



**T.C.**

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARDA FERTİLİTE FARKINDALIĞININ VE  
FERTİLİTEYİ ETKİLEYEN YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

**ÖZGE KOCAARSLAN HASBEK**

**0000-0002-6748-2871**

**EBELİK ANA BİLİM DALI**

**Ebelik Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SIVAS**

**ARALIK-2023**

T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KADINLARDA FERTİLİTE FARKINDALIĞININ VE  
FERTİLİTEYİ ETKİLEYEN YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

ÖZGE KOCAARSLAN HASBEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
EBELİK ANABİLİM DALI  
Ebelik Programı

TEZ DANIŞMANI  
DOÇ. DR. GÜLSEREN DAĞLAR

SİVAS-2023

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 2023 tarihli ve 2/9 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## ÖZET

### KADINLARDA FERTİLİTE FARKINDALIĞININ VE FERTİLİTEYİ ETKİLEYEN YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Özge KOCAARSLAN HASBEK

Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Gülseren DAĞLAR

2023, 93 sayfa

Araştırmada kadınlarda fertilitate farkındalığının ve fertilitateyi etkileyen yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Örneklemi, 01.08.2022-31.10.2022 tarihleri arasında Sivas Akıncılar İlçe Aile Sağlığı Merkezine başvuran, 19-49 yaş aralığında ve araştırmaya katılmayı kabul eden 305 kadın oluşturmuştur. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Fertilitate Farkındalık Ölçeği (FFÖ) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik ölçütleri, tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplarda t testi, ki-kare testi ve pearson kolerasyon analizi kullanılmıştır.

Kadınların yaş ortalaması  $36,41 \pm 7,85$  (min-max: 20-49)'dır. FFÖ toplam puan ortalaması  $64,17 \pm 11,63$ ; bedensel farkındalık ortalaması  $36,46 \pm 6,82$ ; bilişsel farkındalık ortalaması  $27,71 \pm 6,30$ 'dur. Kadınların %59,6'sı orta, %36,1'i yüksek, %4,3'ü düşük düzeyde fertilitate farkındalığına sahiptir. SYBDÖ-II toplam puan ortalaması  $132,84 \pm 21,16$ ; manevi gelişim  $27,17 \pm 4,32$ ; sağlık sorumluluğu  $21,55 \pm 5,02$ ; fiziksel aktivite  $15,68 \pm 4,98$ ; beslenme  $21,90 \pm 3,96$ ; stres yönetimi  $20,49 \pm 3,82$ ; kişiler arası ilişkiler  $26,06 \pm 4,61$ 'dir. FFÖ ile SYBDÖ-II toplam ve alt boyut (manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı; fiziksel aktivite arasında ise çok düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

Sonuçta; kadınların fertilitate farkındalık düzeyi orta düzeydedir. Fertilitate farkındalık düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları artmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda kadınlara fertilité farkındalığı ve fertilitéyi etkileyen yaşam biçimi davranışları hakkında eğitim ve danışmanlık yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Fertilité; fertilité farkındalığı; yaşam biçimi davranışları; ebe



## ABSTRACT

### DETERMINING FERTILITY AWARENESS AND LIFESTYLE BEHAVIORS AFFECTING FERTILITY IN WOMEN

Özge KOCAARSLAN HASBEK

Master Thesis, Midwifery Department

Supervisor: Assoc. Prof. Gülseren DAĞLAR

2023, 93 pages

The aim of the study was to determine fertility awareness and lifestyle behaviours affecting fertility in women. The study was cross-sectional and descriptive. The sample consisted of 305 women aged 19-49 years who applied to Sivas Akıncılar District Family Health Centre between 01.08.2022-31.10.2022 and accepted to participate in the study. Data were collected with Personal Information Form, Fertility Awareness Scale (FAS) and Healthy Lifestyle Behaviours Scale-II (HRBS-II). Descriptive statistical criteria, one-way analysis of variance, independent sample t test, chi-square test and Pearson correlation analysis were used in the evaluation of the data.

The mean age of the women was  $36.41 \pm 7.85$  years (min-max: 20-49). The mean total score of FAS was  $64.17 \pm 11.63$ , the mean physical awareness was  $36.46 \pm 6.82$ , and the mean cognitive awareness was  $27.71 \pm 6.30$ . Among the women, 59.6% had medium, 36.1% had high, and 4.3% had low fertility awareness. The mean total score of HRBS-II was  $132.84 \pm 21.16$ ; spiritual development  $27.17 \pm 4.32$ ; health responsibility  $21.55 \pm 5.02$ ; physical activity  $15.68 \pm 4.98$ ; nutrition  $21.90 \pm 3.96$ ; stress management  $20.49 \pm 3.82$ ; interpersonal relationships  $26.06 \pm 4.61$ . There was a moderate, positive, significant relationship between the total and sub-dimension (spiritual development, health responsibility, nutrition, interpersonal relations, stress management) scores of the FAS and the HRBS-II, and a very low, positive, significant relationship between physical activity ( $p < 0.05$ ).

As a result, women's fertility awareness level was moderate. As the level of fertility awareness increases, healthy lifestyle behaviours (HBSB) increase.

In line with these results, it is recommended that women should be educated and counselled about fertility awareness and lifestyle behaviours affecting fertility.

**Keywords:** Fertility; fertility awareness; lifestyle behaviors; midwife



## İÇİNDEKİLER

### Sayfa No

<b>KATKI BELİRTME / TEŞEKKÜR .....</b>	<b>iv</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>ix</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>xi</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ .....</b>	<b>xii</b>
<b>GRAFİKLER DİZİNİ .....</b>	<b>xii</b>
<b>KISALTMALAR .....</b>	<b>xiii</b>
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	4
1.3. Araştırma Soruları .....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Fertilite .....	5
2.2. Fertilite Farkındalığı.....	6
2.3. Fertiliteyi Etkileyen Faktörler .....	10
2.4. Fertiliteyi Etkileyen Yaşam Biçimi Davranışları .....	11
2.4.1. Beslenme.....	12
2.4.2. Kilo Yönetimi (Obezite, Zayıflık) .....	13
2.4.3. Egzersiz.....	14
2.4.4. Stres .....	15
2.4.5. Tütün Kullanımı.....	15
2.4.6. Kafeinli İçecek Tüketme.....	16
2.4.7. Alkol Tüketme .....	16
2.4.8. Cep Telefonu Kullanımı .....	17
2.4.9. Çevresel Faktörler .....	17
2.4.10. Fertiliteyi Etkileyen Diğer Faktörler .....	18
2.5. Kadınlara Fertilite Farkındalığı Kazandırılmasında ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Ebenin Rol ve Sorumlulukları .....	19
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>21</b>

3.1. Araştırmanın Türü .....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	21
3.3. Araştırmanın Evreni .....	21
3.4. Araştırmanın Örneklemi .....	21
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	23
3.6. Veri Toplama Araçları .....	23
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu .....	23
3.6.2. Fertilite Farkındalık Ölçeği (FFÖ) .....	23
3.6.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği - II (SYBDÖ –II) .....	24
3.7. Ön Uygulama .....	25
3.8. Verilerin Toplanması \ Araştırmanın Uygulanması .....	26
3.9. Verilerin Değerlendirmesi .....	27
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	28
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	28
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>29</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>54</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>64</b>
6.1. Sonuçlar .....	64
6.2. Öneriler .....	65
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>66</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>80</b>
EK I. Kişisel Bilgi Formu .....	80
EK II. Fertilite Farkındalık Ölçeği .....	82
EK III. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II .....	83
EK IV. Bilgilendirilmiş Olur Formu .....	85
EK V. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı Kurul Kararı .....	88
EK VI. Sivas İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi .....	90
EK VII. Ölçek Kullanım İzni .....	91
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>92</b>

## TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 1.</b> Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler.....	27
<b>Tablo 2.</b> Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı .....	29
<b>Tablo 3.</b> Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.</b> Kadınların Yaşam Biçimi Alışkanlıklarının Dağılımı .....	31
<b>Tablo 5.</b> FFÖ ve SYBDÖ-II Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	32
<b>Tablo 6.</b> Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FFÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	34
<b>Tablo 7.</b> Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre FFÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	35
<b>Tablo 8.</b> Kadınların Yaşam Biçimi Alışkanlıklarına Göre FFÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	37
<b>Tablo 9.</b> Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 10.</b> Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	44
<b>Tablo 11.</b> Kadınların Yaşam Biçimi Alışkanlıklarına Göre SYBDÖ-II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 12.</b> Kadınların Fertilite Farkındalıkları ile SYBD Arasındaki İlişki.....	52

## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil 1.** Araştırmanın Uygulanma Planı ..... 26

## GRAFİKLER DİZİNİ

**Grafik 1.** Kadınların Fertilité Farkındalık Düzeyleri ..... 33



## KISALTMALAR

<b>ASM:</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>BKİ:</b>	Beden Kütle İndeksi
<b>CETAD:</b>	Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği
<b>DSÖ:</b>	Dünya Sağlık rgt
<b>FF:</b>	Fertilite Farkındalık leği
<b>NFP:</b>	Natural Family Planning
<b>SACN:</b>	Scientific Advisory Committee on Nutrition
<b>SYBD:</b>	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
<b>SYBDÖ-II:</b>	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği-II
<b>T.C.:</b>	Türkiye Cumhuriyeti
<b>TDK:</b>	Türk Dil Kurumu
<b>TÜİK:</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO:</b>	World Health Organization

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Fertilite (doğurganlık); üreme, çoğalma ve gelişmenin temeli olarak kabul edilmektedir (Güngör, 2021). Doğurganlık; kadında gebeliğin oluşması ve bebek sahibi olabilme, erkekte kadını gebe bırakabilme yeteneği anlamına gelmektedir (Silva ve ark., 2020). Kadınlarda fertilite yaklaşık 13 yaşında ilk menstrüel siklus ile başlamakta ve genellikle 45-50 yaşlarda sonlanmaktadır. Kadınlarda fertilitenin oluşabilmesi için; uterusun gebelik için uygun olması, fallop tüplerinin açık olması, sperm için servikal mukus yapısının uygun olması, üreme organlarında enfeksiyon olmaması ve over fonksiyonlarını etkileyebilecek sistemik bir hastalığın olmaması gerekmektedir. Erkeklerde fertilitenin oluşabilmesi için; sperm sayısının, hareketliliğinin ve şeklinin gebelik oluşturmaya elverişli olması, üreme organlarında tıkanıklık olmaması ve hormonal olarak gebeliği engelleyecek herhangi bir nedenin olmaması gerekmektedir (CETAD, 2023). Üremenin temeli olan fertilite anatomik ve fizyolojik faktörlerden, yaşam biçimi alışkanlıklarından ve bireylerin fertilite farkındalık düzeylerinden etkilenmektedir. Bunlardan en önemlisi yaşam biçimi alışkanlıkları ve bireylerin fertilite farkındalık düzeyleridir. Fertilitenin korunması ve infertilitenin önlenmesi için bireyin olumlu yaşam biçimi davranışlarına sahip olması, fertilite farkındalığının geliştirilmesi ve genel sağlık durumunun iyileştirilmesi önemlidir (Espinosa ve ark., 2020; Özşahin, 2020; Tabernero- Rico ve Garcia-Velasco, 2019).

Farkındalık, bir şey hakkında bilgi ve anlayışa sahip olmak anlamına gelirken, fertilite farkındalığı, bireyin üreme ve doğurganlık ile ilgili bireysel (örn. ileri yaş, yaşam tarzı ve cinsel sağlık durumu) ve bireysel olmayan risk faktörlerini (örn. çevresel faktörler), korunmasız cinsel ilişki sonrası gebeliğin oluşma olasılığını bilmesini içeren bir kavramdır (Özşahin, 2020; Zegers-Hochschild ve ark., 2017). Bireylerin fertilite farkındalığına sahip olabilmesi için; kadın ve erkek üreme organlarının yapısını ve fonksiyonlarını (Temizkan Sekizler ve Daşkan, 2021), fertilitenin önemini, menstrüel siklus sonunda korunmasız cinsel ilişkinin ardından gebeliğin oluşma ihtimalini (NFP, 2023; Pfeifer ve ark., 2017), fertiliteyi olumsuz

etkileyen yaşam biçimi davranışlarını bilmesi ve bu davranışlardan kaçınması gerekmektedir (Kaya ve ark., 2016). Fertilitate farkındalığı bireyin fertilitate öz bakımını geliştirmesinde, gebe kalma şansını artırmasında, bireyin gebelikle ilgili herhangi bir sorunla karşılaştığında korku ve endişeyle başa çıkmasında etkin rol oynamaktadır (Acharya ve Gowda, 2017). Fertilitate farkındalığı gelişmiş olan kadın, menstrüel siklusunu çok iyi takip edebilmekte böylelikle menstrüel siklusunun zamanını, kaç gün sürdüğünü ve siklus süresince vücudunda oluşan fizyolojik değişiklikleri anlayabilmektedir. Bu farkındalık sayesinde kadın fertil olduğu dönemlerini belirleyerek gebelik planlayabilmekte veya erteleyebilmektedir (Temizkan Sekizler ve Daşkan, 2021; Sansone ve ark., 2018). Fertilitate farkındalığının temelini menstrüel siklusun fertil periyodu içinde cinsel ilişkide bulunmak oluşturmaktadır ve bu farkındalık infertilite problemi yaşayan çiftlerin tedavilerine yardımcı olmaktadır (Simmons ve Jennings, 2020). Fertilitateyi etkileyen pek çok faktör olmakla birlikte en önemlisi yaşam biçimi davranışlarıdır. Yaşam biçimi davranışları genel sağlığın, üreme sağlığının ve cinsel sağlığın korunması ve devamlılığı için önemlidir. Yaşam biçimi davranışları “kişinin kontrol altında tutabildiği ve iyi oluşa olumlu etki gösteren düzeltilebilir faktörler” olup üreme sağlığını olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Collins ve Rossi, 2015; Sharma ve ark., 2013). Fertilitateyi etkileyen yaşam biçimi davranışlarından bazıları; beslenme alışkanlığı, kilo kontrolü, fiziksel aktivite, stresle baş etme düzeyi, sigara kullanma durumu, kafein içeren ürün tüketme, çevresel faktörler, riskli cinsel davranışlar, kontraseptif yöntem kullanımı ve vajinal kayganlaştırıcıların kullanımınıdır (Aşçı ve Gökdemir, 2020; Kaya ve ark., 2016). Yaşam biçimi davranışlarının fertilitateye olan etkisinin farkında olan bireyler, SYBD’de bulunmakta ve fertilitateyi koruyabilmektedir (Arslan Özkan, 2013). Fertilitatenin azalması ve infertilitenin artmasının en büyük sebeplerinden biri gelişen teknoloji ile modern yaşam tarzının hayatımız üzerindeki olumsuz etkisidir (Amanak ve ark., 2014; Demirci ve Coşkun Potur, 2014). Modern yaşamın getirdiği hazır gıdalarla beslenme, sedanter yaşam, tarımda kullanılan ilaçlar, hava kirliliği, kronik sistemik hastalıklarda kullanılan ilaçlar sperm kalitesini ve ovumun gelişimini olumsuz etkileyerek fertilitate problemlerine sebep olmaktadır (Altıparmak ve Aksoy Derya, 2018).

