve Iravani 2014, Tucker ve ark 2014). Rasul ve arkadaşları (2019) tarafından 10.367 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada; hipertansiyon, astım/KOAH ve diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerin %16'sının hiçbir bakım talebinde bulunmadığını,

%42'sininde profesyonel bakım almak istediğini saptanmıştır. Huang ve arkadaşlarının (2019) yaptığı bir çalışmada ise, kronik hastalığı olan kişilerin sağlık kurumlarını ziyaret etme olasılıklarının akut sağlık sorunları olanlara göre daha düşük olduğu ve birinci basamak sağlık kuruluşlarından uzakta olan kişilerin sağlık sorunları yaşadıklarında sağlık kuruluşlarına başvurma oranlarının ve profesyonel sağlık arama davranışlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını anlamak, etkili müdahaleler oluşturmak ve toplum sağlığını iyileştirmek için önemli bir adımdır. Sağlık arama davranışı önündeki engellerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve sağlık hizmetlerine erişimin artırılması bir ülkenin sağlık durumunu iyileştirmenin önemli bir bileşenidir (Campos ve ark 2013, Legato ve ark 2016, Baumann ve ark 2017).

2.6.Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Sağlık Arama Davranışı

Literatürde, toplumsal cinsiyetin, kadın ve erkeklerin sağlık arama davranışında etkili olduğu görülmektedir. Toplumsal cinsiyet algısı, erkek ve kadınların sağlık arama davranışlarında ve sağlık hizmetlerine erişimde farklılıklara sebep olmaktadır (Mberu ve ark 2016, Das ve ark 2018, Bartz 2020). Sosyo-kültürel yapı tarafından şekillendirilen toplumsal cinsiyet algısı, sosyalleşme sürecini, ne zaman ve nerede yardım aranacağına ilişkin kararları, sağlık hizmetlerine erişimi, sağlıkla ilgili kavramları ve sağlık arama davranışını etkileme eğilimindedir. Sağlık arama davranışına ilişkin toplumsal cinsiyet algısını; din, kültürel olarak belirlenmiş toplumsal cinsiyet rolleri, ekonomik faktörler, yaş ve statü etkilemektedir (Das ve ark 2018, Gopalakrishnan ve ark 2019). Toplumsal cinsiyet algısının sağlık arama davranışı, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık profesyonellerinden hizmet almadaki etkisi, kadınlar için olumlu ve olumsuz sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Örneğin; hastalığı kabullenmek ve tedavi görmek kadınlar arasında sosyal olarak daha kabul edilebilir olsa da, toplum baskısı nedeniyle kadınların infertilite gibi sosyal sonuçları olan bir hastalığın tedavisine erişimlerinin daha zor olduğu görülmektedir (Sudhinaraset ve ark 2013, Das ve ark 2018). Dini faktörlere bağlı toplumsal cinsiyet algısının sağlık hizmeti alma konusunda kadınlar üzerindeki etkilerine bakıldığında, müslüman bölgelerde yaşayan kadınların genellikle erkek sağlık profesyonellerinden sağlık hizmeti almak istemedikleri ve kadın sağlık profesyonellerinden sağlık hizmeti

almayı tercih ettikleri görülmektedir. Ayrıca, kadınların erkek sağlık profesyonellerinden aldıkları hizmetten memnun olmadıkları ve bu nedenle kadın sağlık profesyonelinden sağlık hizmeti alma olanağı yoksa tekrar sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları veya başvuru oranlarının azaldığı bildirilmiştir. Bu durumun, zorunlu haller dışında erkeklerin kadınlara dokunmasının dini olarak yasaklanmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (UNFPA 2012, Eltomy ve ark 2013,Cole ve ark 2017, Tolera ve ark 2019).

Toplumsal cinsiyet algısı, sağlık sorunlarına bağlı deneyimlenen semptomların ifade edilmesi ve tedaviye ilişkin kararları etkilemekle birlikte, kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinde de toplumsal engeller yaratmaktadır. Araştırmalarda, kadınların aile ve toplumdaki düşük statülerinin sağlık hizmetlerine, karar alma süreçlerine, eğitime ve ekonomik kaynaklara erişimlerini kısıtladığı gösterilmektedir. Bu nedenle, kadınlar sağlık sorunları hakkında bilgisiz kalmakta, sağlık sorunlarını gözardı etmekte veya sağlık hizmeti almak için yaşlı aile üyelerinin veya eşlerinin kararlarına bağımlı kalmaktadır (Das ve ark 2018). Bu durum, özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülmektedir (Lehnert ve ark 2017, Wahyuni ve ark 2020). Olumsuz toplumsal cinsiyet algısına bağlı kadınların sağlık arama davranışı kötü anlamda etkilenmekte ve buna bağlı sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri azalmaktadır. Toplumsal yapının oluşturduğu baskı ve olumsuz toplumsal cinsiyet algısı nedeniyle kadınların sağlık hizmetlerine sınırlı erişimi ve sağlık hizmetlerini yetersiz kullanımı cinsiyete bağlı sağlıkta eşitsizliğe yol açmaktadır (Chiang ve ark 2012, Ayumı ve ark 2014). Az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde sağlık ve sosyal durumlar olmak üzere hemen hemen her konuda doğumdan itibaren kız çocuklarına erkek çocuklarına oranla daha az öncelik verilmektedir. Bu cinsiyet eşitsizliği, kadınların sosyal statüsünü ve uygun sağlık hizmetlerine erişimlerini sınırlayarak sağlığını etkilemektedir. Toplum tarafından kadınlara sosyal destek ya hiç sağlanamamakta ya da sağlanan sosyal destek sınırlı kalmaktadır. Bu durum, kadınlarda morbidite, mortalite ve sekel oranlarının artmasına yol açmaktadır (Ayumı ve ark 2014).

Sağlık hizmeti seçimi ve sağlık arama davranışında erkek ve kadınların tercihlerine bakıldığında, kadınların erkeklere kıyasla genellikle geleneksel sağlık hizmetlerinden yararlandıkları bazen de profesyonel sağlık hizmetlerine veya hem

geleneksel hem de profesyonel sağlık hizmetlerine başvurdukları görülmektedir (Chiang ve ark 2012, Kapadia ve ark 2014). Örneğin; kadınların anatomik yapısı nedeniyle, genitoüriner sistemle ile ilgili hastalık riskinin erkeklere oranla daha fazla olduğu bilinmektedir. Fakat, olumsuz toplumsal cinsiyet algısına bağlı utanma duygusu, kadınların profesyonel sağlık arama davranışını engellemekte ve geleneksel sağlık arama davranışına yöneltmektedir. Buna bağlı olarak, kadınlar evde geleneksel yöntemlerle kendi kendilerini tedavi etmeye çalışmakta, tedavi sürecini geciktirmekte ve sonuç olarak hastalıkların prognozu kötüleşmektedir (Şimşek 2011, Kapadia ve ark 2014). Erkeklerin kadın sağlığı üzerindeki yargısı ve kontrolü, doğrudan mali özerklikleriyle bağlantılıdır. Eşlerini sağlık sorunlarına inandıramayan veya eşleri tarafından sağlık kurumlarına gitmesine izin verilmeyen kadınlar, genellikle geleneksel sağlık arama davranışına yönelmektedir (Şimşek 2011, Angus ve ark 2013). Kadınlar, daha az etkili olabileceğini bile bile, geleneksel yollardan sağlık arama davranışına bağlı kalmaya zorlanmakta ve çok zorunlu durumlarda bile ucuz olan veya birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlerden sağlık hizmeti almaya çalışmaktadır (Sudhinaraset ve ark 2013, Wahyuni ve ark 2020). Bu bulgu, kolaylık, karşılanabilirlik ve sosyo-kültürel uyumluluk nedeniyle yoksul ve dezavantajlı kadınların sosyo-ekonomik durumu ve sosyal statüsü iyi olan kadınlara göre profesyonel sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılıklarının daha düşük olduğunu gösteren çalışma bulgularıyla desteklemektedir (Sudhinaraset ve ark 2013, Doblyte ve Jiménez 2017, Shewamene ve ark 2017). Kadınların tek bir sağlık sorunu varsa, erkeklere kıyasla daha az sağlık hizmeti aldıkları görülmektedir (Chiang ve ark 2012, Das ve ark 2018). Araştırmalarda, kadınlarda ağrı durumunda sağlık hizmeti arama olasılığının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun, kadınların ağrı eşiğinin daha düşük olması, erkeklerin ağrıyı bildirmeye daha az istekli olması, erkeklerin toplumsal cinsiyet algısından dolayı daha güçlü görünmesi gerektiği ve kadınların da daha güçsüz olduğu algısından kaynaklandığı düşünülmektedir (Thompson ve ark 2016). Buna karşılık erkeklerin ise, profesyonel sağlık hizmetlerini kadınlara oranla daha fazla tercih edip yararlandıkları görülmektedir. Bu durum, olumsuz toplumsal cinsiyet algısı ve rolleri, kadınların toplumsal statüsünün düşük olması ve sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı olmasından kaynaklanmaktadır (Chiang ve ark 2012, Das ve ark 2018). Araştırmalarda, çalışan kadınların ekonomik özgürlüklerine bağlı daha çok sağlıklı arama davranışı gösterdiği ve sağlık hizmetlerinden daha çok yararlandığı, kentsel

alanda yaşayan kadınların kırsal alanda yaşayan kadınlara göre profesyonel sağlık hizmeti alma olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Wado 2018). Bunun yanı sıra literatürde, eğitim durumu yüksek olan kadınların daha yüksek sağlık arama davranışı gösterdiği ve gerekli sağlık hizmetlerinden yararlanma şansının fazla olduğu bildirilmektedir. Eğitimsiz, yoksul olan ve kırsal kesimde yaşayan kadınların çoğunun sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılığının daha düşük olduğu bildirilmektedir (Gordon ve ark 2011, Mekonnenve ark 2011, UNFPA 2012). Ayrıca, daha önce sağlık hizmetlerinden yararlanan kadınların, bakım sürekliliğinde ihtiyaç duyduğu ardışık hizmetlere ulaşma şansının sağlık hizmetinden yararlanmamış kadınlara göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (UNFPA 2012, Eltomy ve ark 2013, Cole ve ark 2017).

Sonuç olarak; kadınların kendi sağlık durumlarını değerlendirebilmeleri ve sağlık durumları ile ilgili farkındalıkları ve en kısa zamanda bir sağlık kuruluşuna başvurmaları çok önemlidir. Olumsuz toplumsal cinsiyet algısının kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri bilinmesine rağmen, kadınlar için özel sağlık hizmeti stratejilerinin geliştirilmemesi kadınların belirgin bir şekilde yetersiz sağlık hizmet almaya devam etmesine neden olmaktadır (Burton ve ark 2014, ANA 2015). Bu nedenle kadın sağlığını iyileştirmek için, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin, kadınların sağlık hizmetlerine olan taleplerinin ve buna bağlı sağlık arama davranışlarının artırılması ve teşvik edilmesi için yapıcı ve sürdürülebilir sağlık politikalarının olması gerekmektedir (Temmerman ve ark 2015, Lehnert ve ark 2017). Bu bağlamda, kadınların sağlık sorunlarına çözüm bulabilmeleri ve sağlık sorunlarında akılcı çözümlerle olumlu başetme yöntemlerini kullanmaları yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağlayacaktır (Lehnert ve ark 2017, Taj ve ark 2019). Ayrıca, sosyal desteğin iyileştirilmesi ve kadınların ekonomik refahının yükseltilmesi de kadın sağlığının iyileştirilmesine etkili olacaktır (Chiang ve ark 2012). Tam kapsamlı sağlık hizmetlerine cinsiyet temelli eşit erişimin olması da; kadınların gelecekleri için en iyi sağlık kararlarını vermeleri konusunda sorumluluk almalarına ve kadınların toplumsal statüsünün iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır (Temmerman ve ark 2015, Lehnert ve ark 2017).

2.7. Kadın Sağlığı ve Sağlık Arama Davranışında Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşirelik bilim, sanat ve her ikisinin birleşimi olarak tanımlanmıştır. Hemşireler, kadın haklarının savunulmasında, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında ve kadınların toplumsal konumunun güçlendirilmesinde, kadın sağlığı geliştirme faaliyetlerinde, kadınları desteklemeyi, anlamayı ve rehberlik etmeyi amaçlayan, kontrolü en üst düzeye çıkarmak için yöntemler ve stratejiler geliştirmek için kadın sağlığında görev alan sağlık profesyonelleridir (González ve Ruiz 2015, Anık ve Ege 2019, Buss ve ark 2020). Profesyonel, davranışlarına güvenen, bakıma odaklanan ve kanıta dayalı hizmetleri kullanan hemşireler, kadınların sağlık durumlarının geliştirilmesine ve daha yetkin kişilerin oluşumuna katkıda bulunarak aile ve toplumun ve temelini oluşturmaktadır (Evangelista ve ark 2016, Buss ve ark 2020). Hemşireler kadın sağlığını geliştirme, koruma, hastalık halinde iyileştirme (tedaviyle bakım sağlama vb) ve sağlığı yeniden sürdürme, komplikasyonları önleme, hastalık nüksünü önlemede sorumludurlar (Evangelista ve ark 2016, Anık ve Ege 2019). Sağlık ve hemşirelik bakımında, sağlık sorununun veya bir hastalığın belirti ve semptomlarına odaklanmanın yanı sıra, beceriler, güçlü yönler ve memnuniyet (tatmin edici bir duygu getiren alanlar, eylemler ve faaliyetler) üzerinde de odaklanılmalıdır(WHO 2019). Hemşireler kadınların ihtiyaçlarının en iyi nasıl değerlendirileceği ve bunlara nasıl cevap verileceği, sağlıkla ilgili faaliyetlere katılımlarının nasıl teşvik edileceği ve uygun bakım çerçevelerinin mevcut sistemlere nasıl entegre edileceği sorularını araştırmalıdır. Bu soruların cevapları büyük ölçüde kadınların kişisel sağlıkları hakkında ne bildiklerine ve kişisel sağlıklarından ne istediklerine bağlıdır (González ve Ruiz 2015, Burton 2016).

Hemşirelerin sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusundaki yeterliliklerini geliştirmeleri kadın sağlığında hastalığa yakalanma veya sağlık hizmetlerini en aza indirme riskine karşı çok önemlidir. Bunun nedeni, kadınların daha çok sağlık hizmetine ihtiyaç duymaları, dayatılan sosyal damgalamalar, olumsuz toplumsal cinsiyet algısı, şiddet, katı sosyal standartlar, sosyal ve ekonomik durumun sebep olduğu nedenlerden dolayı kadınların daha duyarlı olmalarıdır (Heidemann ve ark 2019, Maji ve Dixit 2019). Hemşireler genellikle kadınların bilişsel ve davranışsal faktörlerinin bakıma katılma yeteneğini artırabileceğini veya engelleyebileceğini belirlemeye çalışmalıdır. Bu, farklı faktörlerin bakımın verilmesini ve alınmasını

etkileyebileceği, yetersiz hizmet verilen veya yeterince çalışılmamış grupların ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve karşılanmasında özel bir öneme sahiptir. Hemşirelik araştırma literatüründe üzerinde çok durulmayan popülasyon genç yetişkin kadınlardır. Özellikle kadınlar aşırı duygusal ve birlikte çalışılması zor olarak görülmekte ve bu nedenle sağlıklı kararlar verme veya sağlık hizmetlerine katılma konusunda sınırlı yeteneklere sahip olarak görülmektedir. Kadınlara yönelik özel bakıma birçok bağlamda ihtiyaç duyulduğundan ve koruyucu sağlık hizmetleri küresel olarak daha büyük bir öncelik haline geldiğinden, gelişen hemşirelik bilgisi arayışının kadın sağlığı bakımında ve gelişiminde rol oynaması önemlidir (Burton ve ark 2014, González ve Ruiz 2015, Burton 2016).

Hemşirelikte sağlık arama alanında çok sayıda araştırma yapılmış olmasına rağmen, teşhis ve tedavide gecikme ve kötü sonuçlar gibi sağlık davranışlarını aramamanın olumsuz etkileri göz önüne alındığında, sağlığı geliştirmek için çok az çaba sarf edilmiştir (Maja ve ark 2013). Sağlık arama davranışı, hemşirelik uygulamalarına farklı açılardan uygundur. Hemşirelik, çeşitli tıbbi olmayan faaliyetleri (örneğin, davranış değiştirme stratejileri, çevre düzenlemesi ve hizmete erişimi iyileştirme) kapsayan hem birbirine bağımlı hem de bağımsız işlevlerden oluşur. Hemşirelik müdahaleleri, kötü sonuçları azaltan ve sağlığı en üst düzeye çıkaran yönleri teşvik eder. Öz bakım ve daha yüksek sağlık seviyeleri için gerekli olan davranışlarla ilişkili ve çevresel faktörlerin düzenlenmesi için hemşirelik alanında araştırma yapılması gerekmektedir (Cutilli 2010, Anwar ve ark 2012).

Kadınların sağlığını geliştimek ve sürdürmek için hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları vardır. Kadın sağlığı hemşiresinin rolleri; bakım verici rolü, sağlık eğitimi ve danışmanlık rolü, iletişim ve kişiler arası ilişkiler rolü, hasta hakları savunucusu rolü olarak söylenebilir (Hemşirelik Yönetmeliği 2011, Kendig 2012, Meran ve Şahin 2014). **Hemşirelikte bakım verici rolü;** kadınların sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarını sağlayarak, sağlık sorunlarını tanımlayabilmeleri, ihtiyaçlarını karşılayabilmelerini sağlamak, kadınların sağlık sorunu ortaya çıktığında ve semptomları fark ettiğinde sağlık öyküsü almak, veri toplamak, hemşirelik bakım ve uygulamalarını yapmaktır. **Hemşirelikte sağlık eğitimi ve danışmanlık rolü**; kadınların kendi sağlıklarının kontrolünü ellerine almaları, sağlıklı alışkanlıklar oluşturmaları, haklarını talep etmeleri ve kendi

sağlıklarının ve ailelerinin sağlıklarının belirleyicileri üzerinde kontrol sahibi olmaları ve özerkliklerini güçlendirmeleri için diyalog, düşünme ve güçlendirme için verilen destektir. Kadın sağlığı ile ilgili konularda, kanıt temelli ve birey merkezli eğitim vermektir. **İletişim ve kişiler arası ilişkiler rolü**; destek, stres ve krizlerle başa çıkma becerilerini güçlendirerek kadınların yaşamları ve sağlıkları ile ilgili tutumlarını geliştirmek, bireye bakım verirken mahremiyetini sağlamaktır.**Hasta hakları savunucusu rolü;** kadınların sağlık haklarını savunmak, kadın haklarının savunucusu olarak kadın sağlığının gelişiminde görev almak ve tedavi, bakım, koruyucu sağlık hizmeti almasını ve gerekli durumlarda rehabilitasyon hizmeti almasını sağlamaktır (Kendig 2012, Durand ve ark 2013, Meran ve Şahin 2014).

Hemşireler görev, yetki ve sorumlulukları sebebiyle kadınlara yaşamlarının her döneminde kadınlara en yakın sağlık çalışanlarıdır. Kadınlar doğru bilgiye ulaşmak ve doğru seçimler yapmak için hemşirelerin bilgi ve desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Hemşirelerin, kadınlarda olumlu sağlık davranışları geliştirmesi ve bu davranışların sürdürülmesini desteklenmesi kadın sağlığı sorunlarının azalmasına katkı sağlayacaktır. Hemşireler kadın sağlığı hizmetlerinde görev almaları sağlıklı kadınlar ve aydınlık nesillere ulaşmak için önem arz etmektedir (González ve Ruiz 2015, Anık ve Ege 2019, Heidemann ve ark 2019, Buss ve ark 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Çalışma tanımlayıcı/ ilişki arayıcı desende yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri

Araştırma, "Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi" kadın doğum ve hastalıkları polikliniklerinde yapılmıştır. Hastane bünyesinde 6 tane (4'ü özel muayene polikliniği) kadın hastalıkları ve doğum polikliniği bulunmaktadır, gün içerisinde bu poliklinikler aktif olarak çalışmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerinde, jinekolojik ve obstetrik durumlardan başvuran kadınların muayenesi yapılmaktadır. Hastanede, 8 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, 19 kadın hastalıkları ve doğum asistan hekimi, 14 hemşire, 15 ebe ve 10 yardımcı personel görev yapmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine, Nisan 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında (son 1 yıldaki) toplam 8000 başvuru olmuştur. Kadın hastalıkları ve doğum poliklinikleri hemen hemen her gün yoğun olmakla birlikte bu polikliniklere başvurunun en fazla olduğu günler haftanın ilk üç günüdür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 18-49 yaş aralığındaki Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınlar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklem hesaplamasında online bir istatistik programı (The free statictis calculators website Calculator, 2018) kullanılmıştır. Örneklem sayısı hesabında, çoklu regresyon analizi (A-priori sample Size Calculator for Multiple Regression) sonucunda, bağımsız değişkenlerin kadınlarda "Sağlık Arama Davranışı ölçeği" toplam puanı üzerine etkisine göre (Kıraç ve Öztürk 2020) R2: 0.10 (küçük etki), %5 alfa hata payı (iki yönlü) ve % 90 güçle minimum örneklem büyüklüğü 215 kadın olarak belirlenmiştir. Araştırma sırasında yaşanabilecek veri kayıpları göz önünde bulundurularak hesaplanan örneklem büyüklüğü % 20 artırılıp (Erdoğan ve ark 2020) çalışmanın 260 kadın ile yürütülmesine karar verilmiştir. Örneklem seçimi, gelişigüzel örnekleme yöntemi ile yapılmıştır.

3.4. Çalışma Grubu Seçim Kriterleri

3.4.1 Alınma Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- En az ilköğretim mezunu olan,
- 18-49 yaş grubunda olan,

3.4.2. Dışlanma Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan,
- Türkçe bilmeyen,
- Gebe ve lohusalar
- İletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olan
- Tanılanmış psikiyatrik rahatsızlığı olan
- Covid-19 hastası olan ve covid-19 teması olan kadınlar dâhil edilmemiştir.

3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırma verileri; "Tanıtıcı bilgi formu" (Ek-B), "Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği" (Ek-C), "Kadın Sağlığı Anketi" (Ek-D) ve "Sağlık Arama Davranışı Ölçeği" (Ek-E) ölçeği ile toplandı.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda (Açıksöz ve ark 2013, Kıraç ve Öztürk 2019, Banerjee ve Rai 2020, Lim ve ark 2020, Özdemir ve Arpacıoglu, 2020) araştırmacılar tarafından hazırlanan "tanıtıcı bilgi formu"; araştırmaya alınan kadınların sosyodemografik özelliklerini içeren sekiz, sağlık durumu ile ilgili özelliklerini içeren beş sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği

Bireylerin toplumsal cinsiyet algılarını değerlendirmeye yönelik Altınova ve Duyan (2013) tarafından geliştirilen "Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği"; 5'li likert

tipte olup, toplam 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, “kesinlikle katılıyorum (5 puan)”, “kısmen katılıyorum (4 puan)”, “kararsızım (3 puan)”, “kısmen katılmıyorum (2 puan)” ve “kesinlikle katılmıyorum (1 puan)” şeklinde derecelendirmiştir. Ölçekteki maddelerin 10’u olumlu, 15 ‘i ise olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Ölçekte 2., 4., 6., 9., 10., 12., 15., 16., 17.,18., 19., 20., 21., 24. ve 25. maddeler olumsuz olup tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 25, en fazla puan ise 125’tir. Ölçekten alınan yüksek puanlar toplumsal cinsiyet algısının olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin alt boyutları yoktur ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,872 olarak hesaplanmıştır (Altınova ve Duyan 2013). Bu çalışmada da Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,884 bulunmuştur.

3.5.3. Kadın Sağlığı Anketi

“Kadın sağlığı anketi” orta yaş kadınlarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek için Hunter (1992) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlik ve güvenirliği Çetinay ve Gülseren (2005) tarafından yapılmıştır. 18-65 yaş arasındaki kadınlarda fiziksel ve ruhsal semptomların saptanmasını sağlayan “kadın sağlığı anketi”, 4’lü likert tipte, 36 madde ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Anketin derecelendirmesi: “hiç yok: 0 puan”, “çok fazla değil: 1 puan”, “Evet, bazen: 2 puan” ve “Evet, kesinlikle= 3 puan” şeklindedir. Ankette değerlendirilen alt boyutlar; anksiyete-depresyon (2, 3, 4, 5, 11 ve 12. sorular), somatik belirtiler (1, 19, 27, 28, 29 ve 35. sorular), somatopsişik (7, 9, 14, 15 ve 18. sorular), somatik-bilişsel (30, 33, 34 ve 36. sorular), gastrointestinal (6, 16, 17, 22 ve 23. sorular), benlik saygısı (22, 24, 25 ve 32. sorular), çeşitli anksiyete (13 ve 20. sorular), ilgi-istek (8 ve 10. sorular), cinsel doyum (31. soru) ve menstruasyondur (26. soru). Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 108 puan arasında değişmektedir. Her alt boyut kendi içerisinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek yüksek puanlar ilgili alt boyuttaki rahatsızlığın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin tümünde Cronbach's alfa katsayısı 0,837 olarak bulunmuştur (Çetinay ve Gülseren 2005). Bu çalışmada da Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,857 bulunmuştur.