Fertilitenin korunması ve fertilitenin farkındalığının geliştirilmesini sağlayabilmek için bireylere fertilitenin etkileyen riskli yaşam biçimi davranışlarında sağlıklı değişiklikler yapması konusunda önerilerde (sigaranın bırakılması, beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, egzersiz yapma vb.) bulunmalıdır (Foucaut ve ark., 2019). Çiftlerde fertilitenin farkındalığının geliştirilmesi multidisipliner ekip çalışmasını gerektirmekte olup bu ekibin en temel üyesi “ebe”dir. Fertilitenin biriminde çalışan sağlık profesyonelleri, çiftlere doğru sağlık davranışlarını kazandırmakla sorumludur (Altıparmak ve Aksoy Derya, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) fertilitenin farkındalığını arttırmak için kişilerin özellikle kadınların fertilitenin etkileyen faktörler (yaş, fiziksel aktivite, beslenme, kilo kontrolü, tütün kullanımı, çevresel etkenler, riskli cinsel davranışlar, kontraseptif ve vajinal kayganlaştırıcıların kullanımı vb.) hakkında bilgilendirilmesi gerektiğini belirtmektedir (WHO, 2023). İnfertilitenin önlenmesinde ve bireylerde fertilitenin farkındalığı oluşturulmasında, infertilite tedavisinin ve bakımının yapılmasında, kadının yaşam kalitesinin artırılmasına ilişkin müdahalelerin uygulanmasında ebelerin uygulayıcı, araştırmacı, danışman, eğitici, yönetici rolleri ve sorumlulukları bulunmaktadır (Özşahin, 2020).

Literatür incelendiğinde fertilitenin farkındalığını (Renn ve ark., 2023; Chan ve ark., 2022; Özşahin ve Altıparmak, 2021; Perez Capotosto, 2021; Özşahin, 2020; Mu ve ark., 2019; Mahey ve ark., 2018; Pedro ve ark., 2018; Harper ve ark., 2017; Will ve ark., 2017; Kudesia ve ark., 2017; Hampton ve Mazza, 2015) ve yaşam biçimi davranışlarının fertilitenin üzerine etkilerini inceleyen (Ersoy ve ark., 2021; Özevci ve ark., 2021; Bektaş ve Süt, 2020; Benatta ve ark., 2020; Demirel ve Irez, 2020; Espinos ve ark., 2020; Altamimi ve ark., 2019; Park ve ark., 2019; Reynolds ve Gordon, 2018; Salas-Huetos ve ark., 2019; Silvestris ve ark., 2019; Taberner-Rico ve Garcia-Velasco, 2019; Akyol, 2018; Grieger ve ark., 2018; Küçükkaya ve ark., 2018; Terzioğlu, 2018; Kaya ve ark., 2016) çalışmalar olmasına rağmen fertilitenin farkındalığı ile fertilitenin etkileyen yaşam biçimi davranışlarının incelendiği herhangi bir çalışmaya tarafımızca rastlanmamıştır.

Bu bilgiler doğrultusunda kadınların fertilitenin farkındalık düzeyini ve fertilitenin etkileyen yaşam biçimi davranışlarını belirlemenin fertilitenin farkındalığını arttıracak, fertilitenin etkileyen riskli davranışların azalacağı ve bırakılacağı bunun sonucunda

fertilitenin korunacağı, kadın sağlığının yükseleceği düşünülmektedir. Bununla birlikte özellikle birinci basamakta çalışan ebeler kadınlarda fertilite farkındalığını ve fertiliteyi etkileyen yaşam biçimi davranışlarını saptayarak kadının yaşam biçimi davranışlarının fertilite üzerindeki etkilerini belirleyerek bireyde farkındalık gelişmesini sağlayacak, farkındalık geliştikten sonra gebe kalamama Őikyeti olan çiftleri uygun birimlere yönlendirerek tanı ve tedavide etkin görev alacaktır.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma kadınlarda fertilite farkındalığının ve fertiliteyi etkileyen yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

### **1.3. Araştırma Soruları**

1. Kadınlarda fertilite farkındalık düzeyi nasıldır?
2. Kadınlarda fertiliteyi etkileyen yaşam biçimi davranışları nelerdir?
3. Kadınların fertilite farkındalık düzeyi yaşam biçimi davranışlarını etkiler mi?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Fertilite

Fertilite (doğurganlık) Türk Dil Kurumu'na (2023) göre “doğurgan olma durumu” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2023). Fertilite kadında gebe kalabilme ve bebek sahibi olabilme, erkekte kadının gebe kalabilmesini sağlayabilme anlamına gelmektedir (Silva ve ark., 2020). Gebeliğin oluşabilmesi için erkeğin üreme sisteminin sperm üretebilmesi ve depolayabilmesi ayrıca depolanan bu spermlerin vücut dışına taşınabilmesi gerekmektedir (CETAD, 2023). İnsanın ve diğer canlıların nesillerinin devamı için üreme, çoğalma ve gelişme gerekmektedir (Güngör, 2021). Üreme sisteminde hastalık ve sakatlık olmaması, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması üreme sağlığı olarak tanımlanmaktadır (Taşkın ve Zeyneloğlu 2016). DSÖ'nün üreme sağlığı tanımında, üreme sağlığının hem kadın hem de erkeği ilgilendirdiği, ikisinin de gereksinimlerini içerdiği (Hamlacı ve ark., 2017), doğumla başlayıp yaşamın sonuna kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği ve üreme sağlığının hayata başlamanın ilk adımı olduğu bildirilmektedir (Taşkın ve Zeyneloğlu, 2016).

Fertilite hızı “kadının doğurgan olduğu dönem (15-49 yaş) boyunca sahip olabileceği ortalama çocuk sayısı” şeklinde tanımlanmaktadır (TÜİK, 2023). Fertilite hızı kadının yaşına, eğitim durumuna ve yaşadığı yerin coğrafi özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir (İlçioğlu ve ark., 2017). Günümüzde fertilite hızı giderek azalmaktadır. TÜİK'in (2023) açıklamış olduğu verilerde toplam fertilite hızı, 2001 yılında 2,38 çocuk iken 2022 yılında 1,62 çocuk olarak belirtilmiştir. Fertilite hızının azalması ve infertilitenin artmasının en büyük sebeplerinden biri; gelişen teknolojinin sonucu oluşan modern yaşam tarzının yaşantımız üzerindeki olumsuz etkisidir. Modern yaşam tarzının neticesinde gebeliklerin ileri yaşlara bırakılması, obezite, elektromanyetik dalgalar, hormonlu ve genetiği değiştirilmiş gıdaların tüketimi, stres, sigara ve alkol tüketimi, seksüel enfeksiyonlar artan infertilite nedenleri arasında sayılmaktadır (Amanak ve ark., 2014).

## 2.2. Fertilite Farkındalığı

Fertilite farkındalığı; kişinin üreme sağlığı, doğurganlık ve doğurganlığı etkileyen faktörler hakkında her şeyin farkında olması anlamına gelmektedir (Bayoumi ve ark., 2018). DSÖ kişilerin fertilite farkındalığını artırmak için kişileri fertiliteye etkisi olan faktörler (yaş, düzenli beslenme, BKİ, fiziksel aktivite, stresle başa çıkma, tütün kullanma, kafeinli içecek tüketme, çevresel faktörler, sağlık kontrolü yaptırma durumu, riskli cinsel davranışların varlığı, kontraseptif yöntem tercihi, vajinal kayganlaştırıcı kullanımı) hakkında bilgilendirmek gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2023). Bireylere doğurganlığı korumak/geliştirmek için tütün, alkol ve uyuşturucu kullanımı, kötü beslenme ve hareketsiz yaşam gibi sağlıksız yaşam biçimi davranışlarının bırakılması önerilmektedir (Sansone ve ark., 2018). Sağlıksız davranışların çoğunun değiştirilebilir olması (sigaranın bırakılması, beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi vb.), kişilere SYBD konusunda öneride bulunulması fertilitenin korunmasını ve fertilite farkındalığını artırabilmektedir (Foucaut ve ark., 2019). Fertilite farkındalığına sahip kadınlar, menstrüel siklus döngüsünün süresi ve özellikleri ile bu döngünün bedenleri üzerindeki fizyolojik etkileri hakkında bilgi sahibidir. Bu farkındalıkla kadınlar doğurgan oldukları dönemlerini belirleyebilmekte ve doğum kontrol yöntemi kullanıp kullanmamaya karar verebilmektedir (Sansone ve ark., 2018). Gebelik planlayan kadınların siklus içerisinde fertil oldukları günlerin belirlenmesi, fertilite farkındalık uygulamalarına ilişkin üreme ve infertilite için risk faktörleri hakkındaki genel bilgilerinin değerlendirilmesi önemlidir (Perez Capotosto, 2021). Fertilite farkındalığı yüksek olan bireyler fertiliteyi etkileyen tıbbi nedenler hakkında yeterince bilgiye sahip (Özşahin ve Altıparmak, 2021) olup fertilite farkındalık yöntemlerini kullanarak doğal yollarla gebe kalma şansını arttırabilmekte, yardımcı üreme tekniklerinin uygulanma sıklığını azaltabilmektedir (Simmons ve Jennings, 2020).

Korunmasız cinsel ilişkinin gebelikle sonuçlanma ihtimalinin en yüksek olduğu günleri belirlemek için menstrüel döngü sürecinde doğurganlığın çeşitli belirti ve semptomlarının izlenmesi fertil günlerin belirlenmesi olarak adlandırılmaktadır (Taşkın, 2016). Fertil günleri belirlemek herhangi bir ilaç veya cihaz kullanılmadan, hem gebeliği önlemenin bir yolu olarak hem de gebe kalmak için en verimli zamanı

belirlemenin bir yolu olarak kullanılmaktadır (NFP, 2023). Fertil günlerde kadın vücudunda gerçekleşen belirti ve semptomlar arasında menstrüel siklus uzunluğu, bazal vücut ısısı, servikal mukusun yapısı yer almakta ve tek başına veya birlikte olması halinde doğurganlık gününün tahmininde kullanılabilir. Gebe kalmak isteyen kadınlar, seçtikleri fertilitate farkındalığına dayalı yöntemlerin işaretlerini gözlemlemeyi, yorumlamayı öğrenmekte ve doğurganlık günlerinde korunmasız cinsel ilişkide bulunmakta, gebe kalmak istemeyen kadınlar ise korunmasız cinsel ilişkiden kaçınmaktadır. Fertilitate farkındalığına dayalı yöntemler, bu yöntemleri kullanmayı seçen, bir veya daha fazla doğurganlık belirtisini gözlemleyebilen ve gözlemlemeye istekli kişiler için uygun olmaktadır (Simmons ve Jennings, 2020).

Kadınların ovulasyon sırasındaki doğurganlık semptomlarının farkında olmadığı belirtilmektedir (Marshall ve ark., 2019). Kadının menstrüel sıklusta gebe kalma ihtimali yalnızca ovulasyon zamanında olup ovulasyon, menstrüel döngünün ortalarına rastlayan iki-üç günlük dönemde, menstrüasyondan 14 gün önce olmaktadır. Her menstrüel sıklusta overlerden atılan ovum, ovulasyondan sonra 24 saat içerisinde fertilize olma yeteneğine sahiptir. Spermiler ise kadın vücudunda 48-72 saat fertilize etme yeteneğini korumaktadır. Böylece kuramsal olarak fertilizasyon için tahmin edilen süre, menstrüasyondan 14 gün önceki üç-dört günlük süredir (Taşkın, 2016). Bu yöntemin etkin olabilmesi için ovulasyon zamanının yani fertil dönemin iyi belirlenmesi gerekmektedir. Bu amaçla geliştirilmiş takvim yöntemi, bazal vücut ısısı, servikal mukus yöntemi, servikal palpasyon ve semptomtermal yöntem bulunmaktadır (Simmons ve Jennings, 2020; Özçelik, 2016; Su ve ark., 2016; Taşkın, 2016).

**Takvim Yöntemi:** Menstrüel siklus kanamanın gerçekleştiği gün başlamakta ve ikinci menstrüasyonun başlamasından bir gün önce sona ermektedir. Takvim yönteminde menstrüel siklus periodu sekiz ay boyunca düzenli olarak kaydedilmektedir. Sekiz siklus içerisinde en uzun ve en kısa olan siklus belirlenmekte ve en uzun siklus gün sayısından 11, en kısa siklus gün sayısından da 18 çıkarılmakta böylece fertil dönemin başlangıç ve bitiş günleri saptanmaktadır. Menstrüel siklusu düzenli olan kadınlarda ise fertil günler hesaplanırken siklus gün sayısından 14 çıkarılarak ovulasyon zamanı bulunmakta, ovulasyondan üç gün öncesi ve üç gün sonrası gebelik olasılığının yüksek olduğu günler olarak kabul edilmektedir (Taşkın,

2016). Aile planlaması yöntemi olarak kullanılan takvim yöntemi ile yapılmış bir çalışmada bir yılın sonunda yöntemin etkinliği %90, altı ay sonunda yöntemi kullanmaya devam etme oranı %89, yöntemle olan istek %6 olarak belirtilmiştir (Arévalo ve ark., 2010). Kursun ve ark., (2014) yaptığı çalışmada takvim yöntemini kullanan kadınlar 13 menstrüel siklus boyunca takip edilmiş yöntemin etkinliği %87,6 olup yöntemle olan memnuniyet %63, yöntem kullanmaya devam etme durumu %51 olarak saptamıştır.