3.5.4. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

“Sağlık Arama Davranışı Ölçeği”, Kıraç ve Öztürk (2019) tarafından bireylerin sağlık arama davranışını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplamda 12 sorudan oluşan ölçek, “online sağlık arama davranışı(1,2,3,4,5 ve 6.

sorular'', "profesyonel sağlık arama davranışı (7,8 ve 9. sorular)" ve "geleneksel sağlık arama davranışı (10,11 ve 12. sorular) " olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Beşli likert tipte olan ölçekte derecelendirme 1-5 arasında (1: kesinlikle katılmıyorum-5: kesinlikle katılıyorum) değişmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 60'tır. Ölçekte ters puanlanan madde yoktur. Ölçekten ve alt boyutlarından alınan puanların artması bireyin sağlık arama davranışının arttığını göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı "online sağlık arama davranışı" alt boyutu için 0,726, "profesyonel sağlık arama davranışı" alt boyutu için 0,720, "geleneksel sağlık arama davranışı" alt boyutu için 0,736 ve ölçek toplamı için 0,755'tir (Kıraç ve Öztürk 2019). Bu çalışmada da Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ölçek toplamı için 0,846, "online sağlık arama davranışı" alt boyutu için 0,847, "profesyonel sağlık arama davranışı" alt boyutu için 0,834 ve "geleneksel sağlık arama davranışı" alt boyutu için 0,842 bulunmuştur.

3.6. Ön Uygulama

Çalışma öncesi, 10 kadın üzerinde bir ön uygulama yapılmıştır ve sorulara son şekli verilmiştir. Bu 10 kadın, çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Mayıs-Kasım 2021 tarihleri arasında araştırmacı tarafından Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi kadın doğum polikliniğine 18-49 yaş arası üreme çağındaki kadınlardan yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama formlarının doldurulmasının yaklaşık 15 dakika süreceği öngörülmektedir. Acil servis girişinde covit için gerekli önlemler alınmaktadır. Veriler toplanırken maske, siperlik ve eldiven kullanılacak ve kişisel mesafe kurallarına dikkat edilmiştir. Çalışmada herhangi bir risk yoktur. Mevcut pandemi nedeniyle verilerin toplanmasında hijyen ve mesafe kurallarına dikkat edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1. Bağımlı Değişkenler

- "Sağlık Arama Davranışı Ölçeği" toplam puanı ve alt boyutlarının puanı.
- "Kadın Sağlığı Anketi" alt boyutlarının puanı.

3.8.2. Bağımsız Değişkenler

Üreme çağındaki kadınların;

- Sosyo-demografik özellikleri (Yaş, çalışma durumu, öğrenim düzeyi, ekonomik durumu, medeni durum, sosyal güvence, aile yapısı ve yaşanılan yer),
- Sağlık durumu ile ilgili özellikleri (Kronik hastalık durumu, sürekli kullanılan ilaç varlığı, son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama durumu ve acile başvuru nedeni)
- "Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği" toplam puanı

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılımı Shao'nun basıklık, çarpıklık kriterine (±3) göre değerlendirilmiştir (Shao 2002). Normal dağılıma sahip olan ölçümler için parametrik testler kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında birbirinden bağımsız iki grup arasındaki farklılığın tespit edilebilmesi için normal dağılma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t test, birbirinden bağımsız en az üç grup arasındaki fark normal dağılıma sahip ölçümlerde ise Varyans analizi (ANOVA) ile test edilmiştir. Analiz sonucunda farklılık çıkması durumunda farklılığın hangi grup arasında olduğunu tespit edebilmek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Birbirinden bağımsız ölçüm puanları arasındaki ilişki, normal dağılıma sahip ölçümler için Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiştir (Hayran ve Hayran 2011). Araştırmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarının güvenirliği Cronbach Alpha ile test edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ olarak değerlendirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, Selçuk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (06.04.2021 tarihli ve 2021/32 karar sayılı, EK-G) izni alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü ve araştırma kriterlerine uyan

üreme çağındaki kadınlara araştırma ile ilgili gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (EK-.A) Türkçe'ye uyarlanan "Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği", "Kadın Sağlığı Anketi" ve "Sağlık Arama Davranışı" ölçeklerinin yazarlarından gerekli izinler alınmıştır (Ek-F). "Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi"nden kurum izni alınmıştır(EK-H).

4.BULGULAR

Üreme çağındaki kadınlarda toplumsal cinsiyet algısının kadın sağlığı ve sağlık arama davranışı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada araştırma grubuna ait araştırma amaçlarına ilişkin bulgular beş başlık altında sunulmuştur. Bunlar;

- Araştırma grubundaki kadınların sosyo-demografik, sağlık özellikleri, TCAÖ, KSA, SADÖ ve alt boyutlarının puan düzeyi ve ölçek puanları arasındaki ilişki ile ilgili bulgular
- Sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine göre KSA toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarının dağılımına ilişkin bulgular
- Kadınların KSA puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin ileri analizine ilişkin bulgular
- Sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine göre SADÖ toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarının dağılımına ilişkin bulgular
- Kadınların SADÖ puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin ileri analizine ilişkin bulgular

4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik, Sağlık Özellikleri, TCAÖ, KSA, SADÖ ve Alt Boyutlarının Puan Düzeyi ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

Bu bölümde, kadınların sosyo-demografik, sağlık özellikleri, TCAÖ, KSA, SADÖ ve alt boyutlarının puan düzeyi ve ölçek puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri (n: 260).

Özellikler	N	%
Yaş		
18-28	117	45,0
29-39	95	36,5
40-49	48	18,5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	69	26,5
Çalışmıyor	191	73,5
Medeni durum		
Evli	196	75,4
Bekar/ Eşi ölmüş/ Boşanmış	64	24,6
Öğrenim düzeyi		
İlkokul	62	23,8
Ortaokul	55	21,2
Lise	74	28,5
Üniversite ve üzeri	69	26,5
Gelir düzeyi		
Gelirim giderimden az	133	51,2
Gelirim giderime eşit	98	37,7
Gelirim giderimden fazla	29	11,2
Aile yapısı		
Çekirdek aile	206	79,2
Geniş aile	38	14,6
Yalnız yaşıyorum	16	6,2
Sosyal güvence		
Evet	206	79,2
Hayır	54	20,8
Halen yaşanılan yer		
İl	170	65,4
İlçe/Köy	90	34,6

Tablo 4.1.'de kadınların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %45'inin 18-28 yaş aralığın da, %75,4'ünün evli, %28,5'inin lise mezunu, %79,2'sinin çekirdek aileye sahip ve %79,2'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %73,5'inin çalışmadığı, %51,2'sinin gelirinin giderinden az algıladığı ve %65,4'ünün ilde yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Kadınların Sağlık Özellikleri (n: 260).

Sağlık Özellikleri Genel sağlık durumu	**n**	**%**
İyi	125	48,1
Orta	101	38,8
Kötü	34	13,1
Son 1 ay içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumu		
Evet	113	43,5
Hayır	147	56,5
Kronik hastalık durumu		
Evet	60	23,1
Hayır	200	76,9
Sürekli kullanılan ilaç durumu		
Evet	51	19,6
Hayır	209	80,4

Tablo 4.2.'de kadınların sağlık durumu ile ilgili özellikleri incelendiğinde; %48,1'inin genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği, %56,5'inin son bir ay içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşamadığı, %23,1'inin kronik hastalığının olduğu ve %19,6'sının sürekli ilaç kullandığı görülmüştür.

Tablo 4.3. Kadınların TCAO, KSA ve SADÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 260).

Ölçekler	**Olası puan aralığı**	**Alınan en az/en çok puan**	$\bar{x}$**±ss**
TCAÖ	25-125	35-125	85,62±19,70
KSA	0-144	11-94	44,45±17,83
Anksiyete depresyon alt boyutu	0-18	0-17	7,08±4,18
Somatik belirtiler alt boyutu	0-18	0-18	7,96±4,16
Somatopsişik alt boyutu	0-15	0-15	7,71±3,52
Somatik bilişsel alt boyutu	0-12	0-12	4,79±2,82
Gastrointestinal alt boyutu	0-15	0-15	4,77±3,62
Benlik saygısı alt boyutu	0-12	0-12	5,65±2,75
Anksiyete alt boyutu	0-6	0-6	2,09±1,60
İlgi-İstek alt boyutu	0-6	0-6	1,97±1,47
Cinsel doyum alt boyutu	0-3	0-3	1,27±1,06
Menstruasyon alt boyutu	0-3	0-3	1,72±1,07
SADÖ	12-60	16-60	40,95±9,76
Online sağlık arama davranışı alt boyutu	6-30	6-30	18,65±6,50
Profesyonel sağlık arama davranışı alt boyutu	3-15	3-15	11,28±3,16
Geleneksel sağlık arama davranışı alt boyutu	3-15	3-15	11,02±3,19

Tablo 4.3.'e incelendiğinde; TCAÖ puan ortalamasının 85,62±19,70; KSA puan ortalamasının 44,45±17,83 (anksiyete-depresyon alt boyutu 7,08±4,18; somatik belirtiler alt boyutu 7,69±4,16; somatopsişik alt boyutu 7,71±3,52; somatik bilişsel alt boyutu 4,79±2,82; gastrointestinal alt boyutu 4,77±3,62; benlik saygısı alt boyutu 5,65±2,75; çeşitli anksiyete alt boyutu 2,09±1,60; ilgi istek alt boyutu 1,97±1,47; cinsel doyum alt boyutu 1,27±1,06 ve menstruasyon alt boyutu 1,72±1,07); SADO puan ortalamasının 40,95±9,76 (online sağlık arama davranışı alt boyutu 18,65±6,50; profesyonel sağlık arama davranışı alt boyutu 11,28±3,16 ve geleneksel sağlık arama davranışı alt boyutu 11,02±3,19) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Kadınların TCAÖ Toplam Puanının, KSA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanları ile İlişkisi (n: 260).

Ölçekler		TCAÖ
KSA TOPLAM	R	-0,080
	P	0,197
Anksiyete Depresyon Alt Boyutu	R	-0,006
	P	0,920
Somatik Belirtiler Alt Boyutu	R	-0,087
	P	0,160
Somatopsişik Alt Boyutu	R	-0,066
	P	0,289
Somatik Bilişsel Alt Boyutu	R	-0,023
	P	0,707
Gastrointestinal Alt Boyutu	R	-0,093
	P	0,134
Benlik Saygısı Alt Boyutu	R	-0,041
	P	0,455
Çeşitli Anksiyete Alt Boyutu	R	0,020
	P	0,674
İlgi İstek Alt Boyutu	R	-0,140
	P	**0,016**
Cinsel Doyum Alt Boyutu	R	0,000
	P	0,954
Menstruasyon alt Boyutu	R	-0,001
	P	0,937

r: Pearson Korelasyon katsayısı, *p<0,05

Tablo 4.4. incelendiğinde; kadınların TCAÖ toplam puanının, KSA toplam puanı ve alt boyutlarının puanları ile ilişkisi Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiştir. Analiz sonucuna göre; TCAÖ ve KSA toplam puanı ve KSA'nın ilgi istek alt boyutu puanı hariç diğer alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Kadınların TCAÖ toplam puanı ile KSA'nın ilgi istek alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf ($r=-0,140$) bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların TCAÖ toplam puanı arttıkça KSA'nın ilgi istek alt boyutu puanı azalmaktadır.

Tablo 4.5. Kadınların TCAÖ Toplam Puanının, SADÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanları ile İlişkisi (n: 260).

Ölçekler		TCAÖ
SADO Toplam	R	0,154
	P	**0,013**
Online Sağlık Arama Davranışı Alt Boyutu	R	0,150
	P	**0,015**
Profesyonel Sağlık Arama Davranışı Alt Boyutu	R	0,103
	P	0,096
Geleneksel Sağlık Arama Davranışı Alt Boyutu	R	0,063
	P	0,312

***r**: Pearson Korelasyon katsayısı, *p<0, 50*

Tablo 4.5. incelendiğinde; kadınların TCAÖ toplam puanının, SADÖ toplam puanı ve alt boyutlarının puanları ile ilişkisi Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiştir. Kadınların TCAÖ toplam puanı ile SADÖ toplam puanı (r=0,154) ve online sağlık arama davranışı alt boyut puanları (r=0,150) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Kadınların TCAÖ toplam puanı arttıkça SADÖ toplam puanı ve online sağlık arama davranışı alt boyut puanları artmaktadır. TCAÖ toplam puanı ile profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışı alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

4.2. Sosyo-Demografik ve Sağlık Özelliklerine göre KSA Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde; kadınların KSA toplam puan ortalaması ve alt boyutlarının puan ortalamalarının, sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine göre dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadı

Tablo 4.6. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre KSA toplam puan ortalaması, KSA'nın Anksiyete Depresyon, Somatik Belirtiler, Somatopsişik, Somatik Bilişsel ve Gastrointestinal Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260).

Özellikler	**N**	**KSA TOPLAM** $\bar{x}$**±ss**	**Anksiyete-Depresyon Alt Boyutu** $\bar{x}$**±ss**	**Somatik Belirtiler Alt Boyutu** $\bar{x}$**±ss**	**Somatopsişik Alt Boyutu** $\bar{x}$**±ss**	**Somatik Bilişsel Alt Boyutu** $\bar{x}$**±ss**	**Gastrointestinal Alt Boyutu** $\bar{x}$**±ss**
Yaş							
18-28 (a)	117	38,39±17,47	6,21±4,08	6,47±3,83	6,85±3,51	4,34±2,72	3,79±3,44
29-39 (b)	95	44,05±14,62	6,74±3,59	7,59±3,63	7,93±3,56	4,67±2,75	4,64±2,98
40-49 (c)	48	59,98±15,27	9,9±4,36	10,88±4,34	9,38±2,83	6,1±2,88	7,4±3,97
F		30,716	15,317	22,261	9,574	7,075	19,435
p		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,001**	**0,027**	**0,001**
Bonferroni		**a<c, b<c**	**a<c, b<c**	**a<c, b<c**	**a<c**	**a<c, b<c**	**a<c, b<c**
Çalışma durumu							
Çalışıyor	69	40,14±18,37	6,23±4,03	7,17±4,39	6,77±3,54	4,32±3,05	3,96±3,42
Çalışmıyor	191	46±17,42	7,39±4,2	7,88±4,07	8,05±3,47	4,96±2,72	5,06±3,65
t		-2,359	-1,981	-1,209	-2,623	-1,618	-2,182
p		**0,019**	**0,049**	0,228	**0,009**	0,107	**0,030**
Medeni durum							
Evli	196	45,09±17,09	7,08±4,14	7,77±4,04	7,74±3,42	4,82±2,87	4,92±3,47
Bekar	64	42,47±19,94	7,08±4,33	7,47±4,54	7,61±3,86	4,7±2,69	4,28±4,03
t		1,022	0,006	0,494	0,267	0,278	1,234
p		0,308	0,995	0,621	0,790	0,781	0,218

Tablo 4.6. (Devam) Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre KSA toplam puan ortalaması, KSA'nın Anksiyete Depresyon, Somatik Belirtiler, Somatopsişik, Somatik Bilişsel ve Gastrointestinal Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260).

Özellikler	**n**	**KSA TOPLAM** $\bar{x}$**±ss**	**Anksiyete-Depresyon Alt Boyutu** $\bar{x}$**±ss**	**Somatik Belirtiler Alt Boyutu** $\bar{x}$**±ss**	**Somatopsişik Alt Boyutu** $\bar{x}$**±ss**	**Somatik Bilişsel Alt Boyutu** $\bar{x}$**±ss**	**Gastrointestinal Alt Boyutu** $\bar{x}$**±ss**
Öğrenim düzeyi							
İlkokul (a)	62	50,06±15,78	7,92±4,21	8,79±4,43	8,35±3,11	5,15±2,87	5,89±3,64
Ortaokul (b)	55	42,44±17,89	6,56±4,05	7,04±3,98	7,45±3,65	4,85±2,77	4,11±3,5
Lise (c)	74	44,7±19,04	7,23±4,37	7,82±3,99	7,76±3,72	4,64±2,92	4,84±3,66
Üniversite ve üzeri (d)	69	40,72±17,26	6,58±3,99	7,09±4,1	7,29±3,56	4,58±2,74	4,20±3,48
F		3,383	1,484	2,447	1,121	0,536	3,235
p		**0,019**	0,219	0,064	0,341	0,658	0,023
Bonferroni		**d<a**					**d<a**
Gelir düzeyi							
Gelirim giderimden az **(a)**	133	46,88±18,18	7,64±4,2	8,01±4,22	8,15±3,65	5,01±2,71	4,99±3,55
Gelirim giderime eşit **(b)**	98	39,69±16,67	6,33±3,86	6,87±4,04	6,83±3,24	4,22±2,88	4,24±3,54
Gelirim giderimden fazla **(c)**	29	49,34±16,92	7,07±4,83	9,03±3,87	8,69±3,35	5,69±2,85	5,48±4,05
F		6,041	2,825	3,903	5,416	3,922	1,857
p		**0,003**	0,061	**0,021**	**0,005**	**0,021**	0,158
Bonferroni		**b<c**		**b<c**	**b<a; b<c**	**b<c**	
Aile yapısı							
Çekirdek aile	206	43,74±17,75	6,89±4,1	7,52±4,12	7,57±3,54	4,73±2,79	4,72±3,61
Geniş aile	38	45,79±15,83	7,61±3,95	7,76±4,02	8,47±2,72	4,95±3,08	4,79±3,1
Yalnız yaşıyorum	16	50,38±22,66	8,31±5,49	9,75±4,75	7,75±4,8	5,13±2,7	5,25±4,92
F		1,156	1,216	2,159	1,061	0,212	0,157
p		0,316	0,298	0,117	0,348	0,809	0,855

Tablo 4.6. (Devam) Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre KSA toplam puan ortalaması, KSA'nın Anksiyete Depresyon, Somatik Belirtiler, Somatopsişik, Somatik Bilişsel ve Gastrointestinal Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260).

Özellikler	n	KSA TOPLAM $\bar{x}$±ss	Anksiyete-Depresyon Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Somatik Belirtiler Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Somatopsişik Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Somatik Bilişsel Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Gastrointestinal Alt Boyutu $\bar{x}$±ss
Sosyal güvence							
Evet	206	43,37±16,89	6,81±4,05	7,75±4,18	7,48±3,41	4,61±2,86	4,6±3,5
Hayır	54	48,56±20,68	8,13±4,52	7,48±4,11	8,59±3,82	5,48±2,57	5,41±4,03
t		-1,913	-2,086	0,418	-2,077	-2,039	-1,468
p		0,057	**0,038**	0,677	**0,039**	**0,042**	0,143
Halen yaşanılan yer							
İl	170	44,4±17,47	7,22±4,32	7,59±4,1	7,66±3,36	4,59±2,77	4,75±3,51
İlçe/Köy	90	44,53±18,59	6,82±3,9	7,88±4,29	7,81±3,84	5,16±2,9	4,8±3,83
t		-0,057	0,726	-0,522	-0,331	-1,530	-0,112
p		0,954	0,469	0,602	0,741	0,127	0,911

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) test istatistiği (post hoc Bonferroni testi),
t: bağımsız örneklem t test istatistiği

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre; KSA toplam puan ortalaması, KSA'nın anksiyete depresyon, somatik belirtiler, somatopsişik, somatik bilişsel ve gastrointestinal alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6.'de sunulmuştur.

Kadınların yaş, çalışma ve gelir durumuna göre; KSA toplam puan ortalaması, KSA'nın Anksiyete Depresyon, Somatik Belirtiler, Somatopsişik, Somatik Bilişsel ve Gastrointestinal alt boyut puanları arasında, ayrıca çalışma durumlarına göre somatik belirtiler ve somatik bilişsel alt boyutu hariç, gelir durumlarına göre anksiyete- depresyon ve gastrointestinal alt boyutu hariç diğer alt boyut puanları arasında ve öğrenim düzeyine göre KSA toplam puan ortalaması ve KSA'nın gastrointestinal alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 40-49 yaş grubundaki kadınların 18-28 yaş ve 29-39 yaş grubunda olanlara göre KSA'nın toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ve geliri giderinden fazla olan kadınların geliri giderine eşit olan kadınlara göre KSA'nın toplam ve somatik belirtiler, somatopsişik ve somatik bilişsel alt boyutundan aldıkları puanların ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öğrenim düzeyi ilkokul olan kadınların öğrenim düzeyi üniversite ve üzeri olan kadınlara göre KSA'nın toplam ve gastrointestinal alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.6.).

Kadınların medeni durumu, aile yapısı ve yaşadıkları yere göre; KSA toplam puan ortalaması, KSA'nın anksiyete depresyon, somatik belirtiler, somatopsişik, somatik bilişsel ve gastrointestinal alt boyutu puanları arasındave sosyal güvence varlığına göre anksiyete depresyon, somatopsişik ve somatik bilişsel alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göreArasındaki Farklılığın Test Edilmesi (n: 260).

Özellikler	n	Benlik Saygısı Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Çeşitli Anksiyete Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	İlgi İstek Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Cinsel Doyum Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Menstruasyon alt Boyutu $\bar{x}$±ss
Yaş						
18-28 (a)	117	5,05±2,71	1,74±1,53	1,56±1,32	0,93±0,99	1,8±1,07
29-39 (b)	95	5,65±2,55	1,97±1,48	1,99±1,49	1,34±1,05	1,67±1,1
40-49 (c)	48	7,13±2,72	3,19±1,57	2,94±1,36	1,81±0,97	1,64±1,01
F		10,412	16,027	16,557	10,910	0,538
p		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	0,585
Bonferroni		a<c, b<c	a<c, b<c	a<c, b<c	a<c, b<c, a<b	
Çalışma durumu						
Çalışıyor	69	5,41±2,41	1,93±1,65	1,74±1,42	1,25±1,07	1,67±1,11
Çalışmıyor	191	5,74±2,86	2,15±1,59	2,06±1,49	1,28±1,06	1,74±1,06
t		-0,875	-0,972	-1,542	-0,224	-0,486
p		0,382	0,332	0,124	0,823	0,627
Medeni durum						
Evli	196	5,73±2,72	2,15±1,53	2,06±1,51	1,28±1,05	1,62±1,08
Bekar	64	5,41±2,83	1,91±1,81	1,7±1,34	1,19±1,17	2,02±0,99
t		0,830	1,046	1,693	0,379	-2,518
p		0,407	0,296	0,092	0,705	**0,012**

Tablo 4.7. (Devamı) Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre KSA Benlik Saygısı, Çeşitli Anksiyete, İlgi İstek, Cinsel Doyum ve Menstruasyon Alt Boyutları Puanları Arasındaki Farklılığın Test Edilmesi (n: 260).

Özellikler	n	Benlik Saygısı Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Çeşitli Anksiyete Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	İlgi İstek Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Cinsel Doyum Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Menstruasyon alt Boyutu $\bar{x}$±ss
Öğrenim düzeyi						
İlkokul (a)	62	6,35±2,78	2,4±1,61	2,37±1,45	1,69±1,15	1,54±1,07
Ortaokul (b)	55	5,58±3,11	1,67±1,32	2,16±1,48	1,29±0,99	1,83±1,06
Lise (c)	74	5,76±2,54	2,16±1,78	1,96±1,59	1,12±1,04	1,73±1,08
Üniversite ve üzeri (d)	69	4,97±2,5	2,06±1,57	1,48±1,23	1,06±0,98	1,76±1,07
F		2,878	2,113	4,589	2,867	0,759
p		**0,037**	0,099	**0,004**	**0,038**	0,518
Bonferroni		d<a		d<a; d<b	d<a	
Gelir düzeyi						
Gelirim giderimden az (a)	133	5,97±2,93	2,23±1,63	2,1±1,51	1,41±1,03	1,72±1,09
Gelirim giderime eşit (b)	98	5,07±2,46	1,82±1,59	1,78±1,4	1,11±1,1	1,68±1,06
Gelirim giderimden fazla (c)	29	6,17±2,65	2,38±1,47	2,07±1,51	1,17±1,01	1,86±1,04
F		3,677	2,396	1,422	1,985	0,306
p		**0,027**	0,093	0,243	0,140	0,736
Bonferroni		b<c				
Aile yapısı						
Çekirdek aile (a)	206	5,57±2,66	2,16±1,58	1,91±1,48	1,26±1,04	1,66±1,08
Geniş aile (b)	38	5,74±3,27	1,5±1,37	2,11±1,33	1,24±1,12	1,92±1,02
Yalnız yaşıyorum (c)	16	6,56±2,45	2,56±2,1	2,5±1,63	1,71±1,38	1,93±1,03
F		0,994	3,526	1,381	0,630	1,235
p		0,371	**0,031**	0,253	0,533	0,293
Bonferroni			b<c			

Tablo 4.7. (Devamı) Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre KSA Benlik Saygısı, Çeşitli Anksiyete, İlgi İstek, Cinsel Doyum ve Menstruasyon Alt Boyutları Puanları Arasındaki Farklılığın Test Edilmesi (n: 260).