**Bazal Vücut Isısı:** Bazal vücut ısısının izlenmesi, ovulasyonu saptamak için en basit yöntemlerden biri olup bazal vücut ısısının yükselmesi, progesteronun termojenik etkisinden kaynaklanmaktadır. Ovulasyondan sonra korpus luteum progesteron salgılamaya başlamakta bazal vücut ısısı 0,5–1,0 derece yükselmektedir (Su ve ark., 2017). Ovulasyon zamanındaki vücut ısısındaki yükselmeyi tespit edebilmek için üç ay boyunca düzenli olarak her sabah yataktan kalkmadan önce vücut ısısı ölçülmekte, ölçüm sonuçları bir çizelgeye kaydedilmektedir. Isının yükselip üç gün süre ile yüksek seyretmesi ovulasyonu göstermektedir. Bu nedenle fertil dönemin başlangıcı (spermlerin 72, ovumun 24 saat yaşadığı düşünülerek) vücut ısısının yükselmesinden dört gün önce, fertil dönemin sonu ise vücut ısısının yükselmesinden üç gün sonra olarak belirlenmektedir. Düzenli 28 günlük menstrüel periodlarda ovulasyonun, siklusun 14. gününde gerçekleştiği düşünüldüğünde fertil dönem siklusun 10-17. günleri arasına denk gelmektedir (Taşkın, 2016). Bazal vücut ısısını etkileyen faktörler arasında yüksek ateş, alkol, duygusal veya fiziksel stres, uyku bozukluğu, oda sıcaklığındaki değişiklik, uyanma saatindeki değişiklik, iklim değişikliği ve oral kontraseptif veya ateş düşürücülerin yakın zamanda başlaması veya kesilmesi yer almaktadır. Bireylerin ölçüm yaparken bu etkenlere dikkat etmesi gerekmektedir (Su ve ark.,2017).

**Servikal Mukus Yöntemi:** Bu yöntemde fertil güne karar verebilmek için kadınların her gün birkaç defa servikal mukusun yapısını kontrol etmesi gerekmektedir (Özçelik, 2016). Servikal bezlerden gelen vajinal akıntıda siklus boyunca belirgin değişiklikler olmaktadır. Bu değişiklikler izlenerek ovulasyonun ne zaman gerçekleştiği tespit edilebilmektedir. Ovulasyondan önce, ovulasyonda ve ovulasyon sonrasında servikal mukusun miktarı değişmektedir. Menstrüasyon sonrasında

servikal mukus beyaz-sarı renkte ve çok az olmakta, ovulasyon yaklaşınca miktarı artmakta, kaygan, akışkan ve saydam özellik kazanmaktadır. Ovulasyon döneminde servikal mukus baş ve işaret parmağı arasına alındığında 5-25 cm kadar uzadığı görülmekte ve bu değişime servikal geçirgenlik denilmektedir. Servikal geçirgenliğin olduğu zamanlar fertil günler olarak adlandırılmaktadır (Taşkın, 2016). Servikal sıvıdaki değişikliklerin gözlemlenmesi, fertil dönemin hem başlangıcının hem de bitişinin tanımlanmasını desteklemektedir (Scarpa ve ark., 2006). Evans-Hoeker ve ark., (2013) gebe kalmaya çalışan kadınlarda servikal mukus izleme yöntemi kullanım prevalansı ve buna bağlı doğurganlığı araştırdıkları çalışmada servikal mukus yönteminin eğitimli, infertil olmayan, 30-44 yaş arası kadınlarda doğurgan günleri tespit etmek için nadiren kullanılan bir yöntem olduğunu saptamıştır.

***Servikal Palpasyon Yöntemi:*** Kadının çömelmiş ya da ayaktaayken palpasyonla serviksin kıvamındaki ve serviks ağzının durumundaki değişiklikleri hissederek fertil ve infertil günleri saptaması olarak ifade edilmiştir. İnfertil dönemde serviks ağzı kapalı ve sert hissedilmektedir. Ovülasyondan 4-5 gün önce serviksin yumuşamaya başladığı, serviks ağzının açıldığı, serviksin daha ıslak ve akıntı olduğu belirtilmektedir. Bu dönem fertil dönem olarak ifade edilmekte ve gebelik isteyen çiftlerin bu dönemde korunmasız cinsel ilişkide bulunması önerilmektedir (Özçelik, 2016).

***Semptotermal Yöntem:*** Bu yöntemde servikal mukus değişikliği ve bazal vücut ısısı değişimleri gözlenmektedir. Servikal mukusun ıslak, kaygan, şeffaf veya esnek olması fertil periyodun başladığını, bazal vücut ısısının artması ise fertil periyodun bittiğini göstermektedir (Taşkın, 2016). Bu nedenle bu yöntemi kullanan kadınların her gün servikal mukus kontrolü yapıp mukusun karakterini değerlendirmeleri, her sabah vücut sıcaklıklarını bir termometreyle ölçmeleri gerekmektedir (Özçelik, 2016).

### 2.3. Fertilitiyi Etkileyen Faktörler

Üremenin temeli olan fertilitiyi anatomik ve fizyolojik faktörlerden, yaşam biçimi alışkanlıklarından ve bireylerin fertilitiyi farkındalık düzeylerinden etkilenmektedir. Bunlardan en önemli faktör yaşam biçimi alışkanlıkları ve bireylerin fertilitiyi farkındalık düzeyleridir (Tabernero-Rico ve Garcia-Velasco, 2019; Sharma ve ark., 2013). Üreme sağlığı konusunda farkındalığı oluşmuş bireyler, olumlu davranışlarda bulunmakta ve fertilitiyelerini koruyabilmektedir. Fertilitiyenin korunması için yaşam biçimi davranışlarının, fertilitiyi farkındalığının geliştirilmesi ve genel sağlık durumunun iyileştirilmesi önemlidir (Tabernero-Rico ve Garcia-Velasco, 2019). Gebelik planlanmasının ertelenmesi ve artan infertilitiyi insidansından sorumlu ana faktör, bireylerin fertilitiyi farkındalığında meydana gelen yetersizliktir. Gebe kalıp kalmayacağına, ne zaman ve nasıl gebe kalacağına ilişkin kararlar, bireyin veya çiftlerin tercihleri doğrultusunda olmaktadır (Mahey ve ark., 2018). Garcia ve ark., (2016) üreme çağındaki kadınların doğurganlık bilgisinin ve farkındalık düzeylerinin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Kadınlarda fertilitiyi farkındalığını evlilik yaşı, ilk doğum yaşı, çalışma ve ekonomik durum gibi sosyodemografik özellikler etkilemektedir (Özşahin ve Altıparmak, 2021).

Kadın sağlığını ve doğurganlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen en önemli faktör eğitim olup etkilerini kesin çizgilerle ayırmak güçtür (Akça ve Ela, 2012). Eğitim düzeyi düşük olan kadınlar sağlık hizmetlerinin faydalarını bilmedikleri, karar vermede özgür olamadıkları için sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır (İlçioğlu ve ark., 2017). Hammarberg ve ark., (2013) yaptığı çalışmada bireylerde fertilitiyi etkileyen faktörler hakkında bilgi eksikliği olduğu tespit edilmiştir. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alma, aile planlaması yöntemi kullanma, sağlık hizmetlerini kullanma oranı artmakta, riskli gebelikler, doğurdukları çocuk sayısı azalmakta, eğitim düzeyi arttıkça fertilitiyi hızı düşmektedir (İlçioğlu ve ark., 2017).

Kadın ve erkekte fertilitiyi etkileyen önemli faktörlerden biri de yaştır (Foucaut ve ark., 2019). Kadınların çalışma hayatına girmesi, kariyer yapma düşüncesi ve eğitim düzeyinin artması ile gebelikler 30-40 lı yaşlara ertelenmekte (Amanak ve ark., 2014) ve gebe kalma süresi uzamaktadır (Pfeifer ve ark., 2017). Kadınların yaşı

arttıkça, ovulasyonun bozulması ve ovum kalitesinin azalması, tubal fonksiyon bozukluklarının ve endometriozisin artması gibi nedenlerle fertilitenin olumsuz etkilenme riski artmaktadır. Fertilitate problemi olan kadınların yaşının fertil kadınlardan daha fazla olduğu belirtilmektedir (Correia ve ark., 2014). Erkeklerde de ileri yaş, semen kalitesini ve fertilitateyi negatif etkilemektedir (Delbaere ve ark., 2020). Kadın ve erkek yaşının artması; sağlıklı bir çocuğa sahip olamamaya, gebe kalma süresinin artmasına (Hammarberg ve ark., 2013), erken dönem gebelik kayıplarına, daha fazla yardımcı üreme teknikleri kullanımına ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır (Sørensen ve ark., 2016).

#### **2.4. Fertilitateyi Etkileyen Yaşam Biçimi Davranışları**

Bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol altında tutabilmesi, günlük aktivitelerini sürdürmede kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek (yeterli ve dengeli beslenme, stresle olumlu baş etme, düzenli egzersiz yapma vb.) düzenleyebilmesi sağlıklı yaşam biçimi olarak tanımlanmıştır (Savucu, 2020). Genel sağlık durumunun iyileştirilmesinde, infertilitenin önlenmesinde ve fertilitate yeteneğinin ideal düzeye getirilmesinde sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi önemli bir yere sahiptir (Homan ve ark., 2007). Erkekler ve kadınlar yaşam biçimi davranışlarının üreme sağlığı üzerindeki etkisini anlayarak ve bu davranışlarını düzenleyerek, kendi doğurganlıklarını kontrol edebilmektedir (Sharma ve ark., 2013).

Fertilitenin desteklenmesi ve sürdürülmesi büyük ölçüde kişinin yaşam biçimine bağlı olduğundan, bireylerin sağlıklarını etkileyebilecek davranışlarını kontrol etmeleri ve alternatif uygun davranışları seçerek bunları düzenlemeleri gerekmektedir. İnfertil bireyler tedavi sürecinde başarıyı hedeflemekte ve fertilitateye katkıda bulunabilecek davranış değişikliklerinde bulunmaktadır (Altıparmak ve Aksoy Derya, 2018). SYBD yüksek eğitim seviyesi, çalışma durumu ve yüksek gelir durumu gibi özelliklerden olumlu etkilenmektedir (Demirci ve Coşkun Potur, 2014; Teskereci, 2010).

Yaşam biçimi alışkanlıkları fertilitateyi olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Fertilitateyi etkileyen faktörler kilo yönetimi, stres, beslenme, fiziksel aktivite, tütün kullanımı, alkol tüketme, kafeinli içecek tüketme, çevresel

faktörler, kıyafet tercihi, cep telefonu kullanımı, riskli cinsel davranışlar, vajinal kayganlaştırıcılar ve kontraseptif kullanımıdır (Benatta ve ark., 2020; Kesari ve ark., 2018; Kaya ve ark., 2016).

#### **2.4.1. Beslenme**

Dengesiz ve sağlıksız beslenme hem kadın hem de erkeklerde üreme sağlığını bozmaktadır (Silvestris ve ark., 2019). Fertilitenin korunmasında beslenme değiştirilebilir bir faktördür (Amanak ve ark., 2014). Sağlıklı ve dengeli beslenme, genel sağlığı ve üreme sağlığını korumanın önemli bir parçasıdır ve aynı zamanda fertilitiyi korumada belirleyicidir (Barazani ve ark., 2014; Sharma ve ark., 2013). Üreme sağlığı ve fertilitenin iyileştirilmesi ve korunmasına yardımcı olmak için günlük diyetle yeterli miktarda besin alımının sağlanması gereklidir (Suliga ve Gluszek, 2019; Grieger ve ark., 2018). Yapılan çalışmalarda kadınlarda kırmızı et, yüksek protein, tavuk ve hindi diyetinin ovulasyon bozukluğuna (Amanak ve ark., 2014; Sharma ve ark., 2013), D vitamini yönünden yetersiz beslenen kadınların fertilizasyon olasılığının azalmasına sebep olduğu (Pilz ve ark., 2018; Bosdou ve ark., 2016) tespit edilmiştir. Günlük olarak tüketilen bitkisel proteinler fertilité şansını olumlu yönde etkileyerek infertilite riskini azaltmaktadır (Beji ve Özcan, 2016). Besin grupları açısından bakıldığında tamamı lif ve antioksidan bakımından zengin olan meyve, sebze, kuruyemiş, tam tahıl, deniz ürünleri ve az yağlı süt ürünleri sperm kalitesiyle pozitif yönde (sperm konsantrasyonu ve sperm hareketliliği artırmakta) ilişkilidir (Salas-Huetos ve ark., 2019; Suliga ve Gluszek, 2019; Gaskins ve ark., 2018). Hormonlu ve genetiği değiştirilmiş gıdaların tüketilmesi infertilitede etkili olan diğer bir faktördür. Hormonlu gıdalarda bulunan östrojen hormonunun erkeklerde meme büyümesi ve cinsel güç kaybına; kadınlarda ise ovulasyonun baskılanmasına neden olduğu belirtilmektedir (Altıparmak ve Aksoy Derya, 2018; Barazani ve ark., 2014). Doğum yapmamış bir kadın popülasyonunda, gebelik öncesi dönemde daha düşük meyve tüketimi ve daha yüksek fast food alımı, gebe kalma sürenin uzun olması ve artan infertilite riski ile ilişkilendirilmiştir (Grieger ve ark., 2018).