Özellikler	n	Benlik Saygısı Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Çeşitli Anksiyete Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	İlgi İstek Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Cinsel Doyum Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Menstruasyon alt Boyutu $\bar{x}$±ss
Sosyal güvence						
Evet	206	5,53±2,68	2,03±1,58	1,88±1,41	1,28±1,09	1,71±1,08
Hayır	54	6,11±2,96	2,31±1,69	2,33±1,68	1,25±0,92	1,75±1,05
t		-1,377	-1,165	-2,030	0,166	-0,227
p		0,170	0,245	**0,043**	0,869	0,821
Halen yaşanılan yer						
İl	170	5,77±2,92	2,05±1,62	2,08±1,43	1,29±1,07	1,71±1,07
İlçe/Köy	90	5,43±2,44	2,16±1,58	1,78±1,54	1,24±1,05	1,74±1,06
t		0,942	-0,490	1,559	0,341	-0,259
p		0,347	0,625	0,120	0,733	0,796

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) test istatistiği (post hoc Bonferroni testi),

t: bağımsız örneklem t test istatistiği

Kadınların yaş ve öğrenim düzeylerine göre; KSA'nın benlik saygısı, ilgi istek ve cinsel doyum alt boyutu puanları arasında, ayrıca yaşa göre KSA'nın çeşitli anksiyete alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 40-49 yaş grubundaki kadınların 18-28 yaş ve 29-39 yaş grubunda olanlara göre, ilkokul mezunu olan kadınların üniversite ve üzeri eğitimi olan kadınlara göre KSA'nın benlik saygısı, ilgi istek ve cinsel doyum alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, 40-49 yaş grubundaki kadınların 18-28 yaş ve 29-39 yaş grubunda olanlara göre çeşitli anksiyete alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu da belirlenmiştir (Tablo 4.7.).

Kadınların çalışma durumu ve yaşadıkları yere göre; KSA'nın benlik saygısı, çeşitli anksiyete, ilgi istek, cinsel doyum ve menstruasyon alt boyutu puanları arasında, ayrıca medeni durumlarına göre menstrüasyon alt boyutu hariç diğer alt boyut puanları arasında, gelir düzeylerine göre benlik saygısı alt boyutu hariç diğer alt boyut puanları arasında, aile yapısına göre çeşitli anksiyete alt boyutu hariç diğer alt boyut puanları arasında ve sosyal güvence durumlarına göre ilgi istek alt boyutu hariç diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gelirini giderinden fazla olan kadınların geliri giderine eşit olan kadınlara göre KSA'nın benlik saygısı alt boyutu puanları ve yalnız yaşayan kadınların geniş ailede yaşayan kadınlara göre KSA'nın çeşitli anksiyete alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.7.).

Tablo 4.8. Kadınların Sağlık Özelliklerine göre KSA toplam, Anksiyete Depresyon, Somatik Belirtiler, Somatopsişik, Somatik Bilişsel ve Gastrointestinal Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260).

Sağlık Özellikleri	n	KSA TOPLAM $\bar{x}$±ss	KSA Anksiyete Depresyon Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	KSA Somatik Belirtiler Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	KSA Somatopsişik Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	KSA Somatik Bilişsel Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	KSA Gastrointestinal Alt Boyutu $\bar{x}$±ss
Genel sağlık durumu							
İyi (a)	125	38,02±16,14	5,8±3,73	6,84±3,85	6,63±3,51	4,18±2,57	3,74±3,15
Orta (b)	101	50,42±16,63	8,11±3,97	8,4±4,32	8,8±3,04	5,57±2,75	5,5±3,73
Kötü (c)	34	50,35±19,41	8,74±4,96	8,74±4,27	8,44±3,8	4,71±3,38	6,38±3,89
F		17,673	12,645	5,307	12,435	7,200	11,340
p		**0,000**	**0,000**	**0,006**	**0,000**	**0,001**	**0,000**
Bonferroni		a<b; a<c	a<b; a<c;	a<c; a<b	a<c; a<b	a<b	a<b; a<c
Son 1 ay içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumu							
Evet	113	50,65±17,53	8,25±4,28	8,77±4,45	8,65±3,31	5,44±2,77	5,88±3,82
Hayır	147	39,67±16,6	6,18±3,88	6,86±3,74	6,99±3,52	4,29±2,76	3,9±3,21
t		5,161	4,066	3,753	3,847	3,339	4,535
p		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,001**	**0,000**
Kronik hastalık durumu							
Evet	60	54,25±18,18	8,92±4,33	9,78±4,36	9,13±3,29	5,55±2,93	6,63±4,13
Hayır	200	41,51±16,67	6,53±3,98	7,07±3,9	7,29±3,49	4,56±2,76	4,21±3,26
t		5,084	3,992	4,609	3,646	2,405	4,744
p		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,017**	**0,000**
Sürekli kullanılan ilaç durumu							
Evet	51	55,53±17,42	8,76±4,36	10,16±4,6	9,04±3,24	5,76±2,71	7,35±3,91
Hayır	209	41,74±16,89	6,67±4,04	7,09±3,82	7,39±3,52	4,55±2,8	4,13±3,26
t		5,194	3,271	4,926	3,048	2,791	6,077
p		**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,003**	**0,006**	**0,000**

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) test istatistiği (post hoc Bonferroni testi),

t: bağımsız örneklem t test istatistiği

Kadınların genel sağlık, son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama, kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı durumlarına göre KSA toplam, anksiyete depresyon, somatik belirtiler, somatopsişik, somatik bilişsel ve gastrointestinal alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Genel sağlığını orta olarak değerlendiren kadınların iyi olarak değerlendirenlere göre, KSA'nin toplam, KSA'nın anksiyete-depresyon, somatik belirtiler, somatopsişik, somatik bilişsel ve gastrointestinal alt boyutları puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.8.).

Tablo 4.9. Kadınların Sağlık Özelliklerine göre KSA Benlik Saygısı, Çeşitli Anksiyete, İlgi İstek, Cinsel Doyum ve Menstruasyon Alt Boyutları Puanları Arasındaki Farklılığın Test Edilmesi (n: 260).

Sağlık Özellikleri	n	Benlik Saygısı Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Çeşitli Anksiyete Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	İlgi İstek Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Cinsel Doyum Alt Boyutu $\bar{x}$±ss	Menstruasyon alt Boyutu $\bar{x}$±ss
Genel sağlık durumu						
İyi (a)	125	4,99±2,51	1,76±1,44	1,55±1,38	1,13±0,99	1,73±1,08
Orta (b)	101	6,36±2,61	2,40±1,70	2,42±1,42	1,35±1,09	1,75±0,99
Kötü (c)	34	6,00±3,39	2,38±1,69	2,21±1,55	1,56±1,15	1,58±1,25
Test		7,573	5,208	10,846	2,151	0,353
p		**0,001**	**0,006**	**0,000**	0,119	0,703
Bonferroni		a<b	a<b	a<b		
Son 1 ay içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumu						
Evet	113	6,07±2,82	2,5±1,68	2,3±1,49	1,3±1,02	1,78±1,1
Hayır	147	5,33±2,65	1,78±1,48	1,72±1,42	1,25±1,09	1,67±1,05
Test		2,162	3,672	3,199	0,370	0,810
p		**0,032**	**0,000**	**0,002**	0,712	0,419
Kronik hastalık durumu						
Evet	60	6,33±3,14	2,62±1,72	2,43±1,44	1,43±1,08	1,71±1,16
Hayır	200	5,45±2,59	1,93±1,54	1,84±1,46	1,23±1,05	1,72±1,04
Test		2,202	2,950	2,793	1,171	-0,067
p		**0,029**	**0,003**	**0,006**	0,243	0,947
Sürekli kullanılan ilaç durumu						
Evet	51	6,51±2,91	2,73±1,56	2,37±1,62	1,44±1,08	1,6±1,09
Hayır	209	5,44±2,67	1,93±1,58	1,88±1,42	1,23±1,05	1,75±1,06
Test		2,508	3,219	2,174	1,222	-0,887
p		**0,013**	**0,001**	**0,031**	0,223	0,376

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) test istatistiği (post hoc Bonferroni testi),

t: bağımsız örneklem t test istatistiği

Kadınların genel sağlık, son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama, kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı durumlarına göre KSA'nin benlik saygısı, çeşitli anksiyete ve ilgi istek alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<0,05$), cinsel doyum ve menstruasyon alt boyutları puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır. Genel sağlığını orta olarak değerlendiren kadınların iyi olarak değerlendirenlere göre, KSA'nin benlik saygısı, çeşitli anksiyete ve ilgi istek alt boyutları puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.9.).

4.3. Kadınların KSA Puanını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin İleri Analizine İlişkin Bulgular

Kadınların KSA toplam puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen sekiz bağımsız değişkenin (yaş, öğrenim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma, son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama, sürekli ilaç kullanımı kronik hastalık ve sağlık algı durumu) etkisini bir arada değerlendirmek için bacward yöntemi ile çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bacward yöntemi ile modelde en son; yaş sürekli değişken, öğrenim düzeyi, çalışma, son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama, sürekli ilaç kullanımı ve sağlık algı durumu ise kukla değişken olarak yer almıştır (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Kadınların KSA Toplam Puanını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin İleri Analizi (Backward yöntemi).

Bağımsız değişkenler	B	S.Hata	β	t	P	B için %95 güven aralığı		Collinearity istatistikleri	
						Alt sınır	Üst sınır	Toleranc e	VIF
Sabit	5,37	5,64		0,951	0,342	-5,75	16,49		
Yaş	0,82	0,13	0,39	5,961	0,000*	0,55	1,09	0,639	1,565
Kadının çalışma durumu (Çalışmayan)	6,16	2,39	0,15	2,575	0,011*	1,44	10,87	0,791	1,265
Son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama durumu (evet)	5,43	2,08	0,15	2,604	0,010*	1,32	9,54	0,824	1,213
Sürekli ilaç kullanımı (evet)	6,24	2,58	0,13	2,418	0,016*	1,15	11,33	0,838	1,193
Öğrenim düzeyi (lise)	6,29	2,55	0,16	2,464	0,014*	1,26	11,32	0,664	1,506
Öğrenim düzeyi (üniversite ve üzeri)	5,63	2,89	0,14	1,943	0,053*	-0,07	11,33	0,539	1,855
Sağlık durumu (orta)	4,83	2,05	0,13	2,353	0,019*	0,78	8,87	0,880	1,136
R:0,29	Adjusted R^2:0,27		F:15,28		p=0,000*		Durbin Watson:1,89		

F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=15,283$; $p<0,05$). VIF değerlerini değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığının kontrolü için hesaplanmaktadır. VIF değerlerine bakıldığında çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmadığı tespit edilmiştir. Durbin Watson test istatistiği, bir regresyon modeli tahmin edildikten sonra artık terimlerin korelasyon halinde olup olmadığını test etmeye yarayan bir sayıdır. Analiz sonucunda Durbin Watson değeri 1,899 olarak hesaplanmış ve bu değerin 1,5 ile 2,5

arasında olması otokorelasyon olmadığı varsayımı sağladığını göstermektedir (Kalaycı 2010). Artıkların normal dağılıma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Kadınların KSA toplam puanı üzerine anlamlı düzeyde etkisi olan altı bağımsız değişkenin β katsayısına göre önem sırası (en önemliden en az önemliye doğru) yaş ($p<.01$), kadının çalışma durumu, son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama durumu, sürekli ilaç kullanımı, öğrenim düzeyi, sağlık durumu ($p<.05$) şeklinde sıralanmaktadır. Söz konusu altı bağımsız değişken, kadınların KSA puanına ait değişimi (varyansı) %27 (Adjusted R^2:0,27) olarak açıklamaktadır (Tablo 4.10.).

Öğrenim düzeyi "ilkokul (1), ortaokul (2), lise (3) ve üniversite ve üzeri (4)" olarak sıralandığında, eğitim durumu lise olan kadınların ilkokul olan kadınlara göre KSA puanı 6,29, eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan kadınların KSA puanları, eğitim durumu ilkokul olanlara göre 5,63 puan daha fazladır. Sağlık algısı durumu "iyi (1), orta (2) ve kötü (3)" olarak sıralandığında, sağlık durumunu orta olarak algılayan kadınların KSA puanının sağlık durumunu iyi olarak algılayan kadınlara göre 4,83 puan daha fazla olduğu görülmektedir. Kadınların yaşındaki bir birimlik artış KSA puanlarında 0,82 puanlık bir artışa neden olmaktadır. KSA puanının; çalışmayan kadınlarda çalışan kadınlara göre 6,16 puan, son bir ay içerisinde sağlık sorunu yaşayan kadınlarda yaşamayanlara göre 5,43 puan ve sürekli ilaç kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre 6,24 puan daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10.).

4.4. Sosyo-Demografik ve Sağlık Özelliklerine göre SADÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanlarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde; kadınların SADÖ toplam puan ortalaması ve alt boyutlarının puan ortalamalarının, sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine göre dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.11.Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre SADÖ Toplam ve Alt Boyutların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260).

Özellikler	n	SADO Toplam $\bar{x}$±ss	Online Sağlık Arama $\bar{x}$±ss	Profesyonel Sağlık Arama $\bar{x}$±ss	Geleneksel Sağlık Arama $\bar{x}$±ss
Yaş					
18-28	117	41,62±9,91	19,45±6,39	11,38±3	10,78±3,06
28-39	95	40,15±10,14	18,07±6,81	11,11±3,51	10,97±3,41
39-49	48	40,9±8,61	17,81±6,05	11,35±2,82	11,73±3,04
F		0,592	1,671	1,671	0,222
p		0,554	0,190	0,190	0,801
Çalışma durumu					
Çalışıyor	69	40,78±10,55	19,35±6,74	10,87±3,24	10,57±3,51
Çalışmıyor	191	41,01±9,48	18,39±6,41	11,42±3,12	11,19±3,07
t		-0,162	1,046	-1,252	-1,391
p		0,871	0,297	0,212	0,165
Medeni durum					
Evli	196	41,76±9,39	18,96±6,41	11,47±3,06	11,32±3,1
Bekar	64	38,45±10,5	17,67±6,73	10,67±3,38	10,11±3,33
Test		2,375	1,383	1,774	2,666
p		**0,018**	0,168	0,077	**0,008**
Öğrenim düzeyi					
İlkokul (a)	62	80,16±15,55	39,37±9,85	16,74±6,7	11,19±3,21
Ortaokul (b)	55	86,16±17,9	40,95±9,02	18,56±6,37	11,16±3,24
Lise (c)	74	86,47±21,37	41,12±10,01	18,91±6,38	11,55±3,09
Üniversite (d)	69	89,16±21,81	42,17±9,97	20,14±6,27	11,14±3,16
Test		2,429	0,910	3,109	0,266
p		0,066	0,437	**0,027**	0,850
Bonferroni				a<d	
Gelir düzeyi					
Gelirim giderimden az	133	40,7±9,57	18,23±6,43	11,28±3,21	11,2±3,25
Gelirim giderime eşit	98	41,36±10,12	19,07±6,42	11,39±3,15	10,9±3,22
Gelirim giderimden fazla	29	40,69±9,63	19,14±7,21	10,9±3,02	10,66±2,97
Test		0,139	0,569	0,270	0,459
p		0,871	0,567	0,764	0,632

Tablo 4.11. (Devam) Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre SADÖ Toplam ve Alt Boyutların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260).

Özellikler	n	SADO Toplam $\bar{x}$±ss	Online Sağlık Arama $\bar{x}$±ss	Profesyonel Sağlık Arama $\bar{x}$±ss	Geleneksel Sağlık Arama $\bar{x}$±ss
Aile yapısı					
Çekirdek (a)	206	41,14±9,52	18,78±6,47	11,29±3,09	11,06±3,13
Geniş (b)	38	40,61±10,3	18,24±6,55	11,24±3,48	11,13±3,53
Yalnız yaşıyor (c)	16	39,31±11,89	17,88±7,13	11,19±3,41	10,25±3,38
F		0,285	0,231	0,012	0,505
p		0,752	0,794	0,989	0,604
Sosyal güvence					
Evet	206	40,81±9,75	18,66±6,37	11,15±3,16	11±3,21
Hayır	54	41,48±9,86	18,59±7,07	11,76±3,13	11,13±3,17
t		-0,452	0,068	-1,263	-0,275
p		0,651	0,946	0,208	0,784
Yaşanılan yer					
İl	170	40,71±9,94	18,61±6,62	11,11±3,27	10,99±3,34
İlçe Belde	90	41,4±9,44	18,72±6,31	11,6±2,93	11,08±2,92
t		-0,545	-0,137	-1,202	-0,200
p		0,586	0,891	0,230	0,841

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) test istatistiği (post hoc Bonferroni testi),
t: bağımsız örneklem t test istatistiği

Kadınların yaş, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile yapısı, sosyal güvence durumu ve halen yaşadıkları yere göre SADÖ toplam puanı ve alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05). Kadınların medeni durumlarına göre SADÖ toplam puanı ve geleneksel sağlık arama davranışı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Kadınların öğrenim düzeylerine göre SADÖ toplam puanı, online ve geleneksel sağlık arama davranışı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı (p>0,05) ve profesyonel sağlık arama davranışı puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu (p<0,05) ve üniversite mezunu olan kadınların ilkokul mezunu olan kadınlara göre profesyonel sağlık arama davranışının daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Kadınların Sağlık Özelliklerine göre SADÖ toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 260).

Özellikler	n	SADO Toplam $\bar{x}$±ss	Online Sağlık Arama $\bar{x}$±ss	Profesyonel Sağlık Arama $\bar{x}$±ss	Geleneksel Sağlık Arama $\bar{x}$±ss
Sağlık durumu					
İyi (a)	125	39,73±10,22	18,47±6,4	10,81±3,25	10,45±3,35
Orta (b)	101	42,3±9,16	19,24±6,59	11,66±2,98	11,4±2,99
Kötü (c)	34	41,41±9,42	17,53±6,64	11,85±3,17	12,03±2,85
F		1,996	0,963	2,739	4,519
p		0,138	0,383	0,067	**0,012**
Bonferroni					a<c
Son 1ay içinde sağlık sorunu yaşama					
Evet	113	43,33±9,28	19,48±6,6	12,15±2,79	11,7±3,1
Hayır	147	39,12±9,75	18,01±6,38	10,61±3,26	10,5±3,18
t		3,525	1,816	4,026	3,039
p		**0,001**	0,071	**0,000**	**0,003**
Kronik hastalık varlığı					
Evet	60	43,93±9,2	19,53±6,78	12,08±2,95	12,32±2,7
Hayır	200	40,05±9,76	18,38±6,41	11,04±3,18	10,64±3,23
t		2,737	1,206	2,275	3,660
p		**0,007**	0,229	**0,024**	**0,000**
Sürekli kullanılan ilaç varlığı					
Evet	51	42,98±8,55	19,22±6,39	11,78±3,04	11,98±2,65
Hayır	209	40,45±9,99	18,51±6,54	11,15±3,18	10,79±3,28
t		1,666	0,697	1,282	2,409
p		0,097	0,487	0,201	**0,017**

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) test istatistiği (post hoc Bonferroni testi),
t: bağımsız örneklem t test istatistiği

Kadınların genel sağlık durumarı ve sürekli ilaç kullanım varlığına göre SADÖ toplam puanı ve profesyonel ve online sağlık arama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05). Kadınların son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama, kronik hastalık varlığına göre SADÖ toplam ve profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışı alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Genel sağlığını kötü olarak değerlendiren kadınların iyi olarak değerlendirenlere göre geleneksel sağlık arama alt boyutları puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.12).

4.5. Kadınların SADÖ Puanını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin İleri Analizine İlişkin Bulgular

Kadınların SADÖ toplam puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen dört bağımsız değişkenin (TCAÖ toplam puanı, medeni durum, son bir ay içinde sağlık arama davranışı ve kronik hastalık) etkisini bir arada değerlendirmek için bacward yöntemi ile çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bacward yöntemi ile modelde en son; TCAÖ toplam puanı sürekli değişken, medeni durumu ve son bir ay içinde sağlık arama davranışı ise kukla değişken olarak yer almıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Kadınların SADÖ Toplam Puanını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin İleri Analizi- Bacward selection.

Bağımsız Değişkenler	B	S.Hata	β	T	p	%95 Güven aralığı		Collinearity istatistikleri	
						Alt sınır	Üst sınır	Tolerance	VIF
Sabit	27,67	3,02		9,149	0,000*	21,71	33,63		
TCAÖ	0,09	0,03	0,19	3,223	0,001*	0,03	0,15	0,969	1,032
Medeni durum (evli)	4,16	1,35	0,18	3,069	0,002*	1,49	6,83	0,970	1,031
Son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama durumu (evet)	4,42	1,16	0,22	3,803	0,000*	2,13	6,71	0,998	1,002
R:0,10	Adjusted R^2:0,09		F: 10,016		p: 0,000*		Durbin Watson: 2,11		

F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=10,016; p<0,05). VIF değerlerini değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığının kontrolü için hesaplanmaktadır. VIF değerlerine bakıldığında çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmadığı tespit edilmiştir. Durbin Watson test istatistiği, bir regresyon modeli tahmin edildikten sonra artık terimlerin korelasyon halinde olup olmadığını test etmeye yarayan bir sayıdır. Analiz sonucunda Durbin Watson değeri 2,117 olarak hesaplanmış ve bu değerin 1,5 ile 2,5 arasında olması otokorelasyon olmadığı varsayımı sağladığını göstermektedir (Kalaycı, 2010). Artıkların normal dağılıma sahip olduğu tespit edilmiştir.

Kadınların SADÖ toplam puanı üzerine anlamlı düzeyde etkisi olan üç bağımsız değişkenin β katsayısına göre önem sırası (en önemliden en az önemliye doğru) son bir ay içerisinde sağlık sorunu yaşama durumu, TCAÖ, medeni durum, (p<.01) şeklinde

sıralanmaktadır. Söz konusu üç bağımsız değişken Kadınların SADÖ puanına ait değişimi (varyansı) %9 (Adjusted R^2:0,09) olarak açıklamaktadır (Tablo 4.13).

SADÖ puanının; medeni durumu evli olanlarda bekâr olanlara göre 4,16 puan ve son bir ay içerisinde sağlık sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 4,22 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kadınların TCAÖ'den aldıkları puandaki bir birimlik artış SADÖ puanında 0,09 puanlık bir artışa neden olmaktadır. (Tablo 4.13).

6.TARTIŞMA

Kadınların toplumsal cinsiyet algısı, kadın sağlığı ve sağlık arama davranışını etkilemektedir. Olumsuz toplumsal cinsiyet algısı, kadınların yetersiz sağlık hizmet almasına, sağlığın korunma ve sürdürülmesinde sorunlara neden olabilmektedir (ANA 2015, Lehnert ve ark 2017, Heise ve ark 2019, Bartz 2020). Kadınların kendi sağlık durumlarının farkında olmaları, hastalık belirtilerini bilmeleri, erken dönemde sağlık hizmetlerine başvurabilmeleri, sağlığı koruyucu önlemler alabilmeleri, sağlık hizmetine erişim ve sunulan hizmetlerin niteliği kadın sağlığı için önem arz etmektedir (Eroğlu ve Koç 2012, Lehnert ve ark 2017, Buss ve ark 2020). Toplumsal cinsiyet algısı, kadınların sağlık durumlarını iyileştirmek, sürdürmek ve sağlık arama davranışlarını arttırmak için sağlık araştırmalarında dikkate alınması gereken temel unsurdur (Coen ve Banıster 2012, Legato ve ark 2016, Heise ve ark 2019).

Üreme çağındaki kadınlarda toplumsal cinsiyet algısının kadın sağlığı ve sağlık arama davranışı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular üç başlık altında tartışılmıştır:

5.1. Araştırma grubundaki kadınların sağlık özellikleri, TCAÖ, KSA, SADÖ ve alt boyutlarının puanları arasındaki ilişki ile ilgili bulguların tartışılması

5.2. Sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine göre KSA toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarının dağılımı ve KSA toplam puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin ileri analizine ilişkin bulguların tartışılması

5.3. Sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine göre SADÖ toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarının dağılımı ve SADÖ toplam puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin ileri analizine ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Araştırma grubundaki kadınların sağlık özellikleri, TCAÖ, KSA, SADÖ ve alt boyutlarının puanları arasındaki ilişki ile ilgili bulguların tartışılması

Çalışmaya katılan kadınların %38,8'inin genel sağlık durumunu orta olarak değerlendirdiği, %23,1'inin kronik hastalığının olduğu ve %19,6'sının sürekli ilaç kullandığı görülmüştür (Tablo 4.2). Ülkemizde kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet ile ilgili yapılan bir çalışmada, kadınların çoğunun kendi sağlık durumlarını orta olarak değerlendirdiği görülmektedir (Şavran 2014). Bilgili ve Ayaz (2009) tarafından kadın sağlığı ile ilgili yapılan başka bir çalışmada kadınların %48,1'inin kendini orta derecede sağlıklı algıladığı, %25,3'ünün kronik bir hastalığı olduğu ve %20,1'i sürekli ilaç kullandığı, Oktay ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada da kadınların %16,7'sinin kronik bir

hastalığının olduğu ve % 17,6'sının sürekli ilaç kullandığı saptanmıştır. Çalışma bulgularının mevcut literatürle benzer olduğu görülmektedir.

Kadınların KSA puan ortalaması 44,45±17,83 olarak bulunmuştur. Ölçek, kadınlarda fiziksel ve ruhsal semptomların saptanmasını ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmeye yöneliktir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça fiziksel ve ruhsal semptomlar artmakta ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi azalmaktadır (Çetinay ve Gülseren 2005). Bu bağlamda, çalışmamızda kadınların fiziksel ve ruhsal semptomlarının daha az ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Literatürde, kadınların erkeklere göre fiziksel ve ruhsal semptomları daha fazla deneyimledikleri görülmektedir (Topuz 2015, Clayton ve ark 2019,Glaiser 2019). Bu açıdan çalışma bulgumuz literatürden farklılık göstermektedir. Bu durum, literatürde fiziksel ve ruhsal semptomlara özgü spesifik çalışmaların yürütülmesinden, bizim çalışmamızda ise semptomlara özgü genel bir değerlendirme yapılmasından kaynaklanmaktadır. Çalışma bulgusuyla benzer olarak, Sharma ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada kadınların kadın sağlığı anketinden aldıkları puan ortalaması 47.43 + 8.36 olarak bulunmuş ve kadınların fiziksel ve ruhsal semptomlarını daha az yaşadıkları görülmektedir. Ayrıca Dotlic ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada da, kadınların kadın sağlığı anketinden aldıkları puanların düşük düzeyde olduğu ve kadınların yaşam kalitesinin oldukça iyi olduğu bildirilmektedir.