#### 2.4.2. Kilo Yönetimi (Obezite, Zayıflık)

BKİ bireylerin ağırlık durumunu değerlendirirken kullanılan en nesnel ölçüm olup (SACN, 2023), fertilitiyi korumak için BKİ'nin 20 ile 25 kg/m<sup>2</sup> arasında olması önerilmektedir (WHO, 2023). BKİ'nin obezite değer aralığında olması kadın üreme sağlığını olumsuz etkilemektedir (Dağ ve Dilbaz, 2015). Jinekolojik açıdan değerlendirildiğinde obezite; polikistik over sendromuna, menstrüel siklus düzensizliklerine, jinekolojik kanserlere, infertiliteye, cinsel fonksiyon bozukluklarına ve psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Obstetrik açıdan değerlendirildiğinde de obezite; gestasyonel diyabet, abortus, makrozomik bebek, ölü doğum, konjenital anomali, hipertansiyon, venöz tromboemboli, doğum ve cerrahi komplikasyonlara yol açmaktadır (Akyol, 2018). İnfertil kadınlarda obezite prevalansı yüksektir ve obezite ile infertilite arasında bir ilişki olduğu iyi bilinmektedir. Aşırı kilolu kadınlarda menstrüel siklus bozuklukları ve anovülasyon, düşük doğurganlık ve gebelik komplikasyonları artmaktadır (Dağ ve Dilbaz, 2015). Kadınlarda diyet ve egzersiz yoluyla kilo kaybı gebe kalma şansının artmasıyla ilişkili olup infertilite tedavisi gören kadınların kilo kaybıyla tedavi öncesine göre daha yüksek gebelik sonuçları tespit edilmiştir (Best ve ark., 2017). Açıklanamayan infertilitesi olan erkeklerle yapılan çalışmada sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktiviteye dayanan kilo verme programının etkisi değerlendirilmiş, obezitenin zayıf semen kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kilo kaybı potansiyel olarak sperm kalitesinde iyileşmeye yol açmaktadır (Håkonsen ve ark., 2011). Cardozo ve ark., (2012) BKİ'leri 17,9-62,9 kg/m<sup>2</sup> olan infertil kadınlarla yaptıkları çalışmada, obezite arttıkça infertilitenin (%82,7) arttığını belirtmiştir. Doğurganlık isteyen aşırı kilolu ve obez kişilere, obezitenin doğurganlık üzerindeki olumsuz etkileri ve kilo vermenin doğurganlığa katkısı konusunda eğitim verilmelidir. Yağ ve rafine karbonhidrat alımının azaltıldığı diyet ve düzenli egzersiz programı, bu tür bireyler için tasarlanan eğitimlerin temelini oluşturmalıdır (Best ve ark., 2017; Kulie ve ark., 2011).

BKİ'nin normal değerlerden daha düşük olması olarak tanımlanan zayıflık (BKİ<18,5) da (Yılmaz ve Yardımcı, 2015) menstrüel düzensizlik ve ovülasyon problemlerine yol açmaktadır (İyibozkurt, 2011). Zayıf olan erkeklerde, normal BKİ'ye sahip olanlara göre daha düşük sperm konsantrasyonlarına sahip olma

eğilimindedir (Chavarro ve ark., 2010). Yetersiz beslenme, katı diyet kısıtlamaları ve genel besin eksikliği hem vücut ağırlığının hem de fiziksel performansın kaybına neden olmakta, ergenliğin gecikmesi, gebe kalma süresinin uzaması, fizyolojik over değişiklikleriyle birlikte düşük gonadotropin hormon seviyeleri artan inferilite ile ilişkilenebilmektedir. Proteinlerin, mikro ve makro minerallerin ve vitaminlerin yetersiz alımı üreme performansındaki azalmayla ilişkilidir, çünkü değişen enerji dengesi kadınlarda ovumun gelişiminin bozulmasına neden olmaktadır (Silvestris ve ark., 2019). Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza, üreme çağındaki kadınların %5'ini etkileyerek amenoreye, infertiliteye ve gebelerde abortus riskinde artmaya neden olmaktadır. Düşük BKİ'li (<18,5) kadınlarda gebe kalma süresi daha uzundur (Collins ve Rossi, 2015). Zayıf kadın ve erkeklere fertilitelerini iyileştirmeleri için sağlıklı kilo alma tavsiye edilebilir (Demirci ve Coşkun Potur, 2014).

### **2.4.3. Egzersiz**

Sağlıklı yaşam tarzının temellerinden biri de egzersizdir (Sansone ve ark., 2018). Egzersiz, insülin duyarlılığını artırarak, over fonksiyonlarını düzenlemekte ve gebe kalma şansını artırmaktadır. Yapılan egzersiz türüne, yoğunluğuna ve süresine göre fertilitiyi olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir (Adewoyin ve ark., 2017). Günde 60 dakikadan fazla egzersiz yapan kadınlarda ovulasyon şansı azalmakta, 30-60 dk arası egzersiz yapanlarda ise ovulasyon şansı artmaktadır (Hakimi, 2017). Aşırı egzersiz yapma vücuttaki enerji dengesini değiştirerek üreme sistemini olumsuz etkileyebilmektedir. Atletlerle yapılan çalışmada, negatif enerji dengesinin Gonadotropin Releasing Hormon salınımının artmasına, dolayısıyla menstrüel düzensizliklere yol açtığı belirtilmiştir (Kaya ve ark., 2016).

Kadınlarda diyet ve egzersiz yoluyla kilo kaybı, ovulasyonu ve menstrüel siklusu olumlu etkileyerek gebe kalma şansını ve canlı doğum yapma oranını artırmaktadır (Best ve ark., 2017). Espinós ve ark., (2020) obez infertil kadınların gebelik ve doğum sonuçlarında yaşam biçimi değişimlerinin etkisini değerlendirdiği meta-analiz çalışmasında; kilo vermek amacıyla uygulanan diyet ve egzersiz programlarının, gebelik oranlarını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Düzenli egzersiz ile kadın ideal kilosuna ulaşmakta, fertilitite olasılığı artmakta (Beji ve Özcan, 2016) ve infertilite riski azaltmaktadır (Terzioğlu, 2018; Kaya ve ark., 2016). Fertilitiyi

artırmak amacıyla yoga duruşları, konsantrasyon çalışmaları, nefes ve gevşeme teknikleri kullanılabilir, düzenli egzersizle üreme sistemi hormon seviyeleri dengelenmektedir (Hâkimi, 2017). Bir başka meta-analiz çalışmasında diyet ve egzersiz yapan obez kadınlarda BKİ azaldıkça doğal gebelik oranının arttığı bulunmuştur (Lan ve ark., 2017). Foucaut ve ark., (2019) yaptıkları çalışmada fiziksel hareketsizliğin infertilite ile ilişkili risk faktörü olabileceği belirtilmektedir. Fertilité sorunu yaşayan bireylerin egzersiz süresinin haftada dört saati geçmemesi, fiziksel aktiviteyi oluşturan çeşitli unsurların (sıklık, yoğunluk, süre ve egzersiz türü) dikkate alınması gerektiği ve infertilite tedavisinde yaşam tarzı faktörlerinin iyileştirilmesinin de göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmaktadır (Kaya ve ark., 2016).

#### **2.4.4. Stres**

Stres, hipofiz bezi ve hipotalamusu baskılayarak hormonal dengenin bozulmasına neden olmakta (Fata, 2017), kadınlarda ve erkeklerde fertilitéyi olumsuz yönde etkilemektedir (Ilacqua ve ark., 2018). Stres, yorgunluğa neden olmakta, cinsel isteği azaltmakta, alkol ve sigara tüketimini artırarak infertilite riskini artırmakta (Amanak ve ark., 2014), kadında menstrüel düzensizliklere, anovuluar sıkluslara neden olmaktadır (Park ve ark., 2019). Stres ve depresyonun testosteron ve luteinize edici hormon salınımını azalttığı, gonadal fonksiyonu bozduğu ve spermatogenez ve sperm parametrelerini azalttığı belirtilmektedir (Sharma ve ark., 2013). Ayrıca stres erkeklerde hareketli ve normal sperm oranının ve sperm yoğunluğunun azalmasına, morfolojik olarak bozuk sperm üretiminin artmasına neden olmaktadır (Altıparmak ve Aksoy Derya, 2018). Psikolojik stres fiziksel, zihinsel ve duygusal tepkilere neden olduğundan (Collins ve Rossi, 2015), kadınların fertilitésini olumsuz etkilemekte (Park ve ark., 2019), depresyon, endişe, sıkıntı gibi olumsuz duygular yardımcı üreme tekniklerinin daha fazla kullanılmasına neden olmaktadır (Rooney ve Domar, 2018). Bir çalışmada olumlu ruh halinin canlı bebek sahibi olma şansını, yüksek kaygı düzeyinin ise ölü doğum riskini artırdığı belirtilmiştir (Sharma ve ark., 2013).

#### **2.4.5. Tütün Kullanımı**

Tütün içeriğinde bulunan nikotin bağımlılık yapmakta (Gül ve ark., 2014) ve içeriğinde 4000'den fazla toksik madde bulunmaktadır. Bu toksik maddeler fertilitéyi

olumsuz etkilemekte ve gebe kalma süresini uzatmaktadır (Kaya ve ark., 2016). Sigara içerisinde bulunan nikotin adı verilen kimyasal madde aktif ve pasif sigara içici kadınlarda oositin fertilizasyon özelliğini azaltmakta, günde 20 adetten fazla sigara kullanan kadınlarda menstrüel siklus düzensizliklerine neden olmaktadır (Terzioğlu, 2018). Sigara içen kadınlarda FSH düzeyi %66,0 iken pasif içicilerde %39 oranında artmakta, östrojen düzeyi azalmakta, gebe kalma süreleri daha uzun olmaktadır (Terzioğlu, 2018). Güney-Batı Çin’de Yang ve ark., (2017) yaptıkları çalışmada sigara tüketim süresinin 5-10 yıl arasında olması durumunda çiftlerin fertilitelerinin olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Sigarayı bırakmak fertilitayı olumlu yönde etkileyebilmekte ve sigaranın insan vücudundaki zararlı etkilerini ortadan kaldırmaktadır. Ancak bireylerin sigara içmenin fertiliteye olan zararları hakkında yeterince bilgiye sahip olmadığı belirtilmektedir (Farquhar ve ark., 2019; Reynolds ve Gordon, 2018).

#### **2.4.6. Kafeinli İçecek Tüketme**

Kafein dünya genelinde sıklıkla kullanılan bir üründür (Sözlü ve ark., 2017) ve bir fincan kahve içerisinde (150 ml) 100-150 mg kafein bulunmaktadır (Efe, 2009). Kafein sadece kahvede değil kakao, çikolata, çay ve enerji içeceklerinin içerisinde de bulunmaktadır (Macit ve Akdevelioğlu, 2018). Kafeinin fertiliteye olan etkisi tartışmalı olmakla birlikte çok araştırılan konulardan biridir. Kafein erken foliküler fazda hormon seviyelerini değiştirerek ovulasyonu ve korpus luteumun işlevini bozabilmektedir (Kaya ve ark., 2016). Bu nedenle üreme çağındaki kadınlara günde 300 mg dan fazla kafein önerilmemektedir. Günde yedi fincan ve üzeri çay ya da kahve tüketimi subfertilite riskini 1,5-2,7 kat artırmaktadır. Yardımcı üreme teknikleri tedavisi süresince kafein alımı ile oosit toplama, fertilizasyon, transfer ve gebelik oranları arasında bir ilişkinin varlığı netleştirilememiştir (Kaya ve ark., 2016).

#### **2.4.7. Alkol Tüketme**

Alkol kullanımı kadınlarda östrojen ve progesteron hormon düzeyini olumsuz yönde etkileyerek anovulasyona, luteal fazda bozulmalara (Kaya ve ark., 2016; Demir ve Coşkun Potur, 2014) ve over rezervinin azalmasına (Heertum ve Rossi, 2017) sebep olmaktadır. Erkeklerde de alkol kullanımı spermin şeklini, yapısını, hareketliliğini ve kalitesini olumsuz etkileyerek, ereksiyon problemlerine, libido kaybına, erken veya

geç ejakülasyona neden olabilmektedir (Heertum ve Rossi, 2017). Günde bir bardaktan fazla alkol tüketen kadınların infertilite riski günde bir bardak ya da daha az alkol tüketen kadınlara oranla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Yang ve ark., 2017). Kadınlara günde bir-iki, erkeklere ise günde üç-dört kadehten fazla alkol almamaları önerilmektedir (Demirci ve Coşkun Potur, 2014).

#### **2.4.8. Cep Telefonu Kullanımı**

Cep telefonu kullanımında son 15 yılda büyük bir artış olmuş ve bu durum kadın ve erkek fertilitelerini olumsuz yönde etkilemiştir (Amanak ve ark., 2014). Cep telefonu kullanımının kadınlarda; oosit DNA'sına hasar verdiği, overlere zarar vererek folikül sayısını azalttığı, endometriyumda apoptozise yol açtığı ve gebeliğin ilk trimesterinde embriyoda gelişme geriliği ve fetal mortaliteye sebep olduğu belirtilmektedir (Merhi, 2012). Erkeklerde cep telefonu kullanımı sperm sayısını ve spermin canlı kalma süresini azaltmaktadır (Kesari ve ark., 2018). Cep telefonunun fertiliteye olan olumsuz etkisini azaltmak için kullanılmadığı sürece kapalı ve vücuttan uzak tutulması, özellikle bel, kalp ve göğüs bölgesinde taşınmaması gerekmektedir (Adams ve ark., 2014).

#### **2.4.9. Çevresel Faktörler**

Modern yaşamın getirdiği sedanter yaşam, hazır gıdalarla beslenme, tarımda verimliliği artırmak ve maliyetleri azaltmak için kullanılan ilaçlar, hava kirliliği, hastalıklarda kullanılan ilaçlar, radyoterapi, kemoterapi, pestisitler, sperm ve ovumun üretimini ve kalitesini olumsuz etkileyerek infertiliteye neden olmaktadır (Altıparmak ve Aksoy Derya, 2018).

Kozmetik ürünlerde, oyuncaklarda, ilaçlarda, plastikleri yumuşatmak için kullanılan maddeler ve bu maddelere çevresel ve mesleki nedenlere maruz kalmalar üreme sağlığını olumsuz etkileyerek oosit kromozom anomalilerine, erken doğuma, tekrarlayan abortuslara ve hormonal düzensizliklere neden olmaktadır (Reynolds ve Gordon, 2018). Son yıllarda dünya genelinde kozmetik bazlı kişisel bakım ve güzellik ürünlerinin kullanımı giderek artmaktadır. Kozmetik ürünlerin formülasyonunda giderek artan sayıda kozmetiklerin performansını, kalitesini, değerini ve ömrünü

arttırmak için kimyasallar (koruyucu maddeler, kokular, yüzey aktif maddeler vb.) kullanılmaktadır. Kimyasal katkı maddelerinin kullanımının yaygınlaşmasıyla beraber içeriğinde bulunan kimyasallara maruz kalma süresi de uzamakta olup katkı maddelerinin birçoğu insan vücudunda toksik etkiler oluşturmakta, yaşamı tehdit eden anafilaksiye neden olmaktadır (Yaşar ve Akdeniz, 2020; Bilal ve Iqbal, 2019). Kozmetik ürünlerin birçoğunda (rujlar, şampuanlar, saç kremleri, makyaj temizleme ürünleri, rimel vb.) ağır metal olan cıva bulunmakta ve cıva üreme sağlığını olumsuz etkilemektedir (Bilal ve Iqbal, 2019).