Kadınların KSA alt boyutlarında puan ortalamaları sırasıyla anksiyete-depresyon alt boyutu için 7,08±4,18; somatik belirtiler alt boyutu için 7,69±4,16; somatopsişik alt boyutu için 7,71±3,52; somatik bilişsel alt boyutu için 4,79±2,82; gastrointestinal alt boyutu için 4,77±3,62; benlik saygısı alt boyutu için 5,65±2,75; çeşitli anksiyete alt boyutu için 2,09±1,60; ilgi istek alt boyutu için 1,97±1,47; cinsel doyum alt boyutu için 1,27±1,06 ve menstruasyon alt boyutu için 1,72±1,07 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Alt boyutlardan alınan puanlar arttıkça ilgili alt boyuttaki semptomlar artmakta yani puan artışı ilgili alt boyuttaki rahatsızlığın yüksek olduğunu göstermektedir (Çetinay ve Gülseren 2005). Bu bağlamda, çalışmamızda kadınların anksiyete-depresyon, somatik, somatik bilişsel, gastrointestinal ve çeşitli anksiyete semptomlarını daha az, somatopsişik ve menstrual semptomları ise düşük düzeyde deneyimledikleri saptamıştır. Ayrıca kadınların benlik saygılarının, yaşamla ilgili ilgi/isteklerinin ve cinsel doyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.3.). Cao ve arkadaşları tarafından (2012) yapılan çalışmada; 15-49 yaş arasındaki kadınların depresyon ve anksiyete'yi %30,7 oranında yaşadıkları saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda; 15-49 yaş arasındaki kadınların %10-%35 arasında

aksiyete-depresyon yaşadığı görülmektedir (Çelik ve Hocaoğlu 2016, Ergöl ve Kuzu 2016, Taşgın ve ark 2019). Çalışma bulgumuzla benzer olarak, ülkemizde Yakar ve arkadaşlarının (2021)'de yaptığı çalışmada kadınların depresyon ve anksiyete belirtilerini düşük düzeyde yaşadıkları görülmüştür. Kadınların somatik belirtileri erkelere göre daha fazla deneyimledikleri görülmektedir (Limburg ve ark 2017, Çetin ve Varma 2021). Amerikan Psikiyatri Birliği (2013), somotik belirti bozukluklarının prevalansının genel popülasyonda %5-7 arasında olduğunu tahmin etmektedir. Somatik problemler, kadınlarda erkeklere göre 5-10 kat daha fazla ve daha çok 20-30 yaşları arasında görülmektedir. Çalışma bulgusuyla benzer olarak, Yakar ve arkadaşlarının (2021)'de yaptığı çalışmada kadınların somatik belirtileri düşük düzeyde yaşadıkları görülmüştür. Araştırmalarda, kadınlar genellikle daha olumsuz bir beden imajı bildirirken, erkekler kadınlara göre daha olumlu bir beden imajı bildirmektedir. Kadınların erkelere göre toplumsal baskıdan dolayı fiziksel görünümleri hakkında daha fazla eleştirildiği, bu durumdan olumsuz olarak daha fazla etkilendiği ve benlik saygılarının düştüğü bildirilmektedir (Flament ve ark 2012, Weaver ve Byers 2013). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise, kadınların beden imajları hakkında erkeklere göre daha sık düşündükleri, bu düşüncelere bağlı kadınlarda kaygı düzeyinin arttığı ve bu durumun daha düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Purdon ve Holdaway, 2006). Yapılan bir çalışmada kadınların 3te 2'sinin gastrointestinal sıkıntılar yaşadıkları ve kadınların %62'sinin yaşadıkları gastrointestinal semptomların genel olarak yaşam kalitelerini etkilediği bildirilmektedir (Del'arco ve ark 2017). Hollanda'da yürütülen bir araştırma, nüfusun %26'sının GI semptomları bildirdiğini ve kadın nüfus arasında daha yüksek bir prevalansa sahip olduğu saptanmıştır (Tielemans ve ark 2013). Yapılan çalışmalarda kadınların cinsel sorunlarının yaygınlık oranlarının %26 ile %49 arasında değiştiği saptanmıştır (Echeverry ve ark 2010, Ishak ve ark 2010). Cinsel istek eksikliği ve cinsel doyum problemleri genellikle kadınlar arasında en sık görülen cinsel sorun olduğu görülmektedir ve yaygınlık oranları %27 ile %70 arasında değişmektedir(Ishak ve ark 2010, Peixoto ve Nobre 2015). Peixoto ve Nobre (2015) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların yaklaşık yarısında cinsel istek eksikliği ve %75'inde ise cinsel doyum problemleri yaşadıkları saptanmıştır. Türkiye'de yapılmış olan çalışmalarda ise kadınların %28,6-%68,8 arasında cinsel problemler yaşadığı saptanmıştır (Ege ve ark 2010, Erbil 2011). Literatürde kadınların %34-94'ünün adet dönemlerinde ağrı ve rahatsızlık hissettiği ve yaşam kalitesinin üzerinde önemli etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Grandi ve ark 2012,Weisberg ve ark 2016, Sanctis ve ark 2017, Schoep ve ark 2019). Grandi ve arkadaşlarının(2012) yaptığı çalışmada kadınların yaklaşık %43.1'inin ağrılı menstruasyon yaşadığı ve kadınların menstruasyon

problemlerinden dolayı yaşam kalitesinin bozulduğu saptanmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda üreme çağındaki kadınların %16- 72,8 oranında menstruasyon problemleri yaşadıkları ve yaşanan semptomların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir(Kırcan ve ark 2012, Daşıkan ve Saruhan 2014, Aba ve ark 2018). Literatürde kadınların daha fazla fiziksel ve ruhsal semptom deneyimledikleri görülmektedir. Bu bağlamda, çalışma bulgularımız literatürden farklılık göstermektedir. Bu durum, literatürde kadınlarda fiziksel ve ruhsal semptomlara özgü çalışmaların yürütülmesinden, bizim çalışmamızda ise semptomların kadın sağlığına özgü tek bir ölçekle değerlendirilmesinden kaynaklanmaktadır.

Çalışmaya katılan kadınların, genel olarak sağlık arama davranışlarının yüksek olduğu, en fazla profesyonel sağlık arama davranışı ve en az ise online sağlık arama davranışı gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 4.3). Literatürde, bireylerin profesyonel, geleneksel ya da online sağlık arama davranışlarından herhangi birini ya da hepsini gösterebildikleri bildirilmektedir (Suswardany ve ark 2017, Probandari ve ark 2017, Zhao ve ark 2020). Çalışma bulgusuyla benzer olarak; Kıraç ve Öztürk (2021) ve Deniz ve Çimen'nin (2021) çalışmalarında da kadınların sağlık arama davranışının yüksek olduğu görülmektedir. Çalışma bulgusundan farklı olarak ise Thompson ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ise kadınların sağlık sorunlarına yanıt olarak orta düzeyde sağlık arama davranışı bildirdiği saptanmıştır. Bu durumun, Thompson ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında örneklemin geniş bir yaş aralığını (19-100) kapsaması, katılımcıların sosyoekonomik refah düzeyinin daha iyi ve öğrenim düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışma bulgusuyla benzer olarak, ülkemizde sağlık arama davranışı ile ilgili yapılan çalışmalarda; kadınların daha çok profesyonel sağlık arama davranışı ve daha az ise online sağlık arama davranışı gösterdiği görülmektedir (Deniz ve Çimen 2021, Kıraç ve Öztürk 2021). Çalışma bulgusundan farklı olarak ise, gelişmekte olan ülkelerde ve kırsal alanda yaşayan kadınlarda daha çok geleneksel sağlık arama davranışı olduğu (Supardi ve Susyanty 2010, Nasir ve ark 2016, Probandari ve ark 2017, Suswardany ve ark 2017, Wahyuni ve ark 2020, Zhao ve ark 2020) ve resmi sağlık hizmetlerinden erkeklere oranla daha az yararlandıkları bildirilmektedir (Das ve ark 2018, Shewamene ve ark 2017). Yapılan bir çalışmada kadınların önce online sağlık arama davranışı gösterdiği daha sonra profesyonel sağlık arama davranışı gösterdiği bildirilmiştir (Bidmon ve Terlutter 2015). Bu durumun sebebinin çalışma grubunun internete ulaşım olanaklarının fazla olmasından ve yaş grubunun daha genç olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Araştırmalarda kadınların % 35-%72'sinin online olarak

sağlıkla ilgili bilgilere eriştiklerini ve kırsal kesimdeki kadınların internete erişim eksikliği nedeniyle daha çok arkadaşlarından ve ailelerinden sağlıklarıyla ilgili bilgi almayı tercih ettikleri saptanmıştır (Fox ve Duggan 2013, Duggan ve Smith 2013, Powe 2015). Çalışma sonuçlarındaki bu farklılığın, çalışmaların sosyoekonomik refah düzeyi ve eğitimsel olarak farklı gruplarda yapılmasından, çalışmamıza katılan kadınların çok az bir kısmının kırsal alanda yaşamasından, büyük bir kısmının sosyal güvencesinin olmasından ve çalışmamızın yürütüldüğü bölgede sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadınların TCAÖ toplam puanı ile KSA toplam puanı ve alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (p>0,05; Tablo 4.4.; Tablo 4.4). Genel olarak bütün toplumlarda kadınların erkeklere oranla daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları bildirilmektedir (Bairey ve ark 2017, Başar 2017, Hay ve ark 2019). Sosyo-kültürel, ekonomik ve biyolojik faktörler, kadınların sağlığını erkeklere göre daha çok olumsuz olarak etkilemektedir (Glaiser 2019). Ülkemizde yapılan çalışmalarda toplumsal cinsiyetin sağlık üzerindeki etkilerine bakıldığında kadınların erkeklere göre yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu ve daha fazla hastalık yaşadıkları belirtilmektedir (Sezgin 2015, Başar 2017). Literatürde toplumsal cinsiyet algısının kadınların ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır (Hu ve ark 2015 , Werner ve ark 2017). Patil ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada, toplumsal cinsiyetin depresyon için büyük risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Literatürde, kadınların yaşam boyu daha yüksek anksiyete ve depresyon yaşadıkları ve olumsuz toplumsal cinsiyet algısının bu örüntüye katkıda bulunduğu bildirilmiştir (Kira ve ark 2017). Yapılan araştırmalarda kadın cinsiyetinin ve toplumsal baskının somotik problemleri tetiklediği ve kadınların erkeklere oranla 5-10 kat daha fazla somatik problemler yaşadığı saptanmışır. (Limburg ve ark 2017, Elbi ve ark 2019, Yüksel 2020, Çetin ve Varma 2021). Literatürde kadınların gastrointestinal sorunları erkeklere göre daha çok deneyimledikleri saptanmıştır (Smink ve ark 2014, Boeckxstaens ve ark 2016, Sperder 2017, Keefer 2018). Bu durumun, kadınların erkeklere göre psikolojik olarak daha hassas olması, cinsiyet rolleri, toplumsal cinsiyet ve sosyokültürel farklılıklar gibi faktörlerden kaynaklanabildiği bildirilmektedir (Choghakhori ve ark 2017, Houghton ve ark 2017). Olumsuz toplumsal cinsiyet algısına sahip kadınlarda da, irritabl bağırsak sendromunun yaygın görüldüğü ve bu duruma bağlı erkeklere göre ishal, hazımsızlık, abdominal distansiyon ve gaz problemleri gibi gastrointestinal belirtilere bağlı daha çok kaygı yaşadıkları bildirilmiştir (Björkman ve ark 2014). Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere

göre daha fazla fiziksel görünümleri hakkında eleştrildikleri ve bu duruma bağlı olarak benlik saygılarının düştüğü bildirilmektedir (Flament ve ark 2012, Weaver ve Byers 2013). Literatürde olumsuz toplumsal cinsiyet algısının kadınlarda daha düşük benlik saygısına sebep olduğu saptanmıştır (Kaya ve Uysal 2015, Park ve ark 2017, Kim ve Park 2018) . Literatürde kadınların cinsel ilişkide kendilerini daha az güce sahip olarak algıladıkları bildirilmektedir (Katz ve Kloet 2010, Conley ve ark 2011). Daha eşitlikçi inançlara sahip ve olumlu toplumsal cinsiyet algısı olan kadınların daha fazla cinsel uyarılabilirlik, cinsel öz-yeterlilik ve daha iyi bir cinsel doyum yaşadığı saptanmıştır (Conley ve ark 2011). Yapılan bir araştırmada ebeveynleriyle olumlu ilişkisi olan kadınların daha fazla cinsel atılganlık gösterdiği ve daha iyi cinsel doyum yaşadığı saptanmıştır (Katz ve Kloet 2010). Yapılan başka bir çalışmada kadın ve erkeklerin toplumsal cinsiyet rolüyle tutarlı cinsel davranışlar sergilediklerinde daha düşük benlik saygısı yaşadıkları bildirilmektedir (Good ve Sanchez 2010). Yapılan çalışmalarda, toplumsal cinsiyet algısının kadınların menstrüasyon sorunları üzerine etkili olduğu görülmektedir (George 2013, Dolan ve ark 2014, Parker ve ark 2014). Literatürde toplumsal cinsiyet algısı ve menstrüasyona yönelik olumsuz tutumların, kadınlarda daha fazla premenstrual sıkıntılara sebep olduğu ve adet gören kadınların belirli günlük aktiviteleri gerçekleştiremeyeceğini(Marván ve ark 2014), ve daha olumsuz bir beden imajı (Chrisler ve ark 2015) bildirdiği saptanmıştır (Grose ve Grabe 2014). Yapılan araştırmalar menstrüasyona yönelik olumsuz tutumların, menstrüal semptomları, menstrüal ağrıları ve premenstrüal sıkıntıyı arttırdığı saptanmıştır(Grose ve Grabe 2014, Marván ve ark 2014, Marván ve ark 2017). Sonuç olarak, olumsuz toplumsal cinsiyet algısına bağlı olarak kadınların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının olumsuz olarak etkilendiği görülmektedir. Bu bağlamda, çalışma bulgularımız literatürden farklılık göstermektedir. Bu durumun, literatürdeki çalışmalarda kadınlarda fiziksel ve ruhsal semptomların ayrı ayrı değerlendirilmesinden, çalışmamızda ise kadın sağlığına özgü tek bir ölçekle semptomların genel olarak değerlendirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların toplumsal cinsiyet algısı ile profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışı arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Kadınların toplumsal cinsiyet ile ilgili algısı olumlu oldukça genel sağlık arama davranışı ($p<0,05$; Tablo 4.5; Tablo 4.13) ve online sağlık arama davranışının arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.5). Olumlu toplumsal cinsiyet algısı kadınların sağlık durumları ile ilgili farkındalıklarını arttırıp sağlık arama davranışını ve online sağlık arama davranışını arttırdığı söylenebilir. Literatürde, toplumsal cinsiyet algısı olumlu olan kadınların hem fiziksel hem de zihinsel sağlık

kaygılarına yanıt olarak daha fazla sağlık arama davranışı gösterdiği görülmektedir (Månsdotter ve ark 2012, Kluagman ve ark 2014, Shahabuddin ve ark 2015). Thompson ve arkadaşları (2016) sağlık sorunu olan kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık arama davranışı gösterdiğini, Demir ve Beji (2015) tarafından yapılan çalışmada kadınların %19'unun utanma ve önemsememe ve toplumsal rolleri nedeniyle vakit bulamadığı için sağlık arama davranışını erteledikleri ya da aramadıkları saptanmıştır. Şavran (2014) yaptığı çalışmada kadınların yalnızca çok acil durumlarda sağlık arama davranışı gösterdiği, kadınların üzerindeki ekonomik baskı ve kısıtlanma dolayısıyla sağlık hizmetlerinden yararlanamadıkları görülmüştür. Literatürde, gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların resmi sağlık hizmetlerinden erkeklere oranla daha az yararlandıkları ve geleneksel sağlık arama davranışına ise daha fazla yöneldikleri bildirilmiştir (Das ve ark 2018, Shewamene ve ark 2017). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise, kadınların eşlerine sormadan hastaneye gidemediği, yalnızca kadın hekimlere muayene olabildiği, bunun gibi sağlık hizmetlerine erişim sorunları yaşadıkları belirtilmektedir (Kitiş ve Bilgici 2007). Kadınların toplumsal cinsiyet algılarının sağlık arama davranışlarını ve online sağlık arama davranışlarını etkilediği literatürdeki çalışmalarla parallelik göstermektedir.

5.2. Sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine göre KSA toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarının dağılımı ve KSA toplam puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin ileri analizine ilişkin bulguların tartışılması

Çalışmamızda, kadınlarda yaştaki artış ile birlikte kadın sağlığı ile ilgili sorunların (KSA toplam puanında artış) arttığı (Tablo 4.10), 40-49 yaş aralığındaki kadınlarda diğer yaş aralığında bulunan kadınlara göre sağlık sorunlarının (KSA toplam ve KSA'nın anksiyete depresyon, somatik belirtiler, somatik bilişsel, gastrointestinal, somatopsişik, benlik saygısı, çeşitli anksiyete, ilgi istek ve cinsel doyum alt boyut puanlarında artış) daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 4.6, Tablo 4.7). Buna göre, kadınların yaşı artıkça fiziksel ve ruhsal semptomlarının daha çok arttığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir. Ayrıca çalışmamızda kadınların yaş gruplarına göre KSA gastrointestinal alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.7.). Literatürde kadınların yaşı ilerledikçe fiziksel ve ruhsal semptom yaşama durumlarının arttığı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir. Bunun sebebinin yaş ilerledikçe, yaşa bağlı olarak kronik hastalıkların artması ve sağlık durumunun kötüleşmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Öner 2014, Dotlic ve ark 2018, Burchakova ve Filippova 2020). Bu bağlamda, çalışma sonucumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Dotlic ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada anksiyete/depresyonun yaşla birlikte arttığı, refah seviyesi yüksek olan genç kadınların yaşlı kadınlara göre daha az cinsel tatmin problemleri yaşadığı ve genç yaşın daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sulima ve arkadaşları (2017) cinsellik ve somotik semptomların yaş arttıkça daha fazla arttığı ve yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Caylan ve arkadaşları (2011) Türkiye de kadın sağlığı anketi kullanarak yaptığı bir çalışmada somatik semptomların ve cinsellik problemlerinin yaşla birlikte arttığı, somatik bilişsel problemlerin yaşın artmasıyla azaldığı ve yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ilerleyen yaşla birlikte kadınların yaşam kalitelerinin düştüğü birçok çalışma bulunmaktadır (Caylan ve ark 2011, Öner 2014). Bizim yaptığımız çalışma ile ulusal ve uluslararası literatür benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda, çalışmayan kadınların çalışan kadınlara göre KSA toplam puanları ($p<0,05$; Tablo 4.6; Tablo 4.10), anksiyete depresyon, somatik belirtiler, somatopsişik ve gastrointestinal alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yani, çalışmayan kadınların sağlık sorunları artmakta ve yaşam kaliteleri azalmaktadır. ($p<0,05$). Kadınların çalışma durumuna göre, somatik bilişsel ve somatik belirtiler, benlik saygısı, çeşitli anksiyete, ilgi istek, cinsel doyum ve menstruasyon alt boyutundan aldıkları puanların değişmediği saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.6; Tablo 4.7). Çalışma bulgumuzla benzer olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada; çalışmayan kadınların daha fazla depresyon yaşadıkları saptanmıştır (Etiler 2015). Çalışma bulgularımızdan farklı olarak literatürde; çalışan kadınların kadın sağlığı rahatsızlıklarının çalışmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Hamam ve ark 2012, Żołnierczuk ve ark 2014, Sharma ve ark 2021, Yapılan araştırmalarda, çalışan kadınların duygusal, fiziksel sağlıkları ve yaşam kalitesinin çalışmayan kadınlara göre daha kötü olduğu saptanmıştır (Sharma ve ark 2021, Żołnierczuk ve ark 2014). Hamam ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada, çalışan kadınların sık sık depresif ruh hali, somatik semptomlar, somatik bilişsel problemler, uyku problemleri ve konsantrasyon sorunları yaşadıkları ayrıca yaşam kalitelerinin bozulduğu bildirilmiştir. Bu durumun; diğer çalışmalardaki çalışan kadınların çalışma şartlarının ağır olabilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, çalışmamızda daha çok genç yaş grubunun yer alması ve literatürde çalışmaların orta yaş grubunda yürütülmesi ve bu durumun yaşla birlikte sağlık sorunlarının artmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadınların medeni durumuna göre KSA toplam puan ortalaması, anksiyete depresyon, somatik belirtiler, somatopsişik, somatik bilişsel ve gastrointestinal, benlik saygısı,

çeşitli anksiyete, ilgi istek, cinsel doyum alt boyutlarının puan ortalamalarının değişmediği saptanmıştır (p>0,05; Tablo 4.6; Tablo 4.7). Menstruasyonla ilgili rahatsızlıkların evli olan kadınlarda, bekar olan kadınlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (p<0,05; Tablo 4.7). Ayrıca Çalışma bulgularımızdan farklı olarak; literatürde evli kadınların bekâr kadınlara göre genel olarak sağlık durumlarının ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (Giannoulia ve arkadaşlarının 2012, Żołnierczuk ve arkadaşları 2014,Kanadys ve ark 2016, Kovacevic ve arkadaşları,2018).Bu durumun; çalışmaların farklı sosyo-kültürel yapıya sahip toplumlarda yürütülmüş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadınların öğrenim düzeyleri ile anksiyete depresyon, somatik belirtiler, somatopsişik ve somatik bilişsel, çeşitli anksiyete ve menstruasyon, alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (p>0,05), KSA topam puanı, gastrointestinal, benlik saygısı, ilgi istek, cinsel doyum alt boyutlarında aldıkları puanların ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0,05; Tablo 4.6; Tablo 4.7). Yani kadınların öğrenim düzeyleri arttıkça sağlık sorunlarının, gastrointestinal, benlik saygısı, ilgi istek ve cinsel doyum sorunlarının azaldığı, yaşam kalitelerinin arrtığı görülmüştür. Çalışma bulgularımızla benzer olarak, literatürde öğrenim düzeyi yüksek olan kadınlarda düşük olanlara göre daha az sağlık sorunu (Kanadys ve ark. 2016, Ceylan ve ark 2011) ve daha az cinsel doyum sorunu yaşadığı bildirilmektedir (Arıdoğan ve ark 2013, Sulima ve ark. 2017).Çalışma bulgularımızla benzer olarak; literatürde öğrenim düzeyi yüksek olan kadınların benlik saygısının daha iyi olduğu bildirilmiştir (Erol ve Orth 2011, Saygılı ve ark 2015). Bu durumun; öğrenim düzeyi yüksek olan kadınların sosyal olarak daha özgür ve aktif olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak birkaç çalışmada; öğrenim düzeyi düşük olan kadınların yüksek olan kadınlara göre daha çok depresyon ve anksiyete yaşadığı (Sulima ve ark. 2017, Perez ve ark. 2018) ve daha fazla somatizasyon sorunu yaşadıkları bildirilmiştir (Dığrak ve ark. 2014). Bu durumun; çalışmaların farklı sosyo-kültürel ve ekonomik şartlara sahip toplumlarda yürütülmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadınların gelir düzeyleri ile anksiyete-depresyon, gastrointestinal, çeşitli anksiyete, ilgi-istek, cinsel doyum ve menstruasyon alt boyutundan aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (p>0,05), KSA toplam puanı, somatik belirtiler, somatopsişik, somatik bilişsel ve benlik saygısı alt boyutlarının puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Geliri giderinden fazla olan kadınların geliri giderine eşit olan kadınlara göre kadın sağlığı

rahatsızlıklarının daha fazla olduğu ve yaşam kalitesinin daha kötü olduğu, daha fazla somatik problemler ve somatik bilişsel rahatsızlıklar yaşadıkları saptanmıştır. Geliri giderine eşit olan kadınların, geliri giderinden az ve fazla olanlara göre daha fazla somotopsişik problemler yaşadığı, ayrıca geliri giderinden az olan kadınların geliri giderine eşit olan kadınlara göre benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6; Tablo 4.7). Çalışma bulgularımızdan farklı olarak, literatürde sosyoekonomik durumu kötü olan kadınların daha fazla sağlık sorunu, cinsel sorun (Ambler ve ark 2012, Dotlic ve ark 2015), somatik problemler ve anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (Dığrak ve ark 2014). Ülkemizde Caylan ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada, sosyo-ekonomik durumu kötü olan kadınların menstrüal problemler, hafıza-konsantrasyon, somatik belirtiler ve uyku sorunları yaşadıkları bildirilmiştir. Çalışmada elde ettiğimiz veriler literatür farklı sonuçları göstermektedir. Bu durumun, olumsuz toplumsal cinsiyet algısından dolayı kadınların sosyo-ekonomik kaynaklara rahat bir şekilde erişememeleri ve yararlanamamlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadınların aile yapılarına göre KSA toplam puan ortalaması, anksiyete depresyon, somatik belirtiler, somatopsişik, somatik bilişsel ve gastrointestinal, benlik saygısı, ilgi istek, cinsel doyum, menstruasyon alt boyutlarının puan ortalamaları ile kadınların aile yapıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p<0,05$). Çekirdek aileye sahip kadınların geniş aileye sahip kadınlara göre daha fazla anksiyete yaşadıkları saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.6; Tablo 4.7). Çalışma bulgularımızla benzer olarak, literatürde geniş ailede yaşayan kadınların daha iyi ruhsal sağlık durumları olduğu (Do ve Malhotra 2012, Oshio 2014), ayrıca çekirdek ailede yaşayan kadınların daha fazla anksiyete problemleri yaşadıkları bildirilmiştir (Dığrak ve ark 2014). Çalışma bulgularımızdan farklı olarak ise; yapılan bir çalışmada geniş aileye sahip kadınların cinsel sorunlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Ürkmez ve ark 2018). Bu durumun; çalışmların farklı sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik toplumlarda yaşayan kadınlarda yürütülmesinden, aile üyeleri arasındaki ilişkiden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sosyal güvencesi olmayan kadınların, olan kadınlara göre KSA'nın anksiyete-depresyon, somatopsişik, somatik bilişsel ve ilgi istek problemlerini daha fazla yaşadıkları saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.6; Tablo 4.7). Çalışma bulgumuzla benzer olarak, sosyal güvencesi olmayan kadınların orta ila şiddetli depresif belirtilere sahip olma olasılığının daha fazla olduğu saptanmıştır (Zeleke ve ark 2017, Dotlic ve ark 2018). Yapılan araştırmalarda sosyla güvencesi olan kadınların genel sağlık durumlarının daha iyi olduğu (Frenk ve ark

2012, Knaul ve ark 2012, Chua ve Sommers 2014, Wallace ve Sommers 2015) ve sosyal güvencesi olmayan kadınların ise daha fazla hastalık riskine karşı savunmasız kaldıkları bildirilmiştir (Kaiser Family Foundation, 2015).