#### **2.4.10. Fertilitiyi Etkileyen Diğer Faktörler**

Fertilitiyi etkileyen diğer faktörler kıyafet tercihi, riskli cinsel davranışlar, vajinal kayganlaştırıcı ve kontraseptif kullanımıdır. Erkek ve kadınların giyim tarzı üreme sağlığını etkileyebilmektedir (SACN, 2023). Dar giysiler, oturma şekli, diz üstü bilgisayar kullanma skrotal ısı artışına neden olarak spermatogenezi olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle bireylere 30 dakikada bir kalkıp dolaşması, sauna, hamam, jakuzi gibi ortamlarda 30 dakikadan daha uzun kalmaması gerektiği hakkında bilgi verilmelidir (Quinn ve Cedars, 2018). Bir araştırmada, 20 gönüllü erkeğe, altı ay dar, altı ay esnek iç çamaşırı giydirilmiş ve 15 gün aralıkla semen analizi yapılmış, analizler karşılaştırıldığında ilk altı ay semen parametrelerinin %50 oranında azaldığı görülmüştür (Fentahun ve Mamo, 2014).

Fertilitiyi korumak ve gebeliği önleyebilmek için kullanılabilen kontraseptif yöntemler pelvik enflamatuvar hastalık, endometriyozis ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı da korumaktadır (Sharma ve ark., 2013). Türkiye’de doğurganlık çağındaki kadınların yarısından fazlasının (%70,0) gebelikten korunmak için kontraseptif yöntem kullandığı belirlenmiştir (TNSA, 2018). Çiftler cinsel ilişki sırasında ağrıyı gidermek ve vajinal kuruluğu engellemek amacıyla vajinal kayganlaştırıcılar (zeytinyağı, bitkisel yağ, gliserin, tükürük vb.) tercih etmektedir (Agarwal ve ark., 2008). Kayganlaştırıcı olarak kullanılan ürünlerin sperm sayısına önemli ölçüde zarar verdiği belirtilmektedir (Sharma ve ark., 2013).

Fertilitiyi olumsuz etkilediği bilinen faktörlerden biri de riskli cinsel davranışlardır. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan riskli cinsel davranışlarda bulunma,

dünyada gençler arasında hızla artmaktadır (Fentahun ve Mamo, 2014). Adölesan dönemde görülen riskli cinsel davranışları birden fazla cinsel partner olması, cinsel ilişki sıklığı, ilk cinsel ilişkinin erken yaşta deneyimlenmesi, prezervatif kullanım durumu, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi faktörlerle yakından ilişkili olup yetişkinlikteki sağlık düzeyine de etki etmektedir (Oğul, 2021). Riskli cinsel davranışlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ve istenmeyen gebeliklere neden olmakta, üreme sağlığını tehdit edebilmektedir. Kadın ve erkekler üreme sağlığı ve aile planlaması konusunda yetersiz bilgiye sahip olduklarında riskli cinsel davranışlara yönelebilmektedir. Üniversite öğrencilerinin riskli cinsel davranışlarının incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada öğrencilerin %51,9'unun son üç ayda en az bir kez korunmasız cinsel ilişki yaşadığı, %18,5'inin son cinsel ilişkisinde kontraseptif yöntem kullanmadığı, yarısından fazlasının (%64,2) son üç ayda sarhoş olduğunu ve sarhoşken en az bir kez cinsel ilişki yaşadığını ifade ettiği ve toplam %59,3'ünün birden fazla cinsel partnerinin olduğu saptanmıştır (Gölbaşı ve Kelleci, 2011).

## **2.5. Kadınlara Fertilite Farkındalığı Kazandırılmasında ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Ebeğin Rol ve Sorumlulukları**

Bireylerde fertilite farkındalığı oluşturma multidisipliner ekip çalışmasını gerektirmekte olup bu ekibin en temel üyelerinden biri "ebe"dir. İnfertilitenin önlenmesinde ve bireylerde fertilite farkındalığı oluşturulmasında, infertilite tedavisinin ve bakımın yapılmasında, kadının yaşam kalitesinin artırılmasına ilişkin müdahalelerin uygulanmasında ebelerin uygulayıcı, araştırmacı, danışman, eğitici, yönetici rolleri ve sorumlulukları çok önemlidir. Özellikle birinci basamakta çalışan ebeler, kadının yaşam biçimi davranışlarının fertilite üzerindeki etkileri hakkında farkındalık gelişmesini sağlamalı, farkındalık geliştikten sonra gebe kalamama şikâyeti olan kadınları uygun birimlere yönlendirmeli tanı ve tedavide etkin görev almalıdır. Fertilite biriminde çalışan sağlık profesyoneli ve özellikle ebe bireylere doğru sağlık davranışlarını kazandırmakla görevlidir (Altıparmak ve Aksoy Derya, 2018).

Kadınlara fertilite farkındalığı kazandırılmasında ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde ebeler;

- Kadınları fertilitiyi bozan risk faktörleri (sigara, alkol, obezite, beslenme, ailesel öykü vb.) yönünden değerlendirmeli, yaşam tarzı değişiklikleri ve etkileri hakkında bilgi vermeli, verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını sorgulamalı ve üst düzeyde öğrenme sağlamalı (Altıparmak ve Aksoy Derya, 2018; Yılmaz, 2012),
- Üreme çağındaki kadınlarla yapacağı görüşmelerde üreme planlaması yaparken kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini dikkate almalı (Özşahin ve Altıparmak, 2021),
- Bireylerin yaşam biçimi alışkanlıklarını öğrenerek beslenme, kilo yönetimi, fiziksel aktivite, stres, sigara kullanma, kafeinli içecek tüketme, alkol tüketme, uyuşturucu madde kullanma, ilaç kullanma, çevresel faktörler, kıyafet seçimi, sağlık kontrolleri, riskli cinsel davranışlar, kontraseptif kullanımı, vajinal kayganlaştırıcıların kullanımı hakkında bilgi gereksinimlerini saptamalı (Abiç ve Vefikuluçay Yılmaz, 2019; Bektaş ve Süt, 2020; Demir ve Kızılkaya Beji, 2015; Amanak ve ark., 2014),
- Fertilitiyi korumak amacıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, SYBD'ye dönüştürmek için davranış değişikliği eğitimi vermeli (Kaya ve ark., 2016),
- Çiftlerin yaşam biçimi davranışlarını olumlu olarak değiştirmeleri için gerekli motivasyon yöntemlerini öğrenmeli ve bu yöntemleri eğitim ve uygulamalarda kullanmalı, bireylerin bireysel motivasyon uygulamaları yapmalarını sağlamalı, bakımlarında birey merkezli yaklaşım kullanılmalı (Kaya ve Boz, 2019; Kaya ve ark., 2016),
- Fertilitenin korunması ve geliştirilmesi, gebeliğin sağlanması, tedaviye uyumun kolaylaşması ve tedavi sürecinin olumlu sonuçlanması amacıyla çiftlere özelleştirilmiş bakım sağlamalıdır. Bu bakımda amaç; fertilitenin geliştirilmesi ve gebeliğin sağlanması olup bakımı çift ile birlikte oluşturmak, tedaviye uyumu kolaylaştırmak ve sürecin olumlu sonuçlanmasını sağlayamaktır (Kaya ve Boz, 2019; Güngör ve Beji, 2009).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sivas Akıncılar İlçe Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) gerçekleştirilmiştir. Akıncılar ilçesi Sivas il merkezine 144 kilometre uzaklıkta, kırsal özellikte ve 4808 toplam nüfusa sahip olup bu nüfus, 2.429 erkek ve 2.379 kadından oluşmaktadır (TÜİK, 2022). Sivas'ın en az nüfuslu üçüncü ilçesidir. İlçe halkının çoğu kış aylarında büyükşehirliere (özellikle İstanbul) göç etmekte, yazın başlangıcıyla beraber ilçeye dönmektedir. ASM, Akıncılar İlçe Devlet Hastanesi binası içerisinde yer almaktadır. İki katlı binanın zemin katında üç giriş kapısı bulunmakta olup, kapılardan birisi ASM'ye, birisi Acil Servis'e diğeri de 112 Acil İstasyonu'na açılmaktadır. İkinci katında ise idari birim ve Toplum Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. ASM'nin bulunduğu bölümde iki hasta muayene odası, bir enjeksiyon, pansuman, kan alma işlemlerinin yapıldığı oda, bir emzirme odası, bir rahim içi araç uygulama odası ve aile planlaması danışmanlığı, bir dinlenme odası mevcuttur. ASM'de hasta muayene, bebek aşılama, enjeksiyon, pansuman, kan ve smear alma hizmetleri verilmektedir. ASM'de iki pratisyen hekim, iki hemşire, bir tıbbi sekreter hafta içi her gün 8-17 saatleri arasında hizmet vermektedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini; 23.05.2022 tarihinde Sivas Akıncılar ASM'de Aile Hekimliği Sistemine kayıtlı olan 19-49 yaş aralığındaki 693 kadın oluşturmuştur.

#### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

Örneklem büyüklüğünü belirlemek için evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan aşağıdaki formülle hesaplama yapılmış, basit tesadüfi örneklem yöntemi ile araştırmaya en az 248 kadının alınması gerektiği belirlenmiştir.

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot t_{\alpha}}{(N-1)\alpha^2 + t_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q} \quad n = \frac{693 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 0,05}{(693-1)0,05^2 + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

**N**= Evrendeki birey sayısı (693)

**n**= Örnekleme alınacak birey sayısı

**p**= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı) ( 0,5)

**q**= İncelenecek olayın görülmemiş sıklığı (1-p)

**t**= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

**α** = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma olarak simgelenmiştir (0,05) (Raosoft, 23.05.2022).

Araştırmanın örneklemini; 01.08.2022–31.10.2022 tarihleri arasında Sivas Akıncılar ASM’ye başvuran araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 305 kadın oluşturmuştur.

#### **Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- 19-49 yaş aralığında olan,
- Türkçe konuşup anlayabilen,
- Cinsel yaşamı aktif olan,
- Menopoza girmemiş,
- Psikiyatrik hastalık tanısı almayan,
- Gönüllü katılım gösteren kadınlar araştırmaya alınmıştır.

#### **Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

- 19 yaşından küçük ve 49 yaştan büyük,
- Türkçe konuşup anlayamayan,
- Cinsel yaşamı aktif olmayan,
- Menopoz döneminde olan,
- Psikiyatrik hastalık tanısı alan,

- Gönüllü katılım göstermeyen kadınlar araştırmaya alınmamıştır.

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **Bağımsız değişkenler:**

Kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri

#### **Bağımlı değişkenler:**

Fertilite Farkındalık Ölçeği toplam ve alt boyut puanları,

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam ve alt boyut puanları

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veriler “Kişisel Bilgi Formu (Ek I)”, “Fertilite Farkındalık Ölçeği (Ek II)” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (Ek III)” kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.6.1. Kişisel Bilgi Formu**

Form, araştırmacı tarafından literatür taranarak (Özevci ve ark., 2021; Bektaş ve Süt, 2020; Özşahin, 2020; Yıldız, 2020; Reynolds ve Gordon, 2018; Ilacqua ve ark., 2018; Lyngsø ve ark., 2017) oluşturulmuştur. Kadınların tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı bu form, sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi vb.), yaşam biçimi alışkanlıkları (kahve tüketimi, cep telefonu kullanımı, sigara kullanımı vb.) ve obstetrik özellikler (gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı vb.) olmak üzere toplam 33 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.6.2. Fertilite Farkındalık Ölçeği (FFÖ)**

FFÖ, kadınlarda fertilite farkındalığını ölçmek amacıyla Özşahin (2020) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, likert tipte olup 19 madde ve iki alt boyuttan (Bedensel Farkındalık ve Bilişsel Farkındalık) oluşmaktadır. “Bedensel Farkındalık” alt boyutu 10 madde (7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19), “Bilişsel Farkındalık” alt boyutu 9 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 14, 16) oluşmaktadır. Ölçekte maddeler 1’ den 5’e kadar puanlanmakta (1-Hiçbir zaman, 2-Nadiren, 3-Ara Sıra, 4-Çoğu Zaman ve 5-Her zaman) olup ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek toplamında alınabilecek

puan 19-95, “Bedensel Farkındalık” alt boyutunda 10-50, “Bilişsel Farkındalık” alt boyutunda 9-45’tir. FFÖ’den alınan puana göre farkındalık düzeyi değerlendirilmektedir. Toplam puan 19-43 arasında ise farkındalık “düşük”, 44-69 arasında ise farkındalık “orta”, 70-95 arasında ise farkındalık “yüksek düzey” olarak yorumlanmaktadır. Cronbach Alpha değeri FFÖ toplamı için 0,88, Bedensel Farkındalık alt boyutu için 0,62, Bilişsel Farkındalık alt boyutu için 0,65 olarak belirlenmiştir (Özşahin, 2020). Bu araştırmada da Cronbach Alpha değeri toplamda 0,85, Bedensel Farkındalık alt boyutunda 0,80, Bilişsel Farkındalık alt boyutunda 0,73 bulunmuştur.

### **3.6.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği - II (SYBDÖ –II)**

Ölçek 1987 yılında Walker tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında yenilenmiş ve SYBDÖ–II olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlamasını Bahar ve ark., (2008) yapmıştır. Ölçek 52 madde, altı alt ölçekten oluşmakta, dörtlü likert olarak puanlanmaktadır. Alt boyutları; manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin toplam puanı SYBD puanını vermekte olup en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir (Bahar ve ark., 2008). Alınan puanların artması bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını göstermektedir.

**Sağlık sorumluluğu;** bireyin kendi iyilik halini korumak için sorumluluk hissetmesi olup sağlığına hassasiyet göstermesi, sağlığı ile ilgili bilgi alması, gerektiğinde profesyonel yardım alabilmesidir. Ölçeğin sağlık sorumluluğu alt boyut maddeleri 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51 dir.

**Fiziksel aktivite;** sağlıklı yaşamın değişmez bir parçası olan fiziksel aktivite uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını göstermekte olup günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülmekte ve hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsamaktadır. Ölçeğin fiziksel aktivite alt boyut maddeleri 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46 dır.

**Beslenme;** bireyin günlük beslenme öğünlerinde yiyeceklerini seçme ve düzenleme, besin seçimindeki değerlerini belirlemektedir. Ölçeğin beslenme alt boyut maddeleri 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50 dir.

**Manevi gelişim;** bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini, kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirlemektedir. İç kaynakların gelişimi üzerine odaklanmakta olup gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilmektedir. Aşılma, iç huzuru sağlamakta, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olanağı sunmaktadır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır. Ölçeğin manevi gelişim alt boyut maddeleri 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52 dir.

**Kişiler arası ilişkiler;** bireyin başka kişilerle olan ilişkileridir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirmekte olup sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içermektedir. Ölçeğin kişiler arası ilişki alt boyut maddeleri 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49 dur.

**Stres yönetimi;** bireyin yaşadığı gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir. Ölçeğin stres yönetimi alt boyut maddeleri 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47 dir (Bahar ve ark., 2008).

Ölçeğin toplam Cronbach Alpha değeri 0,92, alt boyutların Cronbach Alpha değeri ise; sağlık sorumluluğu 0,77; fiziksel aktivite 0,79; beslenme 0,68; manevi gelişim 0,79; kişiler arası ilişkiler 0,80; stres yönetimi 0,64 bulunmuştur (Bahar ve ark., 2008). Bu araştırmada da SYBDÖ-II Cronbach Alpha değerinin toplamda 0,93 olup alt boyutlarının Cronbach Alpha değerlerinin ise sağlık sorumluluğunun 0,83; fiziksel aktivitenin 0,88; beslenmenin 0,60; manevi gelişiminin 0,77; kişiler arası ilişkilerin 0,80; stres yönetiminin 0,68 olduğu saptanmıştır.

### **3.7. Ön Uygulama**

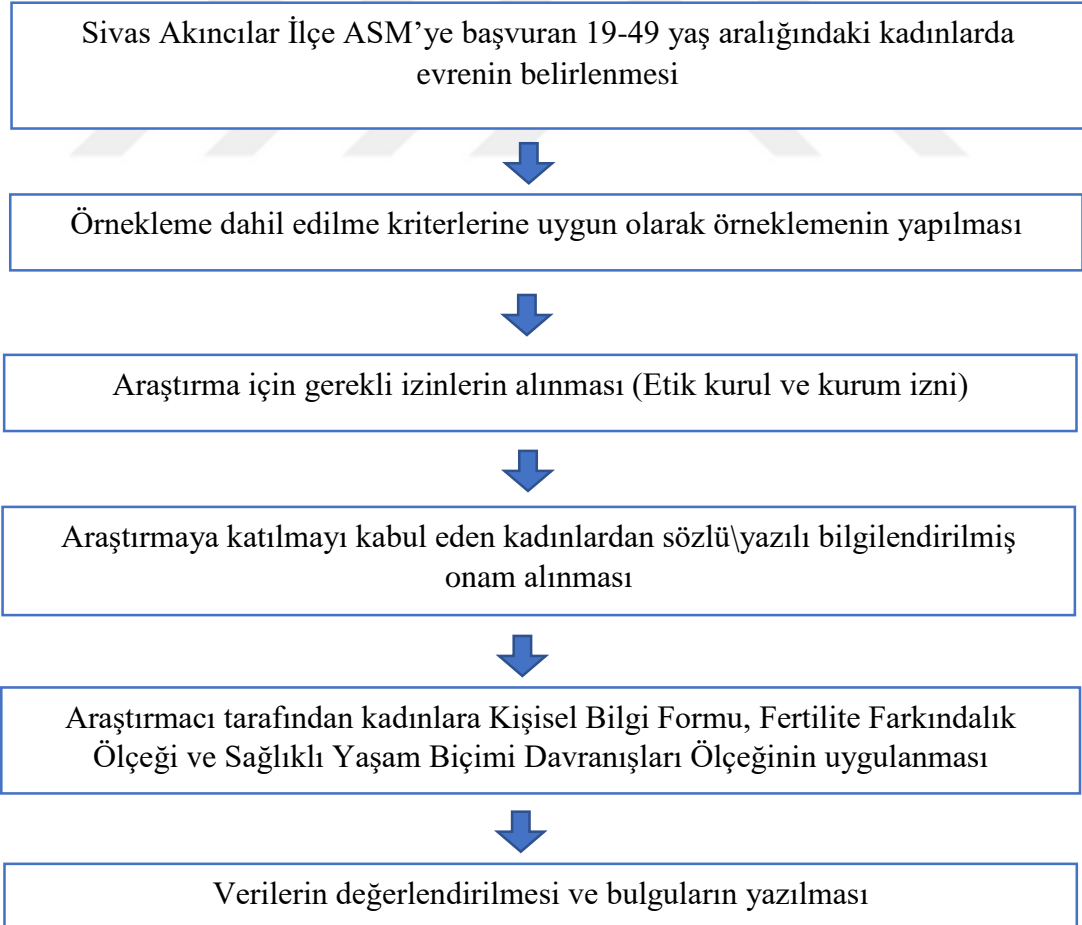
Araştırmanın ön uygulaması 15.07.2022-31.07-2022 tarihleri arasında Sivas Akıncılar İlçe ASM'ye başvuran örneklem kriterlerine uyan 10 kadın ile yapılmıştır. Ön uygulamada kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların Bilgilendirilmiş Olur Formu'nu (Ek IV) onaylamaları istenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara veri toplama formları uygulanmıştır. Ön

uygulama sonucunda tüm soruların hem okuma hem de cevaplandırılması açısından anlaşılır olduğu görülmüş, veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama sonuçları araştırma örnekleme dahil edilmemiştir.

### 3.8. Verilerin Toplanması \ Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, 01.08.2022-31.10.2022 tarihleri arasında Sivas Akıncılar İlçe ASM'ye başvuran 19-49 yaş aralığındaki kadınlarla yapılmıştır. Araştırmacı tarafından kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek gerekli açıklamalar yapıldıktan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra veri toplama formları uygulanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından ASM'de uygun bir ortamda, pandemi kurallarına dikkat edilerek (maske, mesafe, kişisel kalem vb.) yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, FFÖ ve SYBDÖ-II kullanılmıştır.

Araştırmanın uygulanma planı Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın Uygulanma Planı

### 3.9. Verilerin Değerlendirmesi

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 25.0 paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel ölçütler (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdeler) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlar yerine getirildiğinden iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesinde bağımsız gruplarda t-testi, ikiden fazla bağımsız grup için tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) (hangi grup ortalamasının diğerlerinden farklı olduğunu belirlemek için homojenlik sağlanıyorsa Tukey, sağlanmıyorsa Tamhane's T2 testi), kategorik veriler arasındaki farkın belirlenmesinde Ki-kare testi, değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için Pearson Korelasyon analizi uygulanmış ve yanılma düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

İstatistiksel analizde kullanılan testler Tablo 1'de özet olarak sunulmuştur.

**Tablo 1.** Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Değişken	Uygulanan Test
Eğitim durumu, eş eğitim durumu, ekonomik düzey algısı, gebelik sayısı, doğum sayısı, fertil olmaya verilen bireysel önem, evlilik/birliktelik devamı için çocuk sahibi olmaya verilen önem, sigara kullanma durumu, gün içerisinde tüketilen kahve miktarı, gün içerisinde tüketilen çay miktarı, beden kütle indeksi, günde ortalama cep telefonu kullanma süresi, günde ortalama bilgisayar kullanma süresi	Varyans analizi Belirtilen değişkenlerden anlamlı çıkanların olması durumunda; veriler homojen ise Tukey, veriler homojen değilse Tamhane T2 testi
Yaş, yaşadığı yer, çalışma durumu, aile yapısı, eşin yaşı, eşin çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, sağlık durum algısı, evlenme yaşı, ideal olarak düşünülen çocuk sayısı, üreme/cinsel sağlık problemi varlığı, üreme ve cinsel sağlıkla ilgili sağlık kuruluşuna gitme durumu, fertilitate ve fertilitateyi etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi alma durumu, haftada 4 porsiyondan fazla fast food tüketme durumu, düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumu, düzenli olarak kozmetik ürünler kullanma durumu, sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giyme durumu, coitusta kayganlaştırıcı kullanma durumu	Bağımsız gruplarda t-testi
Verilerin normallik dağılım analizleri	Çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) kat sayıları
Araştırmada kullanılan ölçeklere ait iç geçerlilik kat sayıları	Cronbach's Alpha
Fertilitate Farkındalık Ölçeği toplam ve alt boyutları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki	Pearson korelasyon analizi

### **3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce, araştırma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar sayısı: 2022-06/01) (Ek V) izin alınmıştır. Ayrıca veri toplama formlarının uygulanabilmesi için Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Akıncılar İlçe Devlet Hastanesi'nden sözel ve yazılı izin (19.09.2022 tarihli, E-73192166-044 sayılı) (Ek VI) alınmıştır. Araştırma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş, kişisel bilgilerinin korunacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilmiş, yalnızca gönüllü olanlar araştırmaya dâhil edilmiş ve Bilgilendirilmiş Olur Formu' nun okunması sağlanarak yazılı onamları alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri alınmıştır (Ek VII).

### **3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Bu araştırma, araştırmanın yapıldığı Sivas ili Akıncılar ilçe genelinde 2022 yılı Ağustos-Ekim tarihleri arasında örnekleme alınan 19-49 yaş aralığındaki kadınlara genellenebilir. Araştırma tek bir ilçe merkezi ile sınırlı olduğundan elde edilen sonuçlar tüm kadınlara genellenemez. Araştırmada elde edilen sonuçlar veri toplamada kullanılan ölçüm araçlarının ölçüm sonuçları ile sınırlıdır.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde, Akıncılar İlçe ASM'ye başvuran 19-49 yaş aralığındaki kadınların fertilitate farkındalığının ve fertilitateyi etkileyen yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları analiz edilerek tablolar halinde özetlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2.** Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	n	%	
Yaş	20-34 yaş	125	41,0
	35 yaş ve üstü	180	59,0
Yaş Ortalaması (Min-Max)	36,41±7,85 (20-49)		
Yaşadığı Yer	İlçe	255	83,6
	Köy	50	16,4
Eğitim Durumu	İlkokul	95	31,1
	Ortaokul	63	20,7
	Lise	73	23,9
	Üniversite ve üzeri	74	24,3
Çalışma Durumu	Çalışan	81	26,6
	Çalışmayan	224	73,4
Aile Yapısı	Çekirdek	257	84,3
	Geniş	48	15,7
Eşin Yaşı	20-34 yaş	89	29,2
	35 yaş ve üzeri	216	70,8
Eş Eğitim Durumu	İlkokul	60	19,7
	Ortaokul	69	22,6
	Lise	82	26,9
	Üniversite ve üzeri	94	30,8
Eşin Çalışma Durumu	Çalışan	283	92,8
	Çalışmayan	22	7,2
Ekonomik Düzey Algısı	Gelir giderden az	73	23,9
	Gelir gidere denk	193	63,3
	Gelir giderden fazla	39	12,8
Kronik Hastalık Varlığı	Var*	56	18,4
	Yok	249	81,6
Sağlık Durumu Algısı	İyi	186	61,0
	Orta	119	39,0
<b>TOPLAM</b>		<b>305</b>	<b>100,0</b>

\*Diyabet, tansiyon, astım, guatr

Kadınların %59,0'unun 35 yaş ve üzerinde olduğu, %83,6'sının ilçe merkezinde yaşadığı, %31,1'inin eğitim durumunun ilkokul olduğu, %73,4'ünün çalışmadığı, %84,3'ünün çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların eşinin %70,8'inin 35 yaş ve üzerinde, %30,8'inin eğitim durumunun üniversite ve üzeri

olduğu, %92,8'inin çalıştığı saptanmıştır. Ayrıca kadınların %63,3'ü gelirinin giderine denk olduğunu, %81,6'sı kronik hastalığının olmadığını, %61,0'i de sağlık durumunu iyi olarak ifade etmiştir. Kadınların en küçüğü 20 en büyüğü 49 yaşında olup yaş ortalaması  $36,41 \pm 7,85$  olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3.** Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Obstetrik Özellikler		n	%
Evlenme Yaşı	19 yaş ve altı	113	37,0
	20-35 yaş	192	63,0
Gebelik Sayısı	Yok	32	10,5
	1-2	125	41,0
	3 ve üzeri	148	48,5
Doğum Sayısı	Yok	38	12,5
	1-2	141	46,2
	3 ve üzeri	126	41,3
İdeal Olarak Düşünülen Çocuk Sayısı	0-2	113	37,0
	3 ve üzeri	192	63,0
İdeal Olarak Düşünülen Çocuk Sayısı Ortalaması (min-max)	2,86±1,00 (0-9)		
Fertil Olmaya Verilen Bireysel Önem	Çok önemli	98	32,1
	Önemli	182	59,7
	Önemli değil-az önemli	25	8,2
Evlilik/Birliktelik Devamı İçin Çocuk Sahibi Olmaya Verilen Önem	Çok önemli	105	34,4
	Önemli	173	56,7
	Önemli değil-az önemli	27	8,9
Üreme/Cinsel Sağlık Problemi Varlığı	Var *	17	5,6
	Yok	288	94,4
Üreme ve Cinsel Sağlıkla İlgili Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumu	Giden	203	66,6
	Gitmeyen	102	33,4
Fertilite ve Fertiliteyi Etkileyen Riskli Yaşam Biçimi Davranışları Hakkında Bilgi Alma Durumu	Alan	82	26,9
	Almayan	223	73,1
<b>TOPLAM</b>		<b>305</b>	<b>100,0</b>

\*Kist, myom, polikistik over

Kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; %63,0'ünün evlilik yaşının 20-35 yaş aralığında, %48,5'inin gebelik sayısının üç ve üzeri, %46,2'sinin doğum sayısının bir-iki olduğu saptanmıştır. Kadınların %63,0'ü ideal olarak düşündüğü çocuk sayısının üç ve üzeri olduğunu (bu grup içerisinde iki kadın hiç çocuk düşünmediğini, sekiz kadın ise bir çocuğa sahip olmak istediğini açıklamıştır) ifade etmiştir. Kadınların %59,7'sinin bireysel olarak fertil olmayı, %56,7'sinin evlilik/birliktelik devamı için çocuk sahibi olmayı “önemli” bulduğunu

belirlenmiştir. Ayrıca %94,4'ünün üreme/cinsel sağlık probleminin olmadığı, %66,6'sının üreme ve cinsel sağlıkla ilgili sağlık kuruluşuna gittiği, %73,1'inin fertilitate ve fertilitateyi etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi almadığı bulunmuştur (Tablo 3).