Kadınların halen yaşadıkları yere göre KSA toplam puan ortalaması, anksiyete depresyon, somatik belirtiler, somatopsişik, somatik bilişsel, gastrointestinal, benlik saygısı, çeşitli anksiyete, ilgi istek, cinsel doyum ve menstruasyon alt boyutlarının puan ortalamaları ile halen yaşanılan yer arasında arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4.6; Tablo 4.7). Çalışma bulgularımızla benzer olarak, Dığrak ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada ruhsal problemlerin ve somotik problemlerin yaşanılan yere göre değişmediği bildirilmiştir. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak, uluslararası ve ulusal çalışmalarda; kırsal alanda yaşayan kadınların kentsel alanda yaşayan kadınlara göre sağlıkları (Şavran 2014) ve yaşam kalitelerinin önemli ölçüde daha düşük olduğu, ayrıca depresif belirtiler ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu (Zolnierczuk ve ark 2012, Urosevic ve ark 2015, Sulima ve arkadaşları 2017), cinsel doyum problemlerini daha fazla yaşadıkları (Urosevic ve ark 2015, Sulima ve arkadaşları 2017) ve benlik saygılarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Urosevic ve ark 2015). Bu durumun; kentsel alanda yaşamanın kırsal alanda yaşamaya göre sosyo- kültürel ve ekonomik fırsatlara daha kolay erişebilme olanağı sunmasından, kırsal alanlarda yaşayan kadınların sosyoekonomik dezavantajlarından (düşük eğitim, işsizlik/eksik istihdam, finansal sorunlar ve kadın ayrımcılığı) ve nitelikli sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha sınırlı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, çalışmamızdaki kadınların çoğunluğunun kentsel alanda yaşaması ve araştırmanın yapıldığı bölgede kırsal alandan kente ulaşım olanaklarının kolay olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Genel sağlık durumunu kötü ve orta düzeyde değerlendiren kadınların iyi olarak değerlendiren kadınlara göre fiziksel ve ruhsal semptomlarının daha çok arttığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir ($p<0,05$; Tablo4.8; Tablo 4.9; Tablo 4.10). Ayrıca kadınların genel sağlık durumuna göre; KSA'nın cinsel doyum ve menstruasyon alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.9). Çalışma bulgumuzla benzer olarak literatürde, sağlık durumlarını iyi olarak değerlendiren kadınların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu, daha az somatik semptom ve depresyon yaşadıkları (Ceylan ve ark 2014, Dotlic ve ark 2015) ve kötü olarak değerlendiren kadınlarda ise fiziksel ve mental hastalık riskinde artış olduğu bildirilmektedir (Mozaffarian ve ark 2016, Saquib ve ark 2018, Hou ve ark 2015).

Son bir ay içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayan kadınların, yaşamayan kadınlara göre fiziksel ve ruhsal semptomlarının daha çok arttığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir ($p<0,05$; Tablo 4.8; Tablo 4.9; Tablo 4.10). Çalışma bulgumuzla benzer olarak araştırmalarda, kadınlarda yaşanan akut sağlık sorunlarının uzun vadede fiziksel ve psikososyal semptomları arttırabildiği ve yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olduğu belirtilmiştir (Halland ve ark 2013, Alimohammadian ve ark 2014, Houghton ve ark 2016).

Kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan kadınların, kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayanlara göre KSA puanları kapsamında fiziksel ve ruhsal semptomlarının daha çok arttığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir ($p<0,05$;Tablo 4.8; Tablo 4.9; Tablo 4.10). Çalışam bulgumuzla benzer olarak; Kronik hastalığı bulunan kadınların bulunmayanlara göre KSA puanları kapsamında fiziksel ve ruhsal semptomlarının daha çok arttığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir ($p<0,05$, Tablo 4.8, Tablo 4.9).Çalışam bulgumuzla benzer olarak; literatürde kronik rahatsızlığın tipine ve sürekli ilaç kullanma durumuna göre olan kadınların somatik, somato-bilişsel, anksiyete, depresif belirtiler (Dığrak ve ark 2014,Katainen ve ark. 2017,), uyku sorunları, cinsel sorunlar (Katainen ve ark. 2017,Dotlic ve ark 2018) ve menstuasyon sorunları (Katainen ve ark. 2017) yaşadıkları bildirilmektedir.

5.3. Sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine göre SADÖ toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarının dağılımı ve SADÖ toplam puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin ileri analizine ilişkin bulguların tartışılması

Çalışmamızda kadınların yaş dağılımına göre sağlık arama davranışı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$; Tablo 4.11). Çalışma bulgularımız ile benzer olarak; çalışmalarda kadınların yaşlarına göre genel sağlık arama davranışı (Deniz ve Çimen 2012, Okumuş ve Demirci 2015, Özdemir ve Arpacıoğlu 2020) ve profesyonel sağlık arama davranışları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı gösterilmiştir (Özdemir ve Arpacıoğlu 2020). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak, literatürde yaştaki artışla profesyonel sağlık arama davranışının azaldığı (Thompson ve ark 2016, Bintabara ve ark 2018), yoksul ve yaşlı kadınların ise geleneksel sağlık arama davranışlarının daha yüksek olduğu (Suswardany ve ark 2017) görülmektedir. Ülkemizde Kara'nın (2013) yaptığı çalışmada, 20-29 yaş aralığındaki kadınların profesyonel sağlık arama davranışının 40-49 yaş aralığındaki kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Kıraç ve Öztürk (2021) yaptığı çalışmada, genel sağlık arama davranışının ve online sağlık arama davranışının yaş arttıkça düştüğü, geleneksel ve profesyonel sağlık arama davranışının yaş arttıkça daha fazla olduğu

saptanmıştır. Ayrıca daha genç ve yüksek eğitime sahip kadınların daha fazla online sağlık arama davranışı gösterdiği ve bunun sebebinin internet kullanımının gençlerde daha fazla olmasından dolayı olduğu düşünülmüştür (Krebs ve Duncan 2015, Bhuyan ve ark 2016). Literatürde ve çalışmamızda yaş durumuna göre sağlık arama davranışı ile ilgili farklı sonuçların çıkmasının; çalışmaların farklı ülkelerde, aynı ülke olsa bile farklı sosyo-kültürel alanlarda yaşayan kadınlarda yürütülmesinden ve sağlık sorunları ile başetme farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, kadınların öğrenim düzeyi arttıkça daha fazla profesyonel sağlık arama davranışı gösterdikleri saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.11). Çalışma bulgularımızla benzer olarak literatürde, öğrenim düzeyi yüksek olan kadınların daha fazla sağlık arama davranışı gösterdiği ve profosyonel sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandığı bildirilmiştir (Gordon ve ark 2011, Mekonnenve ark 2011, UNFPA 2012, Deniz ve Çimenin 2021).

Çalışmamızda kadınların çalışma durumu, gelir düzeyi ve sosyal güvence durumlarına göre sağlık arama davranışlarında fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$;Tablo 4.11). Çalışma bulgularımıza benzer olarak literatürde çalışma durumunun sağlık arama davranışı, profesyonel sağlık arama davranışı, geleneksel sağlık arama davranışı(Özdemir ve Arpacıoğlu 2020, Kıraç ve Öztürk 2021) ve online sağlık arama davranışı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Özdemir ve Arpacıoğlu 2020) Yapılan bir çalışmada, çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre daha fazla sağlıklı arama davranışı gösterdiği ve sağlık hizmetlerinden daha çok yararlandığı görülmektedir (Wado 2018). Bu durumun; çalışan kadınlar ekonomik özgürlüklerine bağlı olarak profesyonel sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşabilmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışma bulgularımzdan farklı olarak araştırmalarda; sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kadınların yüksek olanlara göre, hastaneye gitmeyi geciktirme eğiliminde olduğu (Jiang ve ark 2014, Luo ve ark 2016), profesyonel sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılıklarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (Sudhinaraset ve ark 2013, Doblyte ve Jiménez 2017, Shewamene ve ark 2017). Yoksul kadınların geleneksel tedavi arama olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Suswardany ve ark 2017). Bu durumun; ülkemizde sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılabilir olmasından kaynaklanabileği düşünülmektedir. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak literatürde sosyal güvenceye sahip olan kadınların profesyonel sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabildikleri saptanmıştır (Sommers ve ark 2015, Abuduxike ve ark 2020) Marchi ve ark 2021). Desai ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada, sosyal güvenceye sahip olan kadınların olmayan kadınlara göre, hastaneye yatış oranlarının daha fazla olduğu

görülmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda sosyal güvencesi olan bireylerin, tedavi süreçlerini ertelemedikleri ve zamanında tedavi aldıkları bildiirlmiştir (O'Neill ve ark 2015, Hirshfield ve ark 2018). Sosyal güvence eksikliğinin neredeyse tüm kadınların sağlık hizmeti kullanımını azalttığı bildirilmekte ve son yıllarda kadınların sağlık hizmeti kullanımı önünde önemli bir engel olarak görünmektedir (Sobotka 2011, Burlone 2013). Bu durumun; kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, evli olan kadınların bekâr olanlara göre genel olarak daha fazla sağlık arama davranışı ($p<0,05$;Tablo 4.11; Tablo 4.13), özellikle de daha fazla geleneksel sağlık arama davranışı gösterdikleri saptanmıştır ($p<0,05$;Tablo 4.11). Çalışma bulgularımıza benzer olarak, uluslararası literatürde boşanmış hastaların daha az sağlık arama davranışı gösterdikleri bulmuştur (Asfaw ve ark 2018). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise, evli olan bireylerin bekar olanlara göre daha fazla online sağlık arama davranışı (Deniz ve Çimen 2021) ve daha fazla profesyonel sağlık arama davranışı (Kıraç ve Öztürk 2021) gösterdiği bulunmuştur.

Çalışmamızda, kadınların aile yapısına ve yaşadıkları yere göre sağlık arama davranışının değişmediği bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.11). Çalışma bulgmuzdan farklı olarak, Ohashi ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, Mısırlı kadınların sağlık arama davranışlarının kocaları ve kayınvalidelerinden etkilendiği ve geniş ailede yaşayan kadınların daha az sağlık arama davranışı gösterdikleri saptanmıştır. Bu durumun ülkeler arasındaki sosyo-kültürel farklılıklardan ve kadının toplumsal statüsünden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Literatürde çalışma bulgumuzdan farklı olarak, kadınların kırsal ve kenstel alanda yaşama durumlarına göre sağlık arama davranışlarının değiştiği görülmektedir. Kırsal alanda yaşayan bireylerin, kentsel alanda yaşayanlara göre profesyonel sağlık arama davranışının daha düşük (Nababan ve ark 2018, Wado 2018) ve geleneksel sağlık arama davranışlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Suswardany ve ark 2017, Wahyuni ve ark 2020). Araştırmalarda, yetişkinlerin % 35-%72'sinin online olarak sağlıkla arama davranışında bulundukları ve kırsal kesimdeki kadınların internete erişim eksikliği nedeniyle daha çok arkadaşlarından ve ailelerinden sağlıklarıyla ilgili bilgi almayı tercih ettikleri gösterilmiştir (Duggan ve Smith 2013, Fox ve Duggan 2013, Powe 2015). Bu durumun; çalışmamızın yürütüldüğü bölgede kırsal ve kentsel alanda olmak farketmeksizin profesyonel ve online sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatürde, kadınların kendi sağlıkları hakkında sahip oldukları algıların, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını ve sağlık arama davranışlarını belirleyen en önemli faktör olduğu bildirilmektedir (Thompson ve ark 2016, Asfaw ve ark 2018, Amiri ve ark 2019, Abuduxike ve ark 2020). Çalışmamızda, sağlık durumunu kötü olarak algılayan kadınların iyi olarak algılayanlara göre daha fazla geleneksel sağlık arama davranışı gösterdikleri saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.12). Çalışma bulgumuz ile benzer olarak, sağlığını daha iyi algılayan kadınların herhangi bir sağlık sorunu yaşadıklarında sağlık arama davranışlarının daha yüksek olduğu (Thompson ve ark 2016, Asfaw ve ark 2018, Abuduxike ve ark 2020). ve kadınlarının genellikle uzman tıbbi görüş almak yerine arkadaşlarından ve komşularından gelen tavsiye ve sağlık önerilerini kabul ettiği için geleneksel sağlık arama davranışında bulundukları saptanmıştır (Amiri ve ark 2019).

Çalışmamızda, son bir ay içerisinde sağlık sorunu yaşayan kadınların yaşamayan kadınlara göre ($p<0,05$; Tablo 4.12, Tablo 4.13) ve kronik hastalığı olanların olmayanlara göre özellikle geleneksel ve profesyonel olmak üzere daha fazla sağlık arama davranışı gösterdikleri saptanmıştır. ($p<0,05$; Tablo 4.12). Literatürde, kadınların sağlık sorunlarında sağlık arama davranışlarının arttığı özellikle de profesyonel sağlık arama davranışında bulundukları görülmektedir (Rasul ve ark 2019, Abuduxike ve ark 2020, Coşkun ve Gürsoy 2020). Çalışma bulgumuzla benzer olarak, araştırmalarda bireylerin yarıdan fazlasının herhangi bir sağlık sorunu olduğunda profesyonel sağlık arama davranışında bulunduğu bildirilmiştir (Abuduxike ve ark 2020, Coşkun ve Gürsoy 2020, Nevrin ve Hasan 2020, Deniz ve Çimen 2021). Rasul ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir araştırmada, kronik hastalığı olan bireylerin yaklaşık yarısının profesyonel bakım almak istediği saptanmıştır. Çalışma bulgumuzdan farklı olarak; araştırmalarda kronik hastalığı olan kişilerin sağlık kurumlarını ziyaret etme olasılıklarının ve genel olarak sağlık arama davranışlarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Çimen ve Bayık 2017, Kaya 2017, Huang ve ark 2019, Kıraç ve Öztürk 2021). Bu durumun; kronik sağlık sorunlarında bireylerin sağlık sorunlarının kontrol altına alınmış olması ve mevcut kronikleşmiş sağlık sorunlarında tedavi sürecine uyum sağlamalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, sağlık sorunları nedeniyle sürekli ilaç kullanan kadınların kullanmayanlara göre daha fazla geleneksel sağlık arama davranışı gösterdikleri tespit edilmiştir ($p<0,05$, Tablo 4.12). Literatürde, sağlık sorunları nedeniyle sürekli ilaç kullanmak durumunda kalan bireylerin, sorunlarının çözümü için sağlık arama davranışı açısından geleneksel, profesyonel ve online olmak üzere bir çok yola başvurdukları bildirilmektedir.

Çalışma bulgumuz ile benzer olarak, çalışmalarda sürekli ilaç kullanımının sağlık arama davranışını arttırdığı görülmüştür (Thompson ve ark 2016, Asfaw ve ark 2018, Abuduxike ve ark 2020).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6. 1. Sonuçlar:

Üreme çağındaki kadınlarda toplumsal cinsiyet algısının kadın sağlığı ve sağlık arama davranışı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Kadınların sağlık durumu ile ilgili özellikleri incelendiğinde; yaklaşık yarısının genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği ve son bir ay içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşamadığı, dörtte birinin ise kronik hastalığının olduğu ve buna bağlı sürekli ilaç kullandığı görülmüştür.

- KSA puan ortalamasına (44,45±17,83) ve genel olarak KSA'nın alt boyutlarının puan ortalamalarına göre de kadın sağlığının genel anlamda orta düzeyde olduğu saptanmıştır. SADO puan ortalamasına (40,95±9,76) ve genel olarak SADO'nun alt boyutlarının puan ortalamalarına göre ise kadınlarda sağlık arama davranışının yüksek olduğu görülmüştür.

- Kadınların TCAÖ toplam puanı ile KSA'nın ilgi istek alt boyutu puanının zayıf ve negatif yönde korele olduğu ($p<0,05$) ve toplumsal cinsiyet algısı olumlu oldukça kadınların ruhsal anlamda yaşamla ilgili ilgi-istek sorunlarının azaldığı saptanmıştır.

- Kadınların TCAÖ toplam puanı ile SADÖ toplam puanı ve online sağlık arama davranışı alt boyut puanlarının zayıf ve pozitif yönde korele olduğu ($p<0,05$) ve toplumsal cinsiyet algısı olumlu oldukça kadınların online sağlık arama davranışı ve genel olarak sağlık arama davranışlarının arttığı bulgulanmıştır.

- Kadınların yaş, çalışma durumu, öğrenim düzeyi, gelir düzeyi, genel sağlık durumunun, son bir ay içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumu, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanım durumunun primer analizlerde KSA toplam puan durumunu etkilediği saptanmıştır. Çoklu regresyon analizinde ise, yaş, kadının çalışma durumu, son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama durumu, sürekli ilaç kullanımı, öğrenim düzeyi ve genel sağlık durumu algısının kadınlarda KSA puanına ait değişimin %27'sini açıkladığı saptanmıştır.

- KSA toplam puanının, 40-49 yaş grubunda olan, çalışmayan, ilkokul mezunu, geliri giderinden fazla olan, son bir ay içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayan, kronik hastalığı bulunan ve sürekli ilaç kullanan kadınlarda diğer gruplarda yer alan kadınlara göre daha yüksek ve genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren kadınlarda ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. KSA toplam puanının artması kadınlarda fiziksel ve ruhsal semptomların arttığını ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir.

- Kadınların TCAÖ toplam puanı, medeni durum, son bir ay içinde sağlık arama davranışı ve kronik hastalık durumunun primer analizlerdeSADÖ toplam puan

durumunu etkilediği saptanmıştır. Çoklu regresyon analizinde ise, TCAÖ toplam puanı, son bir ay içerisinde sağlık sorunu yaşama ve medeni durumun kadınlarda SADÖ puanına ait değişimin %9'unu açıkladığı saptanmıştır.

- SADÖ toplam puanının, medeni durumu evli olan, son bir ay içinde sağlık sorunu yaşayan, kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan kadınların diğer gruplarda yer alan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların toplumsal cinsiyet algısı arttıkça sağlık arama davranışlarıda artmaktadır. SADÖ toplam puanının artması kadınlarda sağlık arama davranışının arttığını göstermektedir.

6.2. Öneriler:

Hemşireler için;

- Sağlık profesyonellerinin kadınların sağlık durumları ve sağlık arama davranışlarını değerlendirmeleri, kadınları uygun sağlık hizmetlerine yönlendirmeleri ve buna yönelik eğitim planlamaları,
- Kadınların sağlık durumlarını değerlendirmeye yönelik hemşirelik hizmetlerinin sağlanması, hemşirelerin hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi,
- Hemşireler tarafından kadın sağlığı ve kadınlarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması gerektiği önerilebilir.

Araştırmacılar için;

- Kadın sağlığını ve sağlık arama davranışını inceleyen kapsamlı veriler ortaya koyabilecek gözlemsel ve kalitatif araştırmaların yapılması,
- Sağlık sorunu yaşayan kadınlara bireysel danışmanlık hizmetinin verilebileceği programların oluşturulması ve bu programların yapılacak araştırmalarla test edilmesi,
- Toplumsal cinsiyet algısına yönelik görüş ve tutumlarının belirlenmesi ve ileride yapılacak müdahale programlarına temel teşkil etmesi amacıyla ayrıntılı araştırmaların planlanıp, uygulanması önerilebilir.

Politika yapıcılar için;

- Kadınların sağlık durumunu iyileştirmek ve sürdürmek için, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin ve kadınların sağlık hizmetlerine olan taleplerinin artırılması ve teşvik edilmesi için yapıcı ve sürdürülebilir sağlık politikalarının olması,
- Tam kapsamlı sağlık hizmetlerine cinsiyet temelli eşit erişimin sağlanması ve olumlu toplumsal cinsiyet algısının arttırılması için toplum temelli eğitim planları oluşturulması ve farkındalık çalışmaları yapılması, önerilebilir.

- Olumlu toplumsal cinsiyet algısının geliştirilmesi için yerel, ulusal ve sosyal medyanın etkin bir şekilde kullanılması önerilebilir.
- Sağlık arama davranışı önündeki engellerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve sağlık hizmetlerinin yeniden değerlendirilmesi için ulusal eylem planları oluşturulmalıdır.

6.KAYNAKLAR

Aba Y. A, Ataman, H, Dişsiz M, ve Sevimli S, 2018. Genç kadınlarda premenstrual sendrom, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi. Journal of Academic Research in Nursing, 4(2), 75-82.

Abraham A, Varghese S, Satheesh M, Vijayakumar K, Gopakumar S, and Mendez A, 2014. Pattern of gynecological morbidity, its factors and health seeking behavior among reproductive age group women in a rural community of Thiruvananthapuram district, South Kerala. Indian Journal of Community Health, 26(3), 230-237.

Abuduxike G, Aşut Ö, Vaizoğlu S. A, and Cali S, 2020. Health-seeking behaviors and its determinants: a facility-based cross-sectional study in the Turkish Republic of Northern Cyprus. International Journal of Health Policy and Management, 9(6), 240.

Acharya AS, Kaur R, Prasuna JG, Rasheed N, 2015. Making pregnancy safer-birth preparedness and complication readiness study among antenatal women attendees of a primary health center, Delhi. Indian J Community Med. 40:127–34.

Ahmed T, Vafaei A, Auais M, Guralnik J, Zunzunegui MV, 2016. Gender roles and physical function in older adults: cross-sectional analysis of the International Mobility in Aging Study (IMIAS) PLoS One, 11 , p.

Akiho S, 2019. Gendai Cambodia noson ni okeru gekkei wo meguru kihan to jissen: josei no life course no henyo ni chakumoku shite (Menstrual practices and norms in contemporary rural Cambodia: focusing on the Khmer women's life course). J Int Dev Stud 28(2):19–33.

Akın A, 2010. Kadın Sağlığında Eşitsizlikler ve Toplumsal Cinsiyet. 13. Halk Sağlığı Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları. İzmir: s: 73-82.

Alatise OI, Fischer SE, Ayandipo OO, Omisore AG, Olatoke SA, Kingham TP, 2017. Health-Seeking Behavior and Barriers to Care in Patients With Rectal Bleeding in Nigeria. J Glob Oncol.

Alberts S. C, Archie E. A, Gesquiere L. R, Altmann J, Vaupel J. W, Christensen K, 2014. The male female health survival paradox: A comparative perspective on sex differences in aging and mortality.

Altındiş, S, İnci, M. B, Aslan, F. G, & Altındiş, M, 2018. Üniversite çalışanlarında siberkondria düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Sakarya Medical Journal, 8(2), 359-370. https://doi.org/10.31832/smj.423652

Alimohammadian M, Ahmadi B, Janani L, Mahjubi B, 2014. Suffering in silence: a community-based study of fecal incontinence in women. Int. J. Colorectal Dis. 29(3), 401–406 2014.

Altınova, H.H, Duyan. V, 2013. Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Toplum ve Sosyal Hizmet, 24 (2),9-22.

Ambler, D. R, E. J. Bieber, and M. P. Diamond, 2012. Sexual function in elderly women: A review of current literature. Reviews in Obstetrics and Gynecology 5:16–27.

American Psikiyatri Birliği, 2013.Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru elkitabı'ndan (çeviri ed. E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

American Nurses Association, 2015. Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements. [Accessed September 18, 2015]; http://www.nursingworld.org/DocumentVault/Ethics_1/Code-of-Ethics-for-Nurses.html.

Amiri R0, King K. M, Heydari A, Dehghan-Nayeri N, & Vedadhir A. A, 2019. Health-seeking behavior of Afghan women immigrants: an ethnographic study. Journal of Transcultural Nursing, 30(1), 47-54.

Angus JE, Lombardo AP, Lowndes RH, Cechetto N, Ahmad F, Bierman AS, 2013.Beyond barriers in studyingdisparities in women'saccesstohealthservices in Ontario, Canada: A qualitativemetasynthesis. Qualitativehealthresearch, 23(4), 476-494.

Anke Samulowitz, Ida Gremyr, Erik Eriksson, Gunnel Hensing, 2018. ""Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain", Pain Research and Management, vol. 2018, Article ID 6358624, 14 pages.

Anık Y, Ege E, 2019. Erken evlilikler ve adölesan gebeliklerde hemşirelik yaklaşımı. Çelebioğlu A, editör. Adölesan Sağlığı ve Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. p.46-55.

Anna Wahyuni Widayanti, James A. Green, Susan Heydon, and Pauline Norris, 2020. Health-Seeking Behavior of People in Indonesia: A Narrative Review, Published online. Jan 30.

Annandale E, and Hammarström A, 2011."Constructing the 'gender-specific body': a critical discourse analysis of publications in the field of gender-specific medicine," Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, vol. 15, no. 6, pp. 571–587.

Anwar M, Green J, Norris P, 2012. Health-seeking behaviour in Pakistan: A narrative review of the existing literature. public health,;126(6), 507-517.

Arboleda V. A, Sandberg D. E. & Vilain E, 2014. DSDs: genetics, underlying pathologies and psychosexual differentiation. Nat. Rev. Endocrinol. 10, 603–615.

Asfaw LS, Ayanto SY, Aweke YH, 2018. Health-seeking behavior and associated factors among community in Southern Ethiopia: Community based cross-sectional study guided by Health belief model. BMC Pregnancy Childbirth. ;12(74):1–24. doi: 10.1101/388769

Aydın, M., Özen Bekar, E., Yılmaz Gören Ş. ve Sungur, M.A, 2016. Attitudes of Nursing Students Regarding to Gender Roles. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1): 223-242.

Aydın Özkan, S Bilgiç, D. Kızılkaya Beji N, 2021. Türkiye'de hemşirelik alanında üriner inkontinansla ilgili yapılan lisansüstü tezlerin SAUHSD ;4(3):155-166 164 incelenmesi.

Ayumı ohashı, Mıchıyo Hıguchı, Shokrıa Adly Labeeb, Asmaa Ghareds Mohamed, Chıfa Chıang, Atsuko Aoyama, 2014. Famıly support for women's health-seekıng behavıor: a qualıtatıve study ın rural southern egypt (upper egypt).Nagoya J Med Sci. Feb; 76(1-2): 17–25.

Bair A, Steele JR, Mills JS, 2014. Do these norms make me look fat? The effect of exposure to others' body preferences on personal body ideals. Body Image, 11,pp. 275-281.

Bárbara Luque, Rosario Castillo-Mayén, Esther Cuadrado, Tamara Gutiérrez-Domingo, Sebastián J. Rubio, Alicia Arenas et al, 2020. The Role of Emotional Regulation and Affective Balance on Health Perception in Cardiovascular Disease Patients According to Sex Differences. Journal, Published: 30 September.

Bairey Merz CN, Andersen H, Sprague E, et al, 2017. Knowledge, attitudes, and beliefs regarding cardiovascular disease in women: the women's heart alliance J Am Coll Cardiol, 70 pp. 123-132.

Bartz D, Chitnis T , Kaiser UB , et al, 2020. Clinical advances in sex- and gender-informed medicine to improve the health of all: a review

Basity S, Iravani MR, 2014. Health seeking behavior of diabetic patients in Koohzar village in Damghan city. Med Arch. ;68:384–8.

Basu S, Zuo X, Lou C, Acharya R, Lundgren R, 2017. Learning to be gendered: gender socialization in early adolescence among urban poor in Delhi, India, and Shanghai, China J Adolesc Health, 61, pp. S24-S29.

Başar F, 2017. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Kadın sağlığına etkisi. ACU Sağlık Bil. Derg., 3, 131-137.

Baumann E, Czerwinski F, Reifegerste D, 2017. Gender-Specific Determinants and Patterns of Online Health Information Seeking: Results From a Representative German Health Survey. Published, in Vol 19, No: April.

Bérdy J, 2012. Thoughts and facts about antibiotics: where we are now and where we are heading. J Antibiot (Tokyo) ;65:385–95.

Berktay F, 2014. Tek Tanrılı Dinler Karşısında Kadın, İstanbul:Metis.

Bhuyan SS, Lu N, Chandak A *et al*, 2016. Use of Mobile Health Applications for Health-Seeking Behavior Among US Adults. *J Med Syst* 40, 153.

Bidmon S, Terlutter R, 2015. Gender differences in searching for health information on the internet and the virtual patient-physician relationship in Germany: exploratory results on how men and women differ and why. J. Med. Internet Res., 17 (6) p. e156.

Bintabara D, Nakamura K, Seino K, 2018. mproving access to healthcare for women iİn Tanzania by addressing socioeconomic determinants and health insurance: a population-based cross-sectional survey. BMJ open. 8(9); e023013.

Bilgili N., & Ayaz S, 2009. Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *8*(6).

Boeckxstaens GE, Drug V, Dumitrascu D, et al, 2016. Phenotyping of subjects for large scale studies on patients with IBS. Neurogastroenterol Motil.;28:1134–1147.

Bonnema RA, McNamara MC, Spencer AL, 2010. Contraception choices in women with underlying medical conditions. American Family Physician. Sep 15;82(6):621-628.

Brady J, Iwamoto DK, Grivel M, Kaya A, Clinton L, 2016. A systematic review of the salient role of feminine norms on substance use among women. Addict Behav, 62, pp. 83-90.

Burchakova, M.N. ve Filippova, G.G, 2020. Psychological status of young women with variable menstrual rhythm. theoretical and experimental psychology , *13* (1).

Burlone S, Edelman AB, Caughey AB, Trussell J, Dantas S, Rodriguez MI, 2013. Extending contraceptive coverage under the Affordable Care Act saves public funds Contraception, 87,pp. 143-148.

Buono JL, Carson RT, Flores NM, 2017. Health-related quality of life, work productivity, and indirect costs among patients with irritable bowel syndrome with diarrhea. Health Qual Life Outcomes, 15, p. 35

Burton CW, Halpern-Felsher B, Rehm RS, Rankin SH, Humphreys JC, 2014. Depression and Self-Rated Health Among Rural Women Who Experienced Adolescent Dating Abuse: A Mixed Methods Study. Journal of Interpersonal Violence. Nov 11.

Burton C. W, 2016. The Health Needs of Young Women: Applying a Feminist Philosophical Lens to Nursing Science and Practice. ANS. Advances in nursing science, 39(2), 108–118.

Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF, 2020. Health promotion and quality of life: a historical perspective of the last two 40 years (1980-2020). Cienc Saude Colet. ;25(12):4723-35.

Cangöz İ, 2013. İletişim Fakültesi Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Farkındalığı ve Cinsiyetçi Şiddetle İlgili Görüşleri. İletişim, 19, 41-64.

Caylan A, Aydemir İ, Dağdeviren N, Aktürk Z, Set T, Öztora, S, & Can FE, 2011. Perimenopozal Türk kadınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. HealthMED - Volume 5 / Number 4.

Chan CQH, Lee KH, Low LL, 2018. .A systematic review of health status, health seeking behaviour and healthcare utilisation of low socioeconomic status populations in urban Singapore. Int J Equity Health. Apr 2; 17(1):39.

Chiang C, Elshair IHH, Kawaguchi L, Fouad NAM, Abdou NM, Higuchi M, Rizk S, Aoyama A, 2012. Improvement in the status of women and increased use of maternal health service in rural Egypt. Nagoya J Med Sci; 74: 233–240.

Chrisler JC, Gorman JA, Marván ML, Johnston-Robledo I, 2014. Ambivalent sexism and attitudes toward women in different stages of their reproductive lives: A semantic, crosscultural approach. Health Care for Women International 35: 634–657.

Choghakhori R, Abbasnezhad A, Amani R, Alipour M, 2017.Sex-related differences in clinical symptoms, quality of life, and biochemical factors in irritable bowel syndrome. Dig Dis Sci. ;62:1550–1560.

Chua KP, Sommers BD, 2014.Changes in health and medical spending among young adults under health reform. *JAMA.* 2014; 311: 2437-2439.

Clayton AH, Valladares Juarez EM, 2019. Female sexual dysfunction. Med Clin N Am ;103:681–98.

Cobo G. et al, 2016. Sex and gender differences in chronic kidney disease: progression to end-stage renal disease and haemodialysis. Clin. Sci. (Lond.) 130, 1147–1163.

Coen S, Banister E, 2012. What a difference sex and gender make: a gender, sex and health research casebook. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research.

Cole GE, Holtgrave DR, Rios NM, 2017. Internal and external factors that encourages or discourages health-relevant behaviour. Atlanta: CDC; 2008.

Conley T D, Ziegler A, & Moors AC, 2011. Backlash in the bedroom: Stigma mediates gender differences in acceptance of casual sex offers. Manuscript submitted for publication.

Connell R, 2012. Gender, health and THEORY: conceptualizing the issue, in local and world perspective. Soc Sci Med, 74 pp. 1675-1683.

Coşkun N ve Gürsoy E, 2020. Üniversite Gençlerinin Cinsel Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler: Bir Tanımlayıcı Çalışma. International Social Sciences Studies Journal, 6(58), 1026-1036.

Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, Moen BE, Benavides FG, 2013. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. Int J Equity Health, 12, p. 57.

Cruz MJB, Dourado LFN, Bodevan EC, Andrade RA, Santos DF, 2014. Medication Use Among Children 0-14 Years Old: Population Baseline Study. Jornal de Pediatria ;90:608-15.

Cutilli CC, 2010. Seeking health information: what sources do your patients use? Orthop Nurs.;29(3):214.

Çelik FH, Hocaoğlu Ç, 2016. Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Journal of Contemporary Medicine ;6(1):51-66.

Çetinay P, Gülseren Ş, 2005. Kadın sağlığı anketi Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. Nöropsikiyatri Arşivi;42:13-7.

Daşıkan Z & Saruhan A, 2014. Çalışan Hemşirelerde Menstrüel Yakınmaların İncelenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 23(1), 1-7.

Das M, Angeli F, Krumeich, A.J.S.M. et al, 2018.The gendered experience with respect to health-seeking behaviour in an urban slum of Kolkata, India. Int J Equity Health 17, 24.

Dau H, Saad El Din K, McTaggart-Cowan H, Loree J M, Gill S, & De Vera M A, 2020. Health information seeking behaviors among individuals with young-onset and average-onset colorectal cancer: An international cross-sectional survey. Supportive Care in Cancer, 28(12), 6011-6021.

Davidson PM, McGrath SJ, Meleis AI, Stern P, Digiacomo M, Dharmendra T, et al, 2011.The health of women and girls determines the health and well-being of our modern world: A white paper from the International Council on Women's Health Issues. Health Care Women Int. ;32:870–86.

De Choudhury, M Morris, M R, & White R W, 2014. Seeking and sharing health information online: Comparing search engines and social media. In Proceedings of the SIGCHI conference on human factors in computing systems (pp. 1365– 1376).

Demirgöz Bal M, 2014. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine Genel Bakış. KASHED. 1:15–28.

Demir S ve Beji NK, 2015. Üriner inkontinanslı kadınların yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23 (1), 23-31.

Deniz Sezgin, 2015. Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık Ve Tıbbileştirme. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi / Journal of Sociological Research Cilt / Volume 18 Sayı / Number 1 (Nisan/April: (153-186).

Deniz S ve Çimen M, 2020.Sağlık Arama Davranışı Üzerine Bir Sağlık Arama Davranışı Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, *7*(3), 639-646.

Desai S, Mahal A, Sinha T, Schellenberg J, Cousens S, 2017. The effect of community health worker-led education on women's health and treatment-seeking: A cluster randomised trial and nested process evaluation in Gujarat, India. J Glob Health.

Dinç A ve Çalışkan C, 2016. The Perspectives of University Students on Gender Roles. Journal of Human Sciences, 13(3): 3671-3683.

Dığrak E, Koçoglu D ve Akın B, 2014. Kırsal Bir Bölgedeki Yetişkinlerde Ruhsal Sorunların Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, *5*(3).

Doblyte S, Jiménez-Mejías E, 2017.Understanding help-seeking behavior in depression: a qualitative synthesis of patients' experiences. Qual Health Res. 27:100–13.

Dolan CS, Ryus CR, Dopson S, Montgomery P, Scott L A, 2014. Blind Spot in Girls' Education: Menarche and Its Webs of Exclusion in Ghana. Journal of International Development.26(5):643–57.

Dorit Olenik-Shemesh, Tali Heiman & Noam S. Keshet, 2018.The Role of Career Aspiration, Self-Esteem, Body Esteem, and Gender in Predicting Sense of Wellbeing Among Emerging Adults, The Journal of Genetic Psychology, 179:6, 343-356.

Dotlic J, Kurtagic I, Nurkovic S, Kovacevic N, Radovanovic S, Rancic B., ... & Gazibara T, 2018. Factors associated with general and health-related quality of life in menopausal transition among women from Serbia. *Women & Health*, *58*(3), 278-296.

Dotlic J, Gazibara T, Radovanovic S, Rancic B, Milosevic B, Nurkovic S., ... & Kovacevic N, 2015. Serbian version of the Women's Health Questionnaire: psychometric properties. *Climacteric*, *18*(4), 643-650.

Dökmen Z, 2012. Toplumsal Cinsiyet. İstanbul: Remzi Yayınevi, (48-49)

Duggan M, and Smith A, 2013. "Social media update 2013", Pew Research Center.

Durand, Michelle Kuntz ve Heidemann, 2013.Ivonete Teresinha Schülter BussPromoção ve autonomia da mulher ve enfermagem em saúde da familia danışmanlığı. Revista da Escola de Enfermagem da USP.2013, p.47, n. 2 [Erişim tarihi 26 Mart 2022], s. 288-295.

Durgun C, Gök GO, 2017. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği bağlamında Brıcs & G7 ülkelerinin karşılaştırmalı analizi. BUJSS ;10(2).20-32.

Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N, 2010. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve risk faktörleri. TUBAV Bilim Dergisi ;3:137–44.

Ek S, 2015. Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health promotion international*, *30*(3), 736-745.

Elbi H, Cimilli C, Sertöz ÖÖ, Karşıdağ Ç, Varma GS, 2019. Somatizasyon ve Bedensel Belirti Bozukluğu. Kırpınar İ, editör. Konsültasyon Liyezon psikiyatrisi. 1. Baskı. Ankara: Bayt;. p.295-313.

Elgün A, Yeniçeri Alemdar M, 2017. A study oriented on the communication faculty students' attitudes towards gender roles: Ege University sample. International Journal of Social Sciences and Education Research ; 3(3):1054-1067.

Eltomy EM, Saboula NE, Hussein AA, 2013.Barriers affecting utilization of family planning services among rural Egyptian women EMHJ 2013;19 (5):400–8.

Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, & Uysal F, 2011. Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, *8*(1), 827-838.

Erbil N, 2011. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Turkish women attending a maternity and gynecology outpatient clinic. Sex Disabil 2011; 29: 377-86.

Ergöl Ş, Kuzu A, 2016. 15-49 yaş evli kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtileri ve evlilik ilişkisi. International Journal of Human Sciences. ;13(1):1023-1035. 16.

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

Erol RY, Orth U, 2011. self-esteem development from age 14 to 30 years: a longitudinal study. Journal of Personality and Social Psychology, 101(3), 607.

Etiler N, 2015. Çalışan Kadınlar İle Ev Kadınlarının Sağlık Durumu Üzerine Bir Analiz. *Ttb Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, *15*(57), 37-47.

Evangelista SC, Machado LDS, Tamboril ACR, Moreira MRC, Viana MCA, Machado MFAS, 2016. Course of health promotion actions on multiprofessional residency: analysis in the light of a european reference. Tempus Actas Saude Colet. ;10(4):69-82.

Flament M F, Hill EM, Buchholz A, Henderson K, Tasca GA, & Goldfield G, 2012. Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: The mediation effects of body esteem. Body Image, 9(1), 68–75.

Fine C, 2011. Toplumsal Cinsiyet Yanılsaması. Kıvanç Tanrıyar (Çev.). İstanbul: Sel Yayıncılık.

Ford AC, Marwaha A, Sood R, Moayyedi P, 2015. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. Gut, 64,pp. 1049-1057.

Fox S, and Duggan M, 2013. "Health Online 2013", Pew Research Center, Internet, Science & Tech, Washington, DC.

FranckMauvais-JarvisMD, NoelBairey, Roberta DBrinton,Juan-JesusCarrero at el, 2020. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. Lancet Volume 396, Issue 10250, August 22–28.

Frenk J, Gómez-Dantés O, Langer A, 2012. A comprehensive approach to women's health: lessons from the Mexican health reform. BMC Women's Health 12: 42.

García-Pérez H, Harlow SD, & Denman C, 2018.The effect of pelvic pain and urinary incontinence on women's self-rated health in northern Mexico. *Int Urogynecol J* 29, 243–250.

Gencer Z, Ağırman E, ve Arıca S, 2019. Bilimsel Araştırma Makalesi İstanbul İlinde Kadına Yönelik Şiddet Sıklığı Ve Kadınların Şiddet Algısı. Ahi Evran Medıcal Journal, 3(1), 18–25.

George R, Celebrating W, 2013: How Better Menstrual Hygiene Management Is the Path to Better Health, Dignity and Business: Break the Silence! Geneva, Switzerland: WSSCC.

Giannoulia P, Zervasb I, Armenia E, et al, 2012. Determinants of quality of life in Greek middle-age women: A population survey. Maturitas ; 71: 154 – 161.

Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, et al, 2019. Sexual and reproductive health 1: sexual and reproductive health: a matter of life and death. Lancet. 368(9547):1595–607.

Good JJ, & Sanchez DT, 2010 . Doing gender for different reasons: Why gender norm conformity positively and negatively predicts self-esteem . *Psychology of Women Quarterly* , 34 , 203 – 214 .

Gordon C, Sabates R, Bond R, Wubshet T, 2011. Women Education and Modern Contraceptive Use in Ethiopia,. International Journal of Education;3(1):1–23.

Golbasi Z, Taskin L, 2009. Evaluation of school-based reproductive health education program for adolescent girls. International Journal of Adolescent Medicine and Health ;21(3):395-404. 6.

Gopalakrishnan S, Anantha Eashwar VM, Muthulakshmi M, 2019. Health-seeking behaviour among antenatal and postnatal rural women in Kancheepuram District of Tamil Nadu: A cross-sectional Study. J Family Med Prim Care. Mar; 8(3): 1035–1042.

Grandi G, Ferrari S, Xholli A, Cannoletta M, Palma, F, Romani C., ... & Cagnacci A, 2012. Prevalence of menstrual pain in young women: what is dysmenorrhea?. *Journal of pain research*, *5*, 169.

Grose RG, Grabe S, 2014. Sociocultural attitudes surrounding menstruation and alternative menstrual products: The explanatory role of self-objectification. Health Care for Women International 35: 677–694.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2008-2009. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2008. Ankara; 2009. http://www.hips. hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf Erişim Tarihi: 11.11.2021.

Haenssgen MJ, Ariana P, 2017. Healthcare access: a sequence-sensitive approach. SSM Popul Health.;3:37–47.

Halland M, Koloski NA, Jones M, et al, 2013. Prevalence correlates and impact of fecal incontinence among older women. *Dis. Colon. Rectum.* 56(9), 1080–1086 .

Hall KS, Dalton V, & Johnson TR, 2014. Social disparities in women's health service use in the United States: a population-based analysis. *Annals of Epidemiology*, *24*(2), 135-143.

Hammam R AM, Abbas RA, and Hunter MS, 2012. Menopause and work – The experience of middle-aged female teaching staff in an Egyptian governmental faculty of medicine. *Maturitas* 71:294–300.

Handan Karakaya, 2018. Toplumsal cinsiyet algısı, din ve kadın. Journal of Analytic Divinity Cilt/Vol: 2, Sayı/Issue: 2, ss/pp.36-62

Hammad FT, Elbiss HM and Osman N, 2018. The degree of bother and healthcare seeking behaviour in women with symptoms of pelvic organ prolapse from a developing gulf country. BMC Women's Health 18, 77.

Hawkes S, Buse K, 2013. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. Lancet. May 18; 381(9879):1783-7.

Heitkemper M, Houghton LA, Crowell M, et al, 2016. Age, gender, and women's health and the patient. in: Rome IV. Functional Gastrointestinal Disorders. Disorders of Gut-Brain Interaction. Vol 1. The Rome Foundation, Raleigh, NC2: 307-372.

Heise L, Greene ME, Opper N, et al, 2019. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health Lancet published online May 30.

Heidemann ITSB, Costa MFBNA, Hermida PMV, Marçal CCB, Antonini FO, Cypriano CC, 2019 Health promotion practices in primary care groups. Glob Health Promot. ;26(1):25-32.

Hemşirelik Yönetmeliği: 19 Nisan 2011. http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/hemsirelik-yonetmeligi. aspx (02.03.2022).

Hirshfield S, Downing Jr MJ, Horvath MJ, Swartz JA, Chiasson MA, 2018. Adapting Andersen's behavioral model of health service use to examine risk factors for hypertension among US MSM. American Journal of Men's Health, 12 (4), pp. 788-797.

Houghton LA, Heitkemper M, Crowell M, et al, 2016. Age, gender and women's health and the patient. Gastroenterology. ;150:1332–1343. e4.

House S, Mahon T, Cavill S, 2013. Menstrual hygiene matters: a resource for improving menstrual hygiene around the world. Reproductive Health Matters. 21(41):257–9.

Huang M, Zhang H, Gu Y. et al, 2019. Outpatient health-seeking behavior of residents in Zhejiang and Qinghai Province, China. BMC Public Health 19, 967.

Hunter M, 1992. The Women's Health Questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. Psychology and Health, 7(1), 45-54.

Hu T, Zhang D, Wang J, 2015. A meta-analysis of the trait resilience and mental health Pers. Individ. Dif., 76 , pp. 18-27.

1 Hu J. Knowledge, 2015. Attitudes and Perceptions Regarding Antibiotic Use and Self-Medication: A Cross-Sectional Study Among Australian Chinese Migrants. Infection, Disease & Health ;20:23.

Ishak I, Low W, & Othman S, 2010. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: A survey finding. Journal of Sexual Medicine, 7, 3080–3087.

I shikawa Y, Sugiura K, 2011. Dansei no motsu gekkeikan to gekkei ni kansuru chishiki no genjo: Danshi daigakusei oyobi kikon dansei heno chosa (The male's attitude towards and knowledge of menstruation: survey of male university students and married males). Jpn J Health 52(2):237–248.

Islam MR, Thorvaldsen G, 2012. Family planning knowledge and current use of contraception among the Mruindigenous women in Bangladesh: a multivariate analysis. Open Access J Contracept. ;3:9–16.

Jacobs W, Amuta AO, Jeon KC, & Alvares C, 2017. Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among us adults. Cogent Social Sciences, 3(1), 1302785.

Jalu MT, Ahmed A, Hashi A, Tekilu A, 2019. Exploring barriers to reproductive, maternal, child and neonatal (RMNCH) healthseeking behaviors in Somali region, Ethiopia. PLoS ONE 14(3): e0212227.

Jarvis, Bairey, Barnes, roberda et al, 2020.Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. The lancet. Volume 396, Issue 10250, , Pages 565-582. August 22-28.

Jiang Y, Novais AP, Viner-Brown S, Fine M, 2014. Non-emergent hospital emergency department use and neighborhood poverty in Rhode Island, 2008-2012. Rhode Island Medical Journal, 96 (7), pp. 47-51.

Jörkman I, Dellenborg L, Ringstrom G, Simren M, Jakobsson Ung E, 2014.The gendered impact of irritable bowel syndrome: A qualitative study of patients experiences. J Adv Nurs. 2; 70: 1334-1343

Kahraman L, Kahraman AB, Ozansoy N, Akıllı H, Kekillioğlu A, Özcan A, 2014. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet Algısı. Turkish Studies International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic. 2(9): 811-831.

Kaiser Family Foundation, 2015. Analysis based on the 2014 Kaiser Survey of Low-Income Americans and the ACA. Accessed July 24.2022.

Kågesten A, Gibbs S, Blum RW, et al, 2016. Understanding factors that shape gender attitudes in early adolescence globally: a mixed-methods systematic review PLoS One, 11,p.

Kalaycı Ş, 2010. SPSS uygulamalı, çok değişkenli istatistik teknikleri. 5. Baskı, İstanbul: Asil Yayın Dağıtım.

Kapadia-Kundu N, Storey D, Safi B, Trivedi G, Tupe R, Narayana G, 2014. Seeds of prevention: The impact on health behaviors of young adolescent girls in Uttar Pradesh, India, a cluster randomized control trial. Social Science & Medicine, 120, 169-179.

Kara H, 2013. Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Üreme Hakları Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Haliç Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.94-46, s.108-104, İstanbul.

Katainen RE, Engblom JR, Siirtola TJ, Erkkola R U and Polo-Kantola P, 2016. Climacteric symptoms in middle-aged women with chronic somatic diseases. *Maturitas, 86*, 17-24.

Katainen R E, Engblom JR, Siirtola TJ, Erkkola RU, and Polo-Kantola P, 2017. The role of self-rated health in the association between chronic somatic diseases and climacteric-related symptoms. *Climacteric, 20*(1), 80-82.

Katherine Hay, Ma, Lotus Mcdougal, Phd, Valerie Percival, Drph, Sarah Henry, Mph, Jeni Klugman, Phd, Haja Wurie, Phdet al, 2019. Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. the lancet, volume 393, ıssue 10190, p2535-2549, june 22.

Katz J and van der Kloet E, 2010 . The first man in her life: Father emotional responsiveness during adolescence and college women's sexual refusal behaviors . *American Journal of Family Therapy* , 38 , 344 – 356 .