Araştırmaya katılan kadınların yaşam biçimi alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4'te yer almaktadır.

**Tablo 4.** Kadınların Yaşam Biçimi Alışkanlıklarının Dağılımı

Yaşam Biçimi Alışkanlıkları		n	%
Sigara Kullanma Durumu	Evet	60	19,7
	Hayır	207	67,8
	Bırakmış	38	12,5
Gün İçerisinde Tüketilen Kahve Miktarı (Fincan)	Hiç	91	29,8
	1-2	173	56,8
	3 ve üzeri	41	13,4
Gün İçerisinde Tüketilen Çay Miktarı (Bardak)	Hiç	11	3,6
	1-2	40	13,1
	3 ve üzeri	254	83,3
Haftada 4 Porsiyondan Fazla Fast Food Tüketme Durumu	Evet	80	26,2
	Hayır	225	73,8
Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırma Durumu	Yaptıran	113	37,0
	Yaptırmayan	192	63,0
Beden Kütle İndeksi (BKİ)	18,9 ve altı (zayıf)	7	2,3
	19-24,9 (normal)	83	27,2
	25-29,9 (şişman)	157	51,5
	30 ve üzeri (obez)	58	19,0
Günde Ortalama Cep Telefonu Kullanma Süresi (Dakika)	Hiç	18	5,9
	0-50	122	40,0
	51 ve üzeri	165	54,1
Günde Ortalama Bilgisayar Kullanma Süresi (Saat)	Hiç	255	83,6
	1-8	43	14,1
	9 ve üzeri	7	2,3
Düzenli Olarak Kozmetik Ürünler Kullanma Durumu	Evet	111	36,4
	Hayır	194	63,6
Sıkı İç Çamaşırı ve Dar Pantolon Giyme Durumu	Evet	87	28,5
	Hayır	218	71,5
Coitusta Kayganlaştırıcı Kullanma Durumu	Evet	28	9,2
	Hayır	277	90,8
<b>TOPLAM</b>		<b>305</b>	<b>100,0</b>

Kadınların %67,8'inin sigara kullanmadığı, %56,8'inin günde bir-iki fincan kahve, %83,3'ünün üç ve üzeri bardak çay içtiği, %26,2 sinin haftada dört porsiyondan fazla fast food yiyecek tükettiği saptanmıştır. Ayrıca kadınların %63,0'ünün düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı, %51,5'inin BKİ sınıflandırmasına göre şişman olduğu bulunmuştur. Kadınların %54,1'inin günde ortalama 51 dakika ve üzeri cep telefonu

kullandığı, %83,6'sının gün içinde hiç bilgisayar kullanmadığı, %63,6'sının düzenli olarak kozmetik ürün kullanmadığı, %71,5'inin sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giymediği, %90,8'inin coitusta kayganlaştırıcı kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan kadınların FFÖ ve SYBDÖ-II toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 5'de yer almaktadır.

**Tablo 5.** FFÖ ve SYBDÖ-II Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı

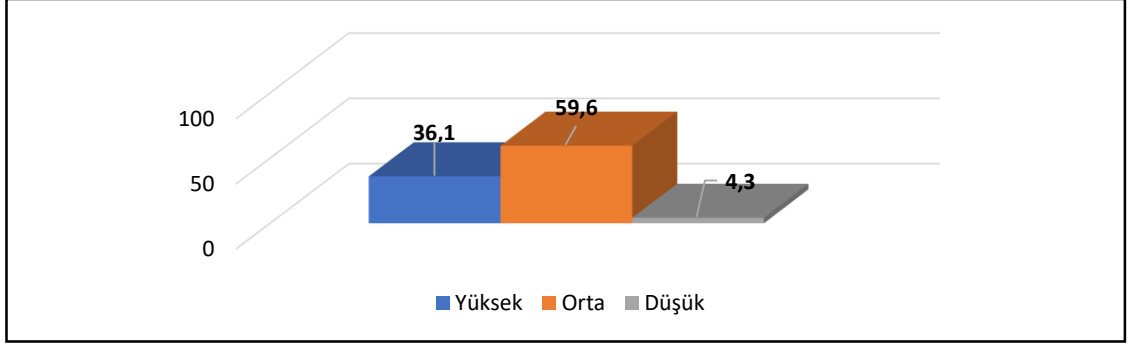
Ölçek	Alınabilecek Min-Max Değerler	Alınan Min-Max Değerler	Ortalama±SS $\bar{x} \pm SS$	Medyan (Ortanca)
<b>FFÖ*</b>				
Bedensel Farkındalık	10-50	10-50	36,46±6,82	37,00
Bilişsel Farkındalık	9-45	9-43	27,71±6,30	27,00
<b>FFÖ Toplam</b>	19-95	19-91	64,17±11,63	65,00
<b>SYBDÖ-II**</b>				
Manevi Gelişim	9-36	12-36	27,17±4,32	27,00
Sağlık Sorumluluğu	9-36	9-34	21,55±5,02	21,00
Fiziksel Aktivite	8-32	8-30	15,68±4,98	15,00
Beslenme	9-36	11-33	21,90±3,96	22,00
Stres Yönetimi	8-32	10-32	20,49±3,82	20,00
Kişiler arası İlişkiler	9-36	14-36	26,06±4,61	26,00
<b>SYBD Toplam</b>	52-208	73-192	132,84±21,16	131,00

\*Fertilite Farkındalık Ölçeği \*\*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

Araştırmada FFÖ toplam puan ortalaması 64,17±11,63 olup kadınların en az 19 en fazla 91 puan aldığı belirlenmiştir. FFÖ alt boyutları değerlendirildiğinde Bedensel Farkındalık ortalaması 36,46±6,82; Bilişsel Farkındalık ortalaması 27,71±6,30'dur. SYBDÖ-II toplam puan ortalaması 132,84±21,16 olup kadınların en az 73 en fazla 192 puan aldığı saptanmıştır. SYBDÖ-II alt boyutları değerlendirildiğinde Manevi Gelişim 27,17±4,32; Sağlık Sorumluluğu 21,55±5,02; Fiziksel Aktivite 15,68±4,98; Beslenme 21,90±3,96; Stres Yönetimi 20,49±3,82; Kişiler Arası İlişkiler 26,06±4,61'dir (Tablo 5).

Araştırmada kullanılan FFÖ'den elde edilen toplam puana göre kadınların fertilite farkındalık düzeyleri Grafik 1'de yer almaktadır.

Kadınların %59,6'sının orta, %36,1'inin yüksek, %4,3'ünün düşük düzeyde fertilite farkındalığına sahip olduğu belirlenmiştir (Grafik 1).



**Grafik 1.** Kadınların Fertilité Farkındalık Düzeyleri

Kadınların sosyodemografik özellikleri ile FFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6’da verilmiştir.

Kadınların sosyodemografik özellikleri ile FFÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; FFÖ toplam puan ortalamasını yaş, yaşanılan yer, eğitim durumu, aile yapısı, eşin yaşı, eşin eğitim durumu ve ekonomik düzey algısı etkilemiş ( $p < 0,05$ ) iken kadının ve eşinin çalışma durumu etkilememiştir ( $p > 0,05$ ). Bedensel farkındalık alt boyutunu yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aile yapısı, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu ve ekonomik düzey algısı; bilişsel farkındalık alt boyutunu ise yalnızca kadının yaşadığı yer etkilemiştir ( $p < 0,05$ ). Bedensel farkındalık alt boyutunu yaşadığı yer; bilişsel farkındalık alt boyutunu ise yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aile yapısı, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu ve ekonomik düzey algısı etkilememiştir ( $p > 0,05$ , Tablo 6).

FFÖ toplam puanı 20-34 yaş aralığında, ilçede yaşayan, eğitim durumu lise, çekirdek ailede yaşayan, eşinin yaşı 20-34 ve eğitim durumu lise olan ve gelirini giderinden fazla algılayan kadınlarda daha yüksektir. Bedensel farkındalık alt boyutu puanı kendisi ve eşi 20-34 yaş aralığında, eğitim durumu lise ve çalışanlarda yüksek olarak belirlenmiştir. Ayrıca çekirdek ailede yaşayan, gelirini giderinden fazla algılayan kadınlarda bedensel farkındalık alt boyutu yüksek iken yalnızca ilçede yaşayan kadınlarda bilişsel farkındalık alt boyutu puanı yüksektir (Tablo 6).

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik özellikleri ile FFÖ puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 7’de yer almaktadır.

**Tablo 6.** Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FFÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	FFÖ* Alt Boyutları		
	Bedensel Farkındalık	Bilişsel Farkındalık	FFÖ Toplam
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
<b>Yaş</b>			
20-34 yaş	38,75±6,73	28,53±5,74	67,28±10,99
35 yaş ve üzeri	34,87±6,44	27,14±6,61	62,01±11,61
<b>t/p değeri**</b>	<b>5,083/0,000</b>	1,902/0,058	<b>3,987/0,000</b>
<b>Yaşadığı Yer</b>			
İlçe	36,78±6,86	28,12±6,15	64,94±11,50
Köy	34,82±6,44	25,62±6,66	60,44±11,69
<b>t/p değeri**</b>	1,864/0,063	<b>2,587/0,010</b>	<b>2,498/0,013</b>
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlkokul (a)	34,35±5,80	26,88±6,14	61,23±10,31
Ortaokul (b)	35,97±6,08	26,78±6,61	62,75±11,58
Lise (c)	38,10±6,81	29,21±6,11	67,30±11,67
Üniversite ve üzeri (d)	37,97±7,90	28,08±6,22	66,05±12,35
<b>F/p değeri*** Anlamlı Fark</b>	<b>6,033/0,001 a-c, a-d</b>	2,496/0,060 -	<b>4,924/0,002 a-c, a-d</b>
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışan	38,72±7,28	27,41±6,20	66,12±12,13
Çalışmayan	35,64±6,48	27,82±6,34	63,46±11,39
<b>t/p değeri**</b>	<b>3,536/0,000</b>	-0,501/0,617	1,771/0,078
<b>Aile Yapısı</b>			
Çekirdek aile	36,95±6,45	28,01±6,20	64,96±11,14
Geniş aile	33,83±8,15	26,08±6,63	59,92±13,33
<b>t/p değeri**</b>	<b>2,504/0,015</b>	1,955/0,051	<b>2,787/0,006</b>
<b>Eşin Yaşı</b>			
20-34 yaş	38,97±6,82	28,06±5,48	67,02±10,68
35 yaş ve üzeri	35,43±6,57	27,56±6,61	62,99±11,83
<b>t/p değeri**</b>	<b>4,229/0,000</b>	0,668/0,505	<b>2,780/0,006</b>
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>			
İlkokul (a)	33,70±5,25	27,13±5,91	60,83±9,75
Ortaokul (b)	35,64±6,39	27,22±7,08	62,86±12,21
Lise (c)	37,74±6,34	28,34±6,00	66,09±10,92
Üniversite ve üzeri (d)	37,70±7,84	27,88±6,22	65,59±12,48
<b>F/p değeri*** Anlamlı Fark</b>	<b>5,873/0,001 a-c, a-d</b>	0,604/0,613 -	<b>3,209/0,023 a-c</b>
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>			
Çalışan	36,75±6,74	27,67±6,32	64,42±11,56
Çalışmayan	32,68±6,91	28,18±6,17	60,86±12,36
<b>t/p değeri**</b>	<b>2,722/0,007</b>	-0,365/0,715	1,384/0,167
<b>Ekonomik Düzey Algısı</b>			
Gelirim giderimden az (a)	34,34±6,21	26,52±6,13	60,86±10,88
Gelirim giderime denk (b)	36,79±7,03	27,93±6,39	64,72±11,96
Gelirim giderimden fazla (c)	38,79±5,91	28,82±5,93	67,62±10,07
<b>F/p değeri*** Anlamlı Fark</b>	<b>6,218/0,002 a-b, a-c, b-c</b>	2,040/0,132 -	<b>4,999/0,007 a-b, a-c, b-c</b>

\*Fertilite Farkındalık Ölçeği, \*\*Bağımsız gruplarda t-testi, \*\*\*One-way ANOVA testi, a-d: aynı harfe sahip değişkenler arasında anlamlı farklılık vardır.