Kaya FŞ, ve Uysal V, 2015. Günümüzde Dindarlık ve Toplumsal Cinsiyet Rolü Algıları Üstüne Bir Araştırma. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(36), 646-662.

Keefer L, Palsson OS, Pandolfino JE, 2018.Best practice update: incorporating psychogastroenterology into management of digestive disorders. Gastroenterology, 154 ,pp. 1249-1257.

Kempe AT, Theorell F, Noor-AldinAlwazer C, Kyllike A, Johansson, 2013. Yemeni women's perceptions of own authority during childbirth: What does it have to do with achieving the Millennium Development Goals?. Midwifery, 29 , pp. 1182-1189.

Kendig S. 2012. Women's Health Nurse Practitioner. Nurses For A Healthier Tomorrow Education.

Khan MN, Islam MM, 2018. Women's attitude towards wife-beating and its relationship with reproductive healthcare seeking behavior: A countrywide population survey in Bangladesh. PLoS ONE 13(6): e0198833.

Kıraç R, & Öztürk YE, 2021. Health Seeking Behavior: Scale Development Study. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 12(29), 224-234.

Kırcan N, Ergin F, Adana F, & Arslantaş H, 2012. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 13(1), 19–25.

Kira LA, Shuwiekh H, Bujold-Bugeaud M, 2017. Toward identifying the etiologies of gender differences in authoritarianism and mental health: An Egyptian study. Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 23 (2) pp. 183-188.

Kim SC, Shah DV, Namkoong K, McTavish FM, & Gustafson DH, 2013. Predictors of online health information seeking among women with breast cancer: The role of social support perception and emotional well-being: social support, emotional well-being, and online information seeking. Journal of ComputerMediated Communication, 18(2), 98-118.

Kim E, Park H, 2018. Perceived gender discrimination, belief in a just world, self-esteem, and depression in Korean working women: A moderated mediation model. Women's Studies International Forum,July–August, pp.143,150.

Kim YM, 2015. Is seeking health information online different from seeking general information online? Journal of Information Science, 41(2), 228-241.

Kim YS, & Kim N, 2018. Sex-Gender Differences in Irritable Bowel Syndrome. Journal of neurogastroenterology and motility, 24(4), 544–558.

Kitiş Y ve Bilgici SŞ, 2007. Bir aile içi şiddet olgusu: Sır tutma ilkesi ile şiddeti ihbar etme yükümlülüğü arasındaki etik ikilem. Aile ve Toplum. Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 3 (11), 7-13

Klugman J, Hanmer L, Twigg S, Hasa T, McCleary-Sills J, Santamari J, 2014.Voice and agency: empowering women and girls for shared prosperity. The World Bank, Washington, DC.

Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, et al. ,2012. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. Lancet 380: 1259–1279.

Kontos E, Blake KD, Chou WY, Prestin A, 2014. Predictors of eHealth usage: Insights on the digital divide from the Health Information National Trends Survey 2012. Journal of Medical Internet Research, 16(7), e172.

Krebs P and Duncan DT, 2015. Health App Use among US Mobile Phone Owners: A National Survey. *JMIR Mhealth Uhealth* 3:e101.

Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Buvat J, Gingeli C et al, 2003. Prevalence of sexual problems among men and women aged 40 to 80 years: results of an international survey. 2nd International Consultation on Erectile and Sexual Dysfunction, June 28-July 1, France.

LDarmstadt G, Geeta L, RaoGupta, SarahHenry BeniaminoCislaghi Margaret EGreene, SarahHawkes, KatherineHay,….Ann MWeber, , 2019. Why now for a Series on gender equality, norms, and health?, Lancet Volume 393, Issue 10189, 15–21 June, P2374-2377.

LD van der Pol, MG Groeneveld, SR van Berkel, et al, 2015. Fathers' and mothers' emotion talk with their girls and boys from toddlerhood to preschool ageEmotion, 15 , pp. 854-864.

Legato MJ, Johnson PA, Manson JE, 2016. Consideration of sex differences in medicine to improve health care and patient outcomes. JAMA.

Lehnert JD, Ellingson MK, Goryoka GW, Kasturi R, Maier E, Chamberlain AT, 2017. Research Full Report: Use of Obstetric Practice Web Sites to Distribute Zika Virus Information to Pregnant Women During a Zika Virus Outbreak. Journal of Public Health Management and Practice; 23: 608-13.

Lendon, Jessica Penn, and Merril Silverstein, 2012. "Gender Role Ideology and Life Course Transitions of Baby-Boom Women." Advances in Life Course Research 17(4):191–198.

Limburg K, Sattel H, Dinkel A, Radziej K, Bense SB, Lahmann C, 2017. Course and predictors of DSm-5 somatic symptom disorder in patients with vertigo and dizziness symptomsA longitudinal study. Comprehensive psychiatry. ;77:1-11.

Lin SC, Tyus N, Maloney M, Ohri B, Sripipatana A, 2020. Mental health status among women of reproductive age from underserved communities in the United States and the associations between depression and physical health. A cross-sectional study. PLoS ONE 15(4): e0231243. .

Long J, Caruso BA, Lopez D, Vancraeynest K, Sahin M, Andes KL, et al,2013. WASH in Schools Empowers Girls' Education in Rural Cochabamba, Bolivia: An Assessment of menstrual hygiene management in schools. New York: United Nations Children's Fund.

Lori Heise, PhD · Margaret E Greene, PhD · Neisha Opper, MPh, Maria Stavropoulou, MSc, Caroline Harper, PhD, Marcos Nascimento, PhD et al,2019.Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. Lancet volume 393, ıssue 10189, p2440-2454, june 15.

Lovell M, Ford AC, 2012. Effect of gender on prevalence of irritable bowel syndrome in the community: systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol, 107 ,pp. 991-1000.

Lundgren L, Burgess S, Chantelois H, Oregede S, Kerner B, Kågesten AE,2018. Processing gender: lived experiences of reproducing and transforming gender norms over the life course of young people in northern UgandaCult Health Sex, 21, pp. 387-403.

Luo L, Luo L, He X, Zhang X, Shi Y, 2016. Effects of distance on health seeking behaviors of outpatients in China's large hospitals: Case of West China hospital of Sichuan University International Journal of Clinical and Experimental Medicine, 9 (6) , pp. 11923-11933.

Machado-Alba JE, Echeverri-Cataño LF, Londoño-Builes MJ, MorenoGutiérrez PA, Ochoa-Orozco SA, Ruiz-Villa JO, 2014. Social, Cultural and Economic Factors Associated with Self-Medication. Biomedica;34:5808.

Majaj L, Nassar M & De Allegri M.,2013. "It's not easy to acknowledge that I'm ill": a qualitative investigation into the health seeking behavior of rural Palestinian women. *BMC women's health*, *13*(1), 1-10.Malacara JM, Cetina TC, Bassol S, et al.,2002. Symptoms at pre- and postmenopause in rural and urban women from three States of Mexico. *Maturitas.* ;43:11–19.

Maji S, Dixit S, 2019. Self-silencing and women's health: a review. Int J Soc Psychiatry. ;65(1):3-13.

Malhotra YK,C, 2012. The effect of coresidence with an adult child on depressive symptoms among older widowed women in South Korea: An instrumental variables estimation. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67, 384–391.

Månsdotter A, Lundberg M, Lindholm L, 2012. How does gender equality progress link to alcohol care and death? A registry study of the Swedish parental cohort of 1988/1989. Journal of Public Health Policy, 33, 105–118.

Marchi KS, Dove MS, Heck KE, & Fan C 2021. The affordable care act and changes in women's health insurance coverage before, during, and after pregnancy in California. *Public Health Reports*, *136*(1), 70-78.

Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C, 2016. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev (1), p.

Marván ML, Chrisler JC, Gorman JA, Barney A, 2017. The meaning of menarche: A cross-cultural semantic network analysis. Health Care for Women International 38(9): 971–982.

Marván ML, Vazquez-Toboada R, Chrisler JC, 2014. Ambivalent sexism, attitudes towards menstruation and menstrual cycle-related symptoms. International Journal of Psychology 49(4): 280–287.

Mason L, Nyothach E, Alexander K et al, 2013.'We keep it secret so no one should know': a qualitative study to explore young schoolgirls attitudes and experiences with menstruation in rural western Kenya. PLoS One 8:e79132.

Mberu BU, Haregu TN, Kyobutungi C, Ezeh AC, 2016. Gecekondu, kırsal ve kentsel topluluklarda sağlık ve sağlıkla ilgili göstergeler: karşılaştırmalı bir analiz. Glob Sağlık Eylemi. 9:33163.

McMahon SA, Winch PJ, Caruso BA, Obure AF, Ogutu EA, Ochari IA, et al, 2011. 'The girl with her period is the one to hang her head' Reflections on menstrual management among schoolgirls in rural Kenya. BMC International Health And Human Rights. ;11:7. pmid:21679414

McCabe J, Tanner AE, & Heiman JR, 2010. The impact of gender expectations on meanings of sex and sexuality: Results from a cognitive interview study. Sex Roles, 62(3–4), 252–263.

Meran HEP, & Şahin N H, 2014. Kadın sağlığı alanında uzman hemşirelik eğitimi ve uzman hemşirelik rolleri: amerika birleşik devletleri örneği. kadın sağlığı hemşireliği dergisi, 1(1), 1-14.

Mekonnen W, Worku A, 2011. Determinants of low family planning use and high unmet need in Butajira District, South Central Ethiopia. Journal of Reproductive health,. ;8(37):1–8.

Miller VM ,Kaplan JR,Schork NJ,Ouyang P,Berga SL,Wenger NK,Shaw LJ,Webb RC,Mallampalli M,Steiner M,Taylor DA,Merz CN,Reckelhoff JF, 2011.Strategies and methods to study sex differences in cardiovascular structure and function: a guide for basic scientists.Biol Sex Differ.;2(1):14.

Mills A & Todorova N, 2016. An integrated perspective on factors influencing online health-information seeking behaviours. Australasian Conference on Information Systems, 4.

Moti Tolera J, Abdurehman A, Abdiwahab H ,Alula T, 2019. Exploring barriers to reproductive, maternal, child and neonatal (RMNCH) health-seeking behaviors in Somali region, Ethiopia. Published: March 15,

Mosa ASM. Yo I, & Sheets L, 2012. A systematic review of healthcare applications for smartphones. BMC Medical Informatics and Decision Making, 12(1), 67.

Morabito G, Barbi E, Cozzi G, 2020.The unaware physician's role in perpetuating somatic symptom disorder. JAMA Pediatr, 174:9-10.

Mozaffarian D, Benjamin EJ,Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, Das SR, De Ferranti S, Després JP, Fullerton HJ, 2016. Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*, *133*, 447–454.

Muñoz AM, Boudet P Petetsch, C Turk, A Thumala, 2013. On norms and agency: conversations about gender equality with women and men in 20 countriesWorld Bank, Washington DC .

Musoke D, Boynton P, Butler C, Musoke MB, 2014. Health seeking behaviour and challenges in utilising health facilities in Wakiso district, Uganda. Afr Health Sci. Dec; 14(4):1046-55.

Nababan HY, HasanM, Marthias T, Dhital R., Rahman A, & Anwar I, 2018. Trends and inequities in use of maternal health care services in Indonesia, 1986–2012. *International journal of women's health*, *10*, 11.

Nasir S, Ahmed R, Kurniasari M, Limato R, Tulloch O, Syafruddin D, et al, 2016. Challenges that hinder parturients to deliver in health facilities: a qualitative analysis in two districts of Indonesia. Makara J Health Res. ;20:79–87.

Nawrin S & Hasan M M, 2020. Musculoskeletal Pain among Rural Homemakers and their Health Seeking Behaviors. *Clin & Med Sci*, *2*(1).

Oberoi S, Chaudhary N, Patnaik S, Singh A, 2016. Understanding health seeking behavior. J Fam Med Prim Care;5:463–4.

Ohashi A, Higuchi M, Labeeb S A. Mohamed AG, Chiang C & Aoyama A, 2014. Family support for women's health-seeking behavior: a qualitative study in rural southern Egypt (Upper Egypt). *Nagoya journal of medical science*, *76*(1-2), 17.

Okyay P, Atasoylu G, Önde M, Dereboy Ç, & Beşer E, 2012. Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? Kesitsel bir alan çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *23*(3).

O'Neill S, Gryseels C, Dierickx S, Mwesigwa J, Okebe J, d'Alessandro U, et al, 2015. Foul wind, spirits and witchcraft: illness conceptions and health-seeking behavior for malaria in the Gambia. Malar J. ;14:167.

Organization, World Health. Global ObservatoryforeHealth, & WHO Global ObservatoryforeHealth.2006. BuildingfoundationsforeHealth: progress of MemberStates: report of the WHO Global ObservatoryforeHealth.

Oshio T, 2014. The association between involvements in family caregiving and mental health among middle-aged adults in Japan. *Social Science & Medicine*, 115, 121–129.

Öner C, 2014. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics,5, 3,16-17.

Öngen B & Aytaç S, 2013. Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları ve Yaşam Değerleri İlişkisi. Sosyoloji Konferansları, 48(2), 1-18.

Özaydınlık K, 2014. Toplumsal cinsiyet temelinde Türkiye'de kadın ve eğitim. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi ;14(33):2148-9424.

Özbaş S, Özkan S, 2010. Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımı ve etkisi. TAF Prev Med Bull, 9: 541-546.

Özcan F, Özkürkçügil C, Etiler N, 2016.Aile Sağlığı Merkezine başvuran kadınlarda idrar kaçırma sıklığı. Türk Aile Hekimler Dergisi. ; 20 (1): 29-32

Özçatal, 2011. "Ataerkillik, Toplumsal Cinsiyet ve Kadının Çalışma Yaşamına Katılımı." Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 1(1):21-39.

Özdemir D ve Arpacıoğlu S, 2020. Sosyal Medya Kullanımı, Sağlık Algısı ve Sağlık Arama Davranışının Koronavirüs Korkusu Üzerine Etkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 12 (Ek 1), 364-381.

Özkan D, 2014. Modern Sosyal Hayatta Kadının Toplumsal Cinsiyetinin ve Rollerinin Dönüşümü: Geleneğe Karşı Modernite. Turkish Studies, 9(2), 1239-1252.

Özkan Ö, Solak M, Yılmaz E ve Özçelik CS, 2019. "Hastalarin ameliyat öncesi döneme yönelik bilgi edinmede interneti kullanma durumlarinin değerlendirilmesi", Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 22, (2), s. 105–113.

Parker A, Smith J, Verdemato T, Cooke J, Webster J, Carter R, 2014.Menstrual management: a neglected aspect of hygiene interventions. Disaster Prevention and Management: An International Journal. ;23(4):437–54.

Park J, Norasakkunkit V, Kashima Y, 2017. Cross-cultural comparison of self-construal and well-being between Japan and South Korea: The role of self-focused and other-focused relational selves. Frontiers in Psychology, 8 pp. 1416-1516.

Patil PA, Porche MV, Shippen NA, Dallenbach NT, Fortuna LR, 2017. Which girls, which boys? The intersectional risk for depression by race and ethnicity, and gender in the U.S. Clin Psychol Rev ;66:51–68.

Peixoto MM.& Nobre P, 2015. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: a population-based study with women aged 18 to 79 years. *Journal of sex & marital therapy*, *41*(2), 169-180.

Pelletier R, Choi J, Winters N, et al, 2016. Sex differences in clinical outcomes after premature acute coronary syndrome Can J Cardiol, 32, pp. 1447-1453

Pelletier R, Ditto B, Pilote L, 2015. A composite measure of gender and its association with risk factors in patients with premature acute coronary syndrome Psychosom Med, 77, pp. 517-526

Phillips-Howard PA, Nyothach E, ter Kuile FO, Omoto J, Wang D, Zeh C, et al, 2016. Menstrual cups and sanitary pads to reduce school attrition, and sexually transmitted and reproductive tract infections: a cluster randomised controlled feasibility study in rural western Kenya. BMJ Open. ;6(11):e013229.

Powe BD, 2015. "Health information seeking among rural African Americans, Caucasians, and Hispanics: It is built, did they come?", Nursing Clinics of North America, Vol. 50 No. 3, pp. 531-543.

Probandari A, Arcita A, Kothijah K, Pamungkasari EP, 2017. Barriers to utilization of postnatal care at village level in Klaten district, central Java Province, Indonesia. BMC Health Serv Res. ;17:541.

Purdon C & Holdaway L, 2006. Non-erotic thoughts: Content and relation to sexual functioning and sexual satisfaction. Journal of Sex Research, 43(2), 154–162.

Radji M, Fauziah S, Aribinuko N, 2011. Antibiotic sensitivity pattern of bacterial pathogens in the intensive care unit of Fatmawati Hospital, Indonesia. Asian Pac J Trop Biomed. ;1:39–42.

Rasul FB, Kalmus O, Sarker M, et al, 2019.Determinants of health seeking behavior for chronic non-communicable diseases and related out-of-pocket expenditure: results from a cross-sectional survey in northern Bangladesh. J Health Popul Nutr 38, 48.

Regitz-Zagrosek V, Oertelt-Prigione S, Prescott E, et al, 2016. Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. Eur Heart J, 37, pp. 24-34

Results from the 2017.National Survey on Drug Use and Health:Detailed Tables Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [cited 2020 February 14]. Available from: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-

Ryan RM & Deci E L, 2017. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: Guilford Publishing

Salk RH, Hyde JS, Abramson LY, 2017. Gender differences in depression in representative national samples: meta-analyses of diagnoses and symptoms. Psychol Bull. 143:783–822.

Samal J, 2016.Health Seeking Behaviour among Tuberculosis Patients in India: A Systematic Review. J Clin Diagn Res. Oct; 10(10):LE01-LE06.

Sánchez L, MDP I.,Cuellar – Flores ve Dresch V, 2012. The impact of gender roles on health. Women and Health. 52 (2): 182 - 96 .

Sanctis V. De,Soliman AT, H. Elsedfy, N.A. Soliman, R. Soliman, M. El Kholy,2017. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different countryActa Biomed, 87 (3),pp. 233-246

Sarfo IA, Acquaye VA, Sarfo JO, 2016. Existing health seeking behavior in the eastern region of Ghana: the role of traditional and orthodox health systems. Eur J Med.; 13:73–80.

Saquib N,Brunner R, Desai M,Allison M, Garcia L, Stefanick ML, 2018, Association between Physical Health and Cardiovascular Diseases: Effect Modification by Chronic Conditions. *SAGE Open Med. 6*.

Sauer MV,2015.Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. Fertil Steril.103(5):1136–43.

Saygılı G, Kesecioğlu İ, Kırıktaş H,, 2015. Eğitim Düzeyinin Benlik Saygısı Üzerinde Etkisinin İncelenmesi. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 4 (2).

Schiebinger L, Klinge I, Sanhezde I, Madariaga, Paik HY, Schraudner M, Stefanick M,2011. Gendered innovations in science, health & medicine, engineering and environment .

Schoep M E, Nieboer TE, van der Zanden M, Braat DD & Nap AW, 2019. The impact of menstrual symptoms on everyday life: a survey among 42,879 women. *American journal of obstetrics and gynecology*, *220*(6), 569-e1.

Semra Erdoğan, Nursen Nahcivan, M. Nihal Esin, 2020. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Ugulama ve Kritik. Nobel Tıp Kitabevi, (424).

Smink FRE, Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW, 2014. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. Int J Eat Disord, 47,pp. 610-619.

Sen G, Iyer A, 2012. Who gains, who loses and how: leveraging gender and class intersections to secure health entitlements. Soc Sci Med, 74, pp. 1802-1811.

Sen J, 2012. A sociological study on health seeking behavior of women with reference to hepatitis and gall bladder stone in south Assam. *Studies on Ethno-Medicine*, *6*(2), 131-139

Sezgin D, 2015. Toplumsal cinsiyet perspektifinde sağlık ve tıbbileştirme. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 18(1), 153-186.

Shahabuddin ASM, Delvaux T, Abouchadi S, Sarker M, De Brouwere V, 2015. Utilization of maternal health services among adolescent women in Bangladesh: A scoping review of the literature. Trop Med Int Heal. ;20: 822–829.

Shah SP, Nair R, Shah PP et al, 2013. Improving quality of life with new menstrual hygiene practices among adolescent tibal girls in rural Gujarat, India. Reprod Health Matters 21:205–213.

Shao AT, 2002. Marketing Research: An Aid to Decision Making, Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning.

Shannon G, Jansen M, Williams K et al, 2019 Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? Lancet, 393, pp. 560-569).

Sharma C, Kukreti P, Zafar S, Sahu P K, & Alam S, 2017. Impact of Lockdown on Women Health and Sleep Quality: A Comparative Study.

Sharma C, Kukreti P, Zafar S, Sahu PK, & Alam S, 2021. Impact of Lockdown on Women Health and Sleep Quality: A Comparative Study.

Shewamene Z, Dune T, Smith CA, 2017. The use of traditional medicine in maternity care among African women in Africa and the diaspora: a systematic review. BMC Complement Altern Med.17:382. .

Siles-González J, Solano-Ruiz C, 2015. Sublimity and beauty: A view from nursing aesthetics. Nursing Ethics. Jan 28; . 28 Ocak.

Sobotka V, Skirbekk D, Philipov, 2011. Economic recession and fertility in the developed World. Pop Demogr, 37 ,pp. 267-306

Sommers BD, Gunja MZ, Finegold K, Musco T, 2015.Changes in self-reported insurance coverage, access to care, and health under the Affordable Care Act. *JAMA*.;314(4):366-374

Sommer M, Caruso BA, Sahin M, Calderon T, Cavill S, Mahon T, et al, 2016. A time for global action: addressing girls' menstrual hygiene management needs in schools. PLoS Med.;13(2):e1001962.

Sossou, Marie-Antoinette, 2011. " We Do Not Enjoy Equal Political Rights: Ghanaian Women's Perceptions on Political Participation in Ghana." SAGE Open 1(1).

Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, et al, 2020.Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation global study. Gastroenterology . published online April 12.

Springer KW ,Mager Stellman J,Jordan-Young RM, 2012. Beyond a catalogue of differences: a theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health.Soc Sci Med.;74(11):1817–1824.

Sperber AD, Dumitrascu D, Fukudo S, et al, 2017. The global prevalence of IBS in adults remains elusive due to the heterogeneity of studies: a rome foundation working team literature reviw. Gut. 66:1075–1085.

Suares NC, Ford AC, 2011. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol, 106 , pp. 1582-1591.

Sudhinaraset M, Ingram M, Lofthouse HK, Montagu D, 2013.What is the role of informal healthcare providers in developing countries? A systematic review. PloSOne.8:e54978.

Sulima M, Purc D, Brukwicka I, Lewicka M, Stawarz B & Kopański Z, 2017. Assessment of perimenopausal women's health. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, (3).

Supardi S, Susyanty A,2010. Penggunaan obat tradisional dalam upaya pengobatan sendiri di Indonesia-(analisis data Susenas tahun 2007) [The use of traditional medicines in self-medication in Indonesia-an analysis of National Socio-Economic Survey 2007] Bul Penelit Kesehat.38:80–9.

Suswardany DL, Sibbritt DW, Supardi S, Pardosi JF, Chang S, Adams ,2017. A cross-sectional analysis of traditional medicine use for malaria alongside free antimalarial drugs treatment amongst adults in high-risk malaria endemic provinces of Indonesia. PLoS One.;12:e0173522.

Şahiner G ve Akyüz A, 2010.Toplumsal Cinsiyet ve Kadının Üreme Sağlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. (9): 333-342. 139.

Şahin Kaya Ş, 2011. Televizyonda Kadın, Sağlık, Hastalık. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, Cilt:14.Sayı:2. Güz. s.118-150.

Çetin Ş ve Sözeri Varma G, 2021.Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry; 13(4):790-804.

Şavran TG, 2014. Sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri: Eskişehir'de kırsal ve kentsel alanlarda kadın sağlığı. *Fe Dergi*, *6*(1), 96-115.

Şenol V, Gündüz E, Öztürk A, 2010. Kayseri ilinde adolesan kızların menarş ve menstruasyon konusunda bilgi, tutum ve davranışları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst ;20(2):77-83.

Şirin A, Kavlak O, 2015. Kadın Sağlığı, 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, s 47-156.

Şimşek H, 2011.Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. EU Tıp Fakültesi Dergisi, 25:119–26. 4.

UNFPA, 2012. Trends in maternal health Ethiopia, In-depth Analysis of the EDHS 2000–2011. AA, Ehiopia: UNFPA.

UNICEF, WHO, 2017. Safely managed drinking water—thematic report on drinking water. World Health Organization, Geneva

Urosevic J G, Odovic D, Rapaic M, Davidovic S, Trgovcevic and Milovanovic V, 2015. Quality-of life of the elderly in urban and rural areas in Serbia. *Vojnosanitetski Pregled. Military-Medical and Pharmaceutical Review* 72:968–74.

Uşen Ş ve Güngör Delen M, 2011. "Eğitimli Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Tercihleri: İstanbul Örneği", Kamu-İş, 11(4), 127-179.

Ürkmez D, 2018. Kadınların Cinsel Sıkıntıları ve Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki (tez). Ordu: Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimler Entitüsü.

Taycan O, Sar V, Celik C, Erdogan-Taycan S, 2014.Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey. Compr Psychiatry, 55:1837–1846.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı; 2012. http://www. sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf Erişim Tarihi: 13.11.2021.

Taj F, Klein MCA, van Halteren A, 2019. Digital Health Behavior Change Technology: Bibliometric and Scoping Review of Two Decades of Research JMIR Mhealth Uhealth;7(12):e13311

Tang S, 2014. The researh on medical behavior and impact factors of urban residents. Chengdu: Southwestern University of Finance and Economics; Chinese

Taşkın L 2016.Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 8. Baskı. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara;1-19

Tashbulatova D, Arıdoğan İA, İzol V, Şeydaoğlu G, Ürünsak İF, Doran Ş., 2013. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: depresyon ve demografik faktörler ile ilişkisi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 33(1):91-7.

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-Institut Public Sector Gmbh And BNB Danışmanlık 2009. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2008.

Temmerman M, Khosla R, Bhutta ZA, Bustreo F, 2015. Towards a new global strategy for women's, children's and adolescents' healthBMJ, 351,p. h4414.

Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Bassler KA, 2016. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. BMC Family Practice; 17: 38.

Tielemans MM, Focks JJ, Rossum LGM, Eikendal T, Jansen JBMJ, Laheij RJF, et al, 2013 Gastrointestinal symptoms are still prevalent and negatively impact health-related quality of life: a large cross-sectional population based study in The Netherlands. PlosOne ;8:e69876.

Tjomiadi CEF, Surit P, 2017. Health seeking behavior: concept analysis. Banjarmasin: Sari Mulia International Conference on Health and Sciences.

Tomioka K, Kurumatani N, & Hosoi H, 2017. Self-rated health predicts decline in instrumental activities of daily living among high-functioning community-dwelling older people. Age and Ageing, 46, 265–270.

Topuz, Ş, 2015. urinary contınence and sexualıty. Balıkesir Health Scıences Journal. ;4(1):60-64.

Torondel B, Sinha S, Mohanty JR, Swain T, Sahoo P, Panda B, et al, 2018. Association between unhygienic menstrual management practices and prevalence of lower reproductive tract infections: a hospital-based cross-sectional study in Odisha, India. BMC Infectious Diseases. ;18(1):473.

Tözün M, 2014. Sözmen MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. Smyrna Tıp Dergisi 2:48-54.

Travis CB, Howerton DM, Szymanski DM, 2012. Risk, uncertainty, and gender stereotypes in healthcare decisions. Women Ther, 35, pp. 207-220.

Tucker CM, Lopez MT, Campbell K, Marsiske M, Daly K, Nghiem K, et al, 2014. The effects of a culturally sensitive, empowerment-focused, community-based health promotion program on health outcomes of adults with type 2 diabetes. J Health Care Poor Underserved. ;25:292–307.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) veri tabanı, http://www.tuik.gov.tr (16/03/2021).

Türmen T, 2003. Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın içinde. A. Akın (Ed.). Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), H.Ü. Yayınlar

Van de Velde S, Bracke P, Levecque K, 2010. Gender differences in depression in 23 European countries. Soc Sci Med 71(2):305–13.

Vannier S A & O'Sullivan LF, 2011. Communicating interest in sex: Verbal and nonverbal initiation of sexual activity in young adults' romantic dating relationships. Archives of Sexual Behavior, 40(5), 961–969.

Vetvik KG and MacGregor EA, 2017.Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. Lancet Neurol, 16,pp. 76-87.

Yakar N, Türedi A, Emingil G, *et al, 2021*. Oral health and emotional well-being in premenopausal and postmenopausal women: a cross-sectional cohort study. *BMC Women's Health* 21, 338. https://doi.org/10.1186/s12905-021-01480-5.

Wado YD, 2018. Women's autonomy and reproductive health-care-seeking behavior in Ethiopia, Women & Health, 58:7, 729-743.

Yu C, Zuo X, Blum RW, et al, 2017. Marching to a different drummer: a cross-cultural comparison of young adolescents who challenge gender norms. J Adolesc Health, 61, pp. S48-S54.

Yüksel, 2020.Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar. Yüksel N, editör. Ruhsal Hastalıklar. 5. Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayıncılık; . p.433-55

Zhao X, Fan J, Basnyat I, & Hu B, 2020. Online health information seeking using "#COVID-19 Patient Seeking Help" on Weibo in Wuhan, China: Descriptive study. Journal of Medical Internet Research, 22(10), e22910.

Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, et al, 2017. Vasomotor symptoms are associated with depressive symptoms in community-dwelling older women. Menopause;24(12):1365–1371.

Zolnierczuk-Kieliszek D, Bernadetta T, Jerzy Jarosz KM, Stefanowicz A, Pacian A, Pacian J, et al, 2012. Quality of life in peri- and post-menopausal Polish women living in Lublin Province – differences between urban and rural dwellers. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine : AAEM* 19:129–33

Żołnierczuk-Kieliszek, D, Kulik TB, Janiszewska M, & Stefanowicz A, 2014. Influence of sociodemographic factors on quality of life in women living in Lublin Province in Poland. *Przegląd Menopauzalny= Menopause Review*, *13*(1), 13.

Wallace J, Sommers BD, 2015. Effect of dependent coverage expansion of the Affordable Care Act on health and access to care for young adults.*JAMA Pediatrics.* 169: 495-497

Weaver AD & Byers ES, 2013. Eye of the beholder? Sociocultural factors in the body image and sexual well-being of heterosexual women. International Journal of Sexual Health, 25(2), 128–147.

Weisberg E, McGeehan K, Fraser IS, 2016. Effect of perceptions of menstrual blood loss and menstrual pain on women's quality of life.Eur J Contracept Reprod Health Care, 21 (6) , pp. 431-435.

Werner-Seidler A, Afzali MH, Chapman C, Sunderland M, Slade T, 2017. The relationship between social support networks and depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.

WHO, 2004. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets, World Health Organization, Geneva .

World Health Organization, 2005.The World Health Report 2005—Make every mother and child count, World Health Organization, Geneva .

WHO, 2012. http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfm2012.

World Health Organization (WHO), 2015. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th ed Geneva:WHO;2015. AccessedMarch26,2022 .

World Health Organization (WHO), 2016. Women'sHealthandWell-Being in Europe: Beyond the Mortality Advantage.

WHO regional office for Europe, 2019. Fact sheet - what is the evidence on the role of the arts in improvinghealth and well-being in the WHO European Region.

Wood W, Eagly AH, 2012.Biosocial construction of sex differences and similarities in behavior. Adv Exp Soc Psychol;46:55–123.

Wulandari LPL, Whelan AK, 2011. Beliefs, attitudes and behaviors of pregnant women in Bali. Midwifery. 27:867–71.

8.EKLER

Ek-A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Üreme çağındaki kadınlarda toplumsal cinsiyet algısının kadın sağlığına ve sağlık arama davranışı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Çalışma kapsamında sizden "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği", "Kadın Sağlık Anketi" ve "Sağlık Arama Davranışı Ölçeği'ni doldurmanız istenecektir. Çalışmaya katılmanın sizler için öngörülen herhangi bir zararı yoktur. Verdiğiniz bilgiler sadece bu araştırma amacıyla kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. . Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, toplanan tüm veriler analiz edilerek, özetlenecektir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyor, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı:

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı: Ümmügülsüm ÇELİK

Anket formunu doldurmadan önce yukarıda ki metni okudum. Araştırmaya gönüllü katılmam ve araştırma içeriği konusunda yazılı açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Çalışmaya katılmayı onaylıyorum ( )

Çalışmaya katılmayı onaylamıyorum ( )

Bu onayı vermeyen katılımcılara anket soruları gönderilmeyecektir.

Ek-B: Tanitici Bilgi Formu

Üreme çağındaki kadınlarda toplumsal cinsiyet algısının kadın sağlığına ve sağlık arama davranışı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Çalışma kapsamında sizden "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği", "Kadın Sağlık Anketi" ve "Sağlık Arama Davranışı Ölçeği'ni doldurmanız istenecektir. Çalışmaya katılmanın sizler için öngörülen herhangi bir zararı yoktur. Verdiğiniz bilgiler sadece bu araştırma amacıyla

kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızanızla katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen anket formunu doldurunuz. Bazı sorulardaki sorunun cevabını "….." olarak devam eden boşluklara yazınız. Katılımınız için Teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Halime Esra Meram

Ümmügülsüm Çelik

A) Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız: ……

2. Çalışma durumunuz:

Çalışıyor ☐ Emekli☐ Ev Hanımı☐ İşsiz ☐

3. Medeni durumunuz?

Evli☐ Bekar ☐ Eşi Ölmüş☐ Boşanmış☐ Ayrı Yaşıyor☐

4. Öğrenim Düzeyiniz:

İlkokul ☐ Ortaokul☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans veya doktora☐

5. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

Gelirim giderimden az ☐ Gelirim giderime eşit ☐ Gelirim giderimden fazla ☐

6. Aile yapınız nedir?

Çekirdek aile ☐ Geniş aile ☐ Yalnız yaşıyorum☐

7. Sosyal güvenceniz var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

8. Halen yaşadığınız yer?

İl ☐ İlçe ☐ Belde ☐ Kasaba ☐ Köy ☐

B) Sağlık Durumu ile İlgili Özellikler

9. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

İyi☐ Orta☐ Kötü☐

10. Son bir ay içinde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

Evet ☐…… Hayır ☐

11. Acile başvuru nedeniniz nedir?.....

12. Kronik hastalığınız var mı?

Evet ☐ (Nedir?…….) Hayır☐

13. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

Evet ☐ (Nedir?…….) Hayır☐

Ek- C: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği

Aşağıda yer alan ifadelere ne derece katıldığınızı "Kesinlikle katılmıyorum", "Kısmen katılmıyorum", "Kararsızım", "Kısmen katılıyorum", "Kesinlikle katılıyorum" seçeneklerinden birini (x) işareti ile belirtiniz. Lütfen hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Ölçek Maddeleri	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	kararsızım	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Evlilik, kadının çalışmasına engel olmaz.	( )	( )	( )	( )	( )
2.Kadın sadece ailesinin ekonomik sıkıntısı varsa Çalışmalıdır	( )	( )	( )	( )	( )
3.Çalışan kadın da çocuklarına yeterince zaman ayırabilir.	( )	( )	( )	( )	( )
4.Kadınlar anne olduktan sonra çalışmamalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
5.Kadın siyasetçiler de başarılı olabilir.	( )	( )	( )	( )	( )
6.Kadınlar evlendikten sonra çalışmamalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
7.Çalışma hayatı kadının ev işlerini aksatmasına neden Olmaz	( )	( )	( )	( )	( )
8.Çalışan bir kadın hayattan daha çok zevk alır.	( )	( )	( )	( )	( )
9.Kadınlar erkekler tarafından her zaman korunmalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )

10.Kocası izin vermiyorsa kadın çalışmamalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
11.Kadınlar yönetici olabilir.	( )	( )	( )	( )	( )
12.Çalışan bir kadın kazandığı geliri eşine vermelidir.	( )	( )	( )	( )	( )
13. Çalışan bir kadın çocuklarına daha iyi anne olur.	( )	( )	( )	( )	( )
14. Erkekler de çamaşır bulaşık gibi ev işlerini yapmalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
15. Kocasız kadın sahipsiz eve benzer.	( )	( )	( )	( )	( )
16. Bir ailenin gelirini erkekler sağlamalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
17. Kadınlar kendi başına ticarethane gibi yerler (kafe, market, emlakçı gibi) açmamalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
18. Kadınların birinci görevi ev işlerini üstlenmektir.	( )	( )	( )	( )	( )
19. Bir kadın kocasından fazla para kazanmamalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
20. Erkek her zaman evin reisi olmalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
21. Toplumun liderliği genellikle erkeklerin elinde olmalıdır	( )	( )	( )	( )	( )
22. Kız çocuklarına da erkek çocuklar kadar özgürlük verilmelidir.	( )	( )	( )	( )	( )
23. Bir kadın kendi haklarına sahip olabilmesi için gerekirse kocasına karşı çıkabilmelidir.	( )	( )	( )	( )	( )
24. Kadın kocasından yaş olarak daha küçük olmalıdır	( )	( )	( )	( )	( )
25. Ailedeki önemli kararları erkekler vermelidir.	( )	( )	( )	( )	( )

Ek-D: Kadın Sağlık Anketi

Aşağıdaki maddelerin her birine yanıt verirken doğru kutuyu işaretleyerek, lütfen şimdi kendinizi nasıl hissettiğinizi ya da SON BİRKAÇ GÜNDÜR kendinizi nasıl hissettiğinizi belirtin:

	Evet, kesinlikle	**Evet, bazen**	**Çok fazla değil**	**Hiç yok**
1.Erken uyanıyorum ve sonra gecenin geri kalanında kötü uyuyorum.				
2. Ortada hiçbir neden yokken çok korkuya kapılıyorum ya da panik duyuyorum				
3. Kendimi mutsuz ve üzgün hissediyorum.				
4. Tek başıma evin dışına çıktığımda kendimi tedirgin hissediyorum.				
5. Her şeye olan ilgimi kaybettim.				
6. Göğsümde çarpıntılarım oluyor ya da sanki midemde "düğümlenme" oluyor gibi bir his var.				
7. Eskiden hoşlandığım şeylerden hâla hoşlanıyorum.				
8. Hayatın yaşanmaya değer olmadığını hissediyorum.				
9. Kendimi gergin ya da "gerilmiş" hissediyorum.				
10. İştahım iyi.				
11. Huzursuzum ve hareketsiz duramıyorum.				
12. Her zamankinden daha sinirliyim.				
13. Yaşlanıyor olmaktan endişe ediyorum.				
14. Baş ağrılarım var.				
15. Kendimi her zamankinden daha yorgun hissediyorum				
16. Baş dönmesi nöbetlerim oluyor.				
17. Göğüslerim hassas yada rahatsız gibi				
18. Sırt ağrısı çekiyorum yada kollarımla ve bacaklarımda ağrı var				
19. Ateş basmalarım oluyor				

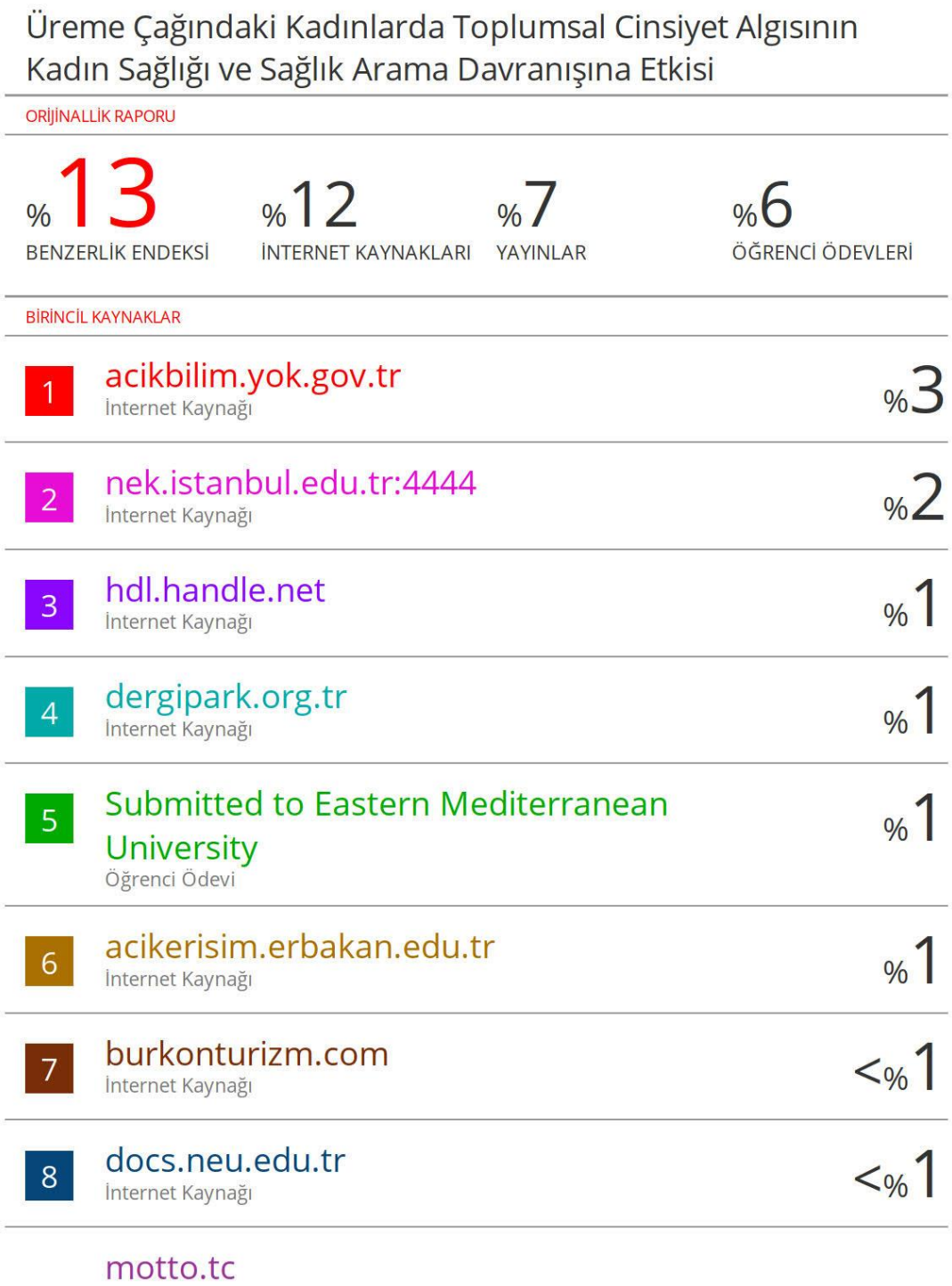
20. Her zamankinden daha sakarım					
21. Kendimi oldukça canlı ve heyecanlı hissediyorum					
22. Karnımda kramplar yada ağrı var					
23. Kendimi hasta hissediyorum yada midem bulanıyor					
24. Cinsel aktiviteye olan ilgimi kaybettim					
25. Kendimi iyi hissettiğimi hissediyorum					
26. Âdet dönemlerim ağır geçiyor (Hiç âdet görmüyorsanız lütfen bu soruyu atlayın)					
(Hiç âdet görmüyorsanız lütfen bu soruyu atlayın)					
27. Gece terlemelerinden ıstırap çekiyorum					
28. Midemde şişkinlik hissediyorum					
29. Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum					
30. Çoğu kez ellerimde ve ayaklarımda karıncalanmalar hissediyorum					
31. Şu anki cinsel ilişkimden memnunum (Cinsel olarak aktif değilseniz lütfen bu soruyu atlayın)					
32. Kendimi fiziksel olarak çekici hissediyorum					
33. Konsantre olmakta zorlanıyorum					
34. Dölyolundaki kuruluk sonucu cinsel ilişki rahatsız edici hale geldi (Cinsel olarak aktif değilseniz lütfen bu soruyu atlayın)					
35.Her zamankinden daha sık idrara çıkma ihtiyacı duyuyorum					
36. Hafızam zayıf					

Ek-E: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

	Hiç katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**

1.Hastalığımla ilgili internetten araştırma yaparım.					
2.Hastalığımla ilgili televizyondaki programları takip ederim					
3.Hastalığımla ilgili internetten hekimlerle iletişime geçerim.					
4. Hastalandığımda kullandığım ilaçların yan etkilerine internetten bakarım.					
5. Hastalığımla ilgili internetten formları takip ederim.					
6.Hastalığımla ilgili online dergi ve kitaplarda tarama yaparım					
7. Hastalandığımda hemen aile hekimine başvuru yaparım.					
8.Hastalığımla ilgili aile hekimimin yönlendirmesine dikkat ederim.					
9. Hekimin tavsiye ettiği gıdaları almaya dikkat ederim					
10. Evde bulunan bitkisel ilaçlarla iyileşmeye çalışırım.					
11. Hastalığım için güvendiğim kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim.					
12. Daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim.					

9. TURNİTİN RAPORU



Üreme Çağındaki Kadınlarda Toplumsal Cinsiyet Algısının Kadın Sağlığı ve Sağlık Arama Davranışına Etkisi

ORİJİNALLİK RAPORU

%13	%12	%7	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
2	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%2
3	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	%1
6	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
7	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1
8	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

motto.tc

9	İnternet Kaynağı	<%1
10	www.dogumahazirlikegitimi2018.com İnternet Kaynağı	<%1
11	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
12	YILMAZ, Sema Dereli and BEJİ, Nezihe Kızılkaya. "Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler", TUBITAK, 2010. Yayın	<%1
13	dspace.yalova.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
14	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
15	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
16	GÖZLÜ, Mehmet and TATLIDİL, Hüseyin. "Türkiye'deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları", SOSYAL GÜVENLİK KURUMU, 2015. Yayın	<%1
17	halic.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
18	acikerisim.pau.edu.tr İnternet Kaynağı	

		<%1
19	Submitted to Ordu Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
20	6e9ed515-8cbf-4760-8640-9a7779db5794.filesusr.com İnternet Kaynağı	<%1
21	AYDIN, Erol and SAKARYA, Engin. "Kars ve Erzurum illeri entansif sığır besi işletmelerinin ekonomik analizi", Kafkas Üniversitesi, 2012. Yayın	<%1
22	sbf.ikcu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
23	shyk2018.mu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
24	SARI, Yaşar and DOĞANTEKİN, Ali. "Konaklama İşletmelerinde Örgütsel Etik İklim ve Örgütsel Sinizm İlişkisi Üzerine Bir Araştırma", Melih Topaloğlu, 2016. Yayın	<%1
25	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
26	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<%1
27	www.guvenplus.com.tr İnternet Kaynağı	<%1

28	KUL UÇTU, Arzu and KARAHAN, Nazan. "Sağlık Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Şiddet Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Karabük Üniversitesi, 2016. Yayın	<%1
29	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1
30	SÖNMEZ, Arzu Önal. "Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2017. Yayın	<%1
31	ASLAN, Ergül, BEKTAŞ, Hatice, BAŞGÖL, Şükran, DEMİR, Sevda and Pınar Irmak, VURAL. "Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeyleri ve davranışları", Türk Tabibleri Birliği, 2014. Yayın	<%1
32	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1
33	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
34	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
35	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1

36	www.cocukergen2020.com İnternet Kaynağı	<%1
37	BİLGİLİ, Naile and AYAZ, Sultan. "Kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler", Türk Silahlı Kuvvetleri, 2009. Yayın	<%1
38	ÇUHADAROĞLU, Alper and AKFIRAT, Osman Nejat. "Üniversite Öğrencilerinin Benlik Kurgularıyla Toplumsal Cinsiyet Algıları", Gaziantep Üniversitesi, 2017. Yayın	<%1
39	BAŞAR, Fatama. "Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği / Obstetrics and Gynocology Nursing", Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım, 2017. Yayın	<%1
40	Submitted to Düzce Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
41	Hilda García-Pérez, Sioban D. Harlow, Catalina Denman. "The effect of pelvic pain and urinary incontinence on women's self-rated health in northern Mexico", International Urogynecology Journal, 2018 Yayın	<%1
42	Submitted to Kirikkale University Öğrenci Ödevi	<%1

43	DEMİR, Sevda and BEJİ, Nezihe KIZILKAYA. "Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve", İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, 2015. Yayın	<%1
44	acikerisim.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
45	Submitted to European University of Lefke Öğrenci Ödevi	<%1
46	hemsirelik.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
47	isfaw2018.isfaw.org İnternet Kaynağı	<%1
48	www.sporbilim.com İnternet Kaynağı	<%1
49	AYDIN, Meryem, ÖZEN BEKAR, Ebru, YILMAZ GÖREN, Şerife and SUNGUR, Mehmet Ali. "HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİNE İLİŞKİN TUTUMLARI", Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016. Yayın	<%1
50	DÖKMEN YAŞIN, Zehra. "Menopoz, beden imgesi ve ruh sağlığı", Türk Psikologlar Derneği, 2009. Yayın	<%1

51	es.scribd.com İnternet Kaynağı	<%1
52	"Book of Abstracts", Climacteric, 2009 Yayın	<%1
53	Elif Yağmur GÜR, Betül UZUN ÖZER, Serap EJDER APAY. "The Grief Levels of Women Experiencing Perinatal Loss: The Descriptive Cross-Section Research", Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences, 2022 Yayın	<%1
54	Sarieh Poortaghi, Afsaneh Raiesifar, Parisa Bozorgzad, Samad E. J. Golzari, Soroor Parvizy, Forough Rafii. "Evolutionary concept analysis of health seeking behavior in nursing: a systematic review", BMC Health Services Research, 2015 Yayın	<%1
55	"Contemporary Topics in Women's Mental Health", Wiley, 2009 Yayın	<%1
56	"Contraception for the Medically Challenging Patient", Springer Nature, 2014 Yayın	<%1
57	Demet AKTAŞ, Didem POLAT KÜLCÜ. "The Relationship Between the Gender Roles of the with Perception of Honor Conception Regarding of Women of Nursing Students",	<%1

Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 2020
Yayın

58 YÜCEL, Ummahan, BİLGE, Ayşegül, ORAN, Nazan, ERSOY, Mehmet Akif, GENÇDOĞAN, Başaran and ÖZVEREN, Özgen. "Adolesanlarda premenstruel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki", Esform Ofset, 2009.
Yayın <%1

59 Özgür ATMACA, Pınar ZARAKOLU KÖŞKER, Ceren KARAHAN, Banu ÇAKIR, Serhat ÜNAL. "Risk Factors and Antibiotic Use in Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Bacteremia in Hospitalized Patients at Hacettepe University Adult and Oncology Hospitals (2004-2011) and Antimicrobial Susceptibilities of the Isolates: A Nested Case-Control Study", Mikrobiyoloji Bulteni, 2014
Yayın <%1

Alıntıları çıkart üzerinde
Bibliyografyayı Çıkart üzerinde
Eşleşmeleri çıkar Kapat