**Tablo 7.** Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre FFÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikleri	FFÖ* Alt Boyutları		
	Bedensel Farkındalık	Bilişsel Farkındalık	FFÖ Toplam
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
<b>Evlenme Yaşı</b>			
19 yaş ve altı	35,01±6,56	27,56±6,55	62,57±11,87
20-35 yaş	37,31±6,85	27,80±6,16	65,11±11,42
<b>t/p değeri**</b>	<b>-2,879/0,004</b>	-0,320/0,749	-1,850/0,065
<b>Gebelik Sayısı</b>			
Yok (a)	37,47±9,02	27,88±5,43	65,34±13,08
1-2 (b)	38,52±5,73	28,50±6,04	67,02±10,17
3 ve üzeri (c)	34,50±6,62	27,01±6,63	61,51±11,93
<b>F/p değeri*** Anlamlı Fark</b>	<b>13,099/0,000 b-c</b>	1,917/0,149 -	<b>8,140/0,000 b-c</b>
<b>Doğum Sayısı</b>			
Yok (a)	38,03±8,39	27,97±5,43	66,00±12,27
1-2 (b)	38,05±6,13	28,27±6,34	66,32±11,04
3 ve üzeri (c)	34,21±6,45	27,00±6,46	61,21±11,54
<b>F/p değeri*** Anlamlı Fark</b>	<b>12,571/0,000 a-c, b-c</b>	1,392/0,250 -	<b>7,244/0,001 b-c</b>
<b>İdeal Olarak Düşünülen Çocuk Sayısı</b>			
0- 2	38,56±6,14	28,56±6,04	67,12±10,75
3 ve üzeri	35,22±6,92	27,21±6,41	62,43±11,81
<b>t/p değeri**</b>	<b>4,363/0,000</b>	1,813/0,071	<b>3,539/0,000</b>
<b>Fertil Olmaya Verilen Bireysel Önem</b>			
Çok önemli (a)	39,33±5,57	29,90±5,60	69,22±9,63
Önemli (b)	35,14±6,76	26,94±6,31	62,08±11,57
Önemli değil/az önemli (c)	34,80±8,37	24,72±6,42	59,52±13,06
<b>F/p değeri*** Anlamlı Fark</b>	<b>13,836/0,000 a-b, a-c</b>	<b>10,727/0,000 a-b, a-c</b>	<b>15,517/0,000 a-b, a-c</b>
<b>Evlilik/Birliktelik Devamı İçin Çocuk Sahibi Olmaya Verilen Önem</b>			
Çok önemli (a)	38,66±6,39	29,71±5,69	68,37±10,66
Önemli (b)	35,08±6,63	26,95±6,35	62,02±11,46
Önemli değil/az önemli (c)	36,78±7,64	24,78±6,17	61,56±12,23
<b>F/p değeri*** Anlamlı Fark</b>	<b>9,528/0,000 a-b</b>	<b>10,066/0,000 a-b, a-c</b>	<b>11,166/0,000 a-b, a-c</b>
<b>Üreme/Cinsel Sağlık Problemlerin Varlığı</b>			
Var	39,82±3,82	28,76±5,03	68,59±6,75
Yok	36,26±6,91	27,65±6,37	63,91±11,82
<b>t/p değeri**</b>	<b>3,514/0,002</b>	0,711/0,478	<b>2,630/0,015</b>
<b>Üreme ve Cinsel Sağlıkla İlgili Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumu</b>			
Giden	36,87±6,71	28,40±5,81	65,28±10,89
Gitmeyen	35,64±7,00	26,32±6,99	61,96±12,77
<b>t/p değeri**</b>	1,493/0,137	<b>2,749/0,006</b>	<b>2,364/0,019</b>
<b>Fertilite ve Fertiliteyi Etkileyen Riskli Yaşam Biçimi Davranışları Hakkında Bilgi Alma Durumu</b>			
Alan	39,76±5,71	28,65±5,14	68,40±9,16
Almayan	35,25±6,81	27,36±6,65	62,61±12,07
<b>t/p değeri**</b>	<b>5,340/0,000</b>	1,777/0,077	<b>4,471/0,000</b>

\*Fertilite Farkındalık Ölçeği, \*\*Bağımsız gruplarda t-testi, \*\*\*One-way ANOVA testi, a-d: aynı harfe sahip değişkenler arasında anlamlı farklılık vardır.

Kadınların obstetrik özelliklerine göre FFÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; FFÖ toplam puan ortalamasını gebelik sayısı, doğum sayısı, ideal olarak düşünülen çocuk sayısı, fertil olmaya verilen bireysel önem, evlilik/birliktelik devamı için çocuk sahibi olmaya verilen önem, üreme/cinsel sağlık problemlerinin varlığı, üreme ve cinsel sağlıkla ilgili sağlık kuruluşuna gitme durumu, fertilitate ve fertilitateyi etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi alma durumu etkilemiş ( $p<0,05$ ) olup yalnızca evlenme yaşı etkilememiştir ( $p>0,05$ , Tablo 7).

FFÖ toplam puanı gebelik ve doğum sayısı bir-iki, ideal olarak düşünülen çocuk sayısı sıfır-iki, fertil olmaya verilen bireysel önemi ve evlilik/birliktelik devamı için çocuk sahibi olmaya verilen önemi “çok önemli” bulan, üreme/cinsel sağlık problemi olan, üreme ve cinsel sağlıkla ilgili sağlık kuruluşuna giden, fertilitate ve fertilitateyi etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi alan kadınlarda daha yüksektir (Tablo 7).

Bedensel farkındalık alt boyutunu evlenme yaşı, gebelik sayısı, doğum sayısı, ideal olarak düşünülen çocuk sayısı, fertil olmaya verilen bireysel önem, evlilik/birliktelik devamı için çocuk sahibi olmaya verilen önem, üreme/cinsel sağlık problemlerinin varlığı, fertilitate ve fertilitateyi etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi alma durumu etkilemiş ( $p<0,05$ ) olup yalnızca üreme ve cinsel sağlıkla ilgili sağlık kuruluşuna gitme durumu etkilememiştir ( $p>0,05$ ). Bilişsel farkındalık alt boyutunu ise fertil olmaya verilen bireysel önemin, evlilik/birliktelik devamı için çocuk sahibi olmaya verilen önemin, üreme ve cinsel sağlıkla ilgili sağlık kuruluşuna gitme durumunun etkilediği ( $p<0,05$ ); evlenme yaşının, gebelik sayısının, doğum sayısının, ideal olarak düşünülen çocuk sayısının, üreme/cinsel sağlık problemlerinin varlığının, fertilitate ve fertilitateyi etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi alma durumunun etkilemediği saptanmıştır ( $p>0,05$ , Tablo 7).

Bedensel farkındalık alt boyutu puanı evlenme yaşı 20-35 olan, gebelik sayısı ve doğum sayısı bir-iki, ideal olarak düşünülen çocuk sayısı sıfır-iki, fertil olmaya verilen bireysel önemi ve evlilik/birliktelik devamı için çocuk sahibi olmaya verilen önemi “çok önemli” bulan, üreme/cinsel sağlık problemi olan, fertilitate ve fertilitateyi etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi alan kadınlarda daha yüksektir. Bilişsel farkındalık alt boyut puanı fertil olmaya verilen bireysel önemi ve

evlilik/birliktelik devamı için çocuk sahibi olmaya verilen önemi “çok önemli” bulan ve üreme ve cinsel sağlıkla ilgili sağlık kuruluşuna giden kadınlarda daha yüksektir.

Araştırmaya katılan kadınların yaşam biçimi alışkanlıkları ile FFÖ puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 8’de yer almaktadır.

**Tablo 8.** Kadınların Yaşam Biçimi Alışkanlıklarına Göre FFÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaşam Biçimi Alışkanlıkları	FFÖ* Alt Boyutları		
	Bedensel Farkındalık	Bilişsel Farkındalık	FFÖ Toplam
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
<b>Gün İçerisinde Tüketilen Çay Miktarı (bardak)</b>			
Hiç <sup>a</sup>	32,55±6,56	25,73±6,52	58,27±10,75
1-2 bardak <sup>b</sup>	34,98±7,03	28,50±6,79	63,48±12,57
3 ve üzeri bardak <sup>c</sup>	36,86±6,74	27,67±6,21	64,53±11,49
<b>F/p değeri**</b>	<b>3,241/0,040</b>	0,863/0,423	1,612/0,201
<b>Anlamlı Fark</b>	<b>a-c</b>	-	-
<b>Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırma Durumu</b>			
Yaptıran	37,06±7,64	29,93±6,48	66,99±12,64
Yaptırmayan	36,10±6,29	26,40±5,82	62,51±10,69
<b>t/p değeri***</b>	1,126/0,261	<b>4,898/0,000</b>	<b>3,164/0,002</b>
<b>BKİ</b>			
<18,9 (zayıf) <sup>a</sup>	38,86±9,44	28,29±5,64	67,14±13,54
19-24,9 (normal) <sup>b</sup>	38,49±6,94	28,93±6,23	67,42±11,40
25-29,9 (şişman) <sup>c</sup>	36,22±6,14	27,46±6,53	63,69±11,38
30 ve üzeri (obez) <sup>d</sup>	33,90±7,28	26,55±5,63	60,45±11,39
<b>F/p değeri**</b>	<b>5,791/0,001</b>	1,799/0,147	<b>4,531/0,004</b>
<b>Anlamlı Fark</b>	<b>b-c, b-d</b>	-	<b>b-d</b>
<b>Günde Ortalama Cep Telefonu Kullanma Süresi (dakika)</b>			
Hiç <sup>a</sup>	30,00±5,47	26,11±4,47	56,11±8,50
0-50 dk <sup>b</sup>	35,55±6,62	28,16±6,89	63,70±12,06
50dk dan fazla <sup>c</sup>	37,84±6,63	27,55±6,00	65,39±11,29
<b>F/p değeri**</b>	<b>13,520/0,000</b>	0,936/0,393	<b>5,472/0,005</b>
<b>Anlamlı Fark</b>	<b>a-b, a-c, b-c</b>	-	<b>a-b, a-c</b>
<b>Düzenli Olarak Kozmetik Ürünler Kullanma Durumu</b>			
Evet	39,00±6,09	28,92±5,56	67,92±9,90
Hayır	35,01±6,81	27,02±6,60	62,02±12,03
<b>t/p değeri***</b>	<b>5,515/0,000</b>	<b>2,561/0,011</b>	<b>4,384/0,000</b>
<b>Sıkı İç Çamaşırı ve Dar Pantolon Giyme Durumu</b>			
Evet	39,51±5,42	29,00±6,23	68,51±10,13
Hayır	35,24±6,96	27,19±6,26	62,44±11,76
<b>t/p değeri***</b>	<b>5,692/0,000</b>	<b>2,277/0,023</b>	<b>4,225/0,000</b>

BKİ: Beden Kütle İndeksi, \*Fertilite Farkındalık Ölçeği, \*\*One-Way ANOVA testi, \*\*\*Bağımsız Gruplarda t-testi, a-c: Aynı değişken içerisinde aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır.

Kadınların yaşam biçimi alışkanlıklarına göre FFÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; FFÖ toplam puan ortalamasını düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumu, BKİ, günde ortalama cep telefonu kullanma süresi, düzenli olarak kozmetik

ürünler kullanma durumu, sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giyme durumu etkilemiş ( $p<0,05$ ) yalnızca gün içerisinde tüketilen çay miktarı ise etkilememiştir ( $p>0,05$ , Tablo 8). FFÖ toplam puanı düzenli sağlık kontrolleri yaptıran, BKİ normal aralıkta olan, gün içerisinde 50 dk dan fazla cep telefonu kullanan, düzenli olarak kozmetik ürünler kullanan, sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giyen kadınlarda yüksektir.

Bedensel farkındalık alt boyutunu gün içerisinde tüketilen çay miktarı, BKİ, günde ortalama cep telefonu kullanma süresi, düzenli olarak kozmetik ürünler kullanma durumu ve sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giyme durumu etkilemiş ( $p<0,05$ ) olup yalnızca düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumu etkilememiştir ( $p>0,05$ ). Bilişsel farkındalık alt boyutunu düzenli sağlık kontrollerini yaptırma durumu, düzenli olarak kozmetik ürünler kullanma durumu ve sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giyme durumu etkilerken ( $p<0,05$ ) gün içerisinde tüketilen çay miktarının, BKİ'nin, günde ortalama cep telefonu kullanma süresinin etkilemediği saptanmıştır ( $p>0,05$ , Tablo 8).

Bedensel farkındalık alt boyut puanı gün içerisinde üç ve üzeri bardak çay tüketen, BKİ'ye göre zayıf olan, günde ortalama cep telefonu kullanma süresi 50 dk dan fazla olan, düzenli olarak kozmetik ürünler kullanan, sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giyen kadınlarda yüksektir. Bilişsel farkındalık alt boyut puanı düzenli sağlık kontrolleri yaptıran, düzenli olarak kozmetik ürünler kullanan ve sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giyen kadınlarda yüksektir.

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre SYBDÖ-II puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 9'da yer almaktadır.

**Tablo 9.** Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	SYBDÖ-II* Alt Boyutları						
	Manevi Gelişim	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Kişiler arası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ-II Toplam
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
<b>Yaş</b>							
20-34 yaş	27,96±4,29	22,79±5,20	16,26±4,82	22,21±4,03	26,86±4,63	21,18±3,66	137,26±21,26
35 yaş ve üzeri	26,62±4,27	20,68±4,72	15,28±5,06	21,68±3,90	25,50±4,54	20,01±3,86	129,76±20,60
<b>t/p değeri**</b>	<b>2,693/0,007</b>	<b>3,679/0,000</b>	1,705/0,089	1,151/0,251	<b>2,544/0,011</b>	<b>2,675/0,008</b>	<b>3,087/0,002</b>
<b>Yaşadığı Yer</b>							
İlçe	27,43±4,22	22,07±4,92	15,96±5,09	22,01±3,96	26,35±4,48	20,53±3,84	134,35±20,78
Köy	25,84±4,65	18,90±4,69	14,24±4,10	21,30±3,94	24,58±5,04	20,28±3,75	125,14±21,61
<b>t/p değeri**</b>	<b>2,390/0,017</b>	<b>4,186/0,000</b>	<b>2,602/0,011</b>	1,163/0,246	<b>2,492/0,013</b>	0,421/0,674	<b>2,844/0,005</b>
<b>Eğitim Durumu</b>							
İlkokul <sup>a</sup>	26,31±4,28	19,78±4,33	14,67±4,59	21,40±3,25	24,81±4,48	19,92±3,41	126,88±18,28
Ortaokul <sup>b</sup>	26,92±4,44	20,83±5,37	15,90±4,80	21,95±4,14	25,67±4,81	20,76±3,29	132,03±21,66
Lise <sup>c</sup>	28,10±3,82	22,62±4,71	16,14±5,39	22,66±3,94	27,15±4,56	21,56±4,11	138,22±20,78
Üniversite ve üzeri <sup>d</sup>	27,57±4,58	23,38±5,03	16,34±5,09	21,73±4,56	26,91±4,32	19,93±4,23	135,85±22,92
<b>F/p değeri*** Anlamlı fark</b>	<b>2,700/0,046 a-c</b>	<b>9,470/0,000 a-c, a-d, b-d</b>	1,987/0,116 -	1,451/0,228 -	<b>4,830/0,003 a-c, a-d</b>	<b>3,334/0,020 a-c, c-d</b>	<b>4,781/0,003 a-c, a-d</b>
<b>Eşin Yaşı</b>							
20-34 yaş	27,67±4,26	22,51±4,78	16,17±4,91	21,63±3,55	26,63±4,49	20,69±3,62	135,29±19,91
35 yaş ve üzeri	26,96±4,34	21,15±5,07	15,48±5,00	22,00±4,12	25,82±4,65	20,41±3,90	131,82±21,62
<b>t/p değeri**</b>	1,315/0,190	<b>2,151/0,032</b>	1,095/0,274	-0,752/0,453	1,394/0,164	0,577/0,564	1,302/0,194
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>							
İlkokul <sup>a</sup>	25,42±4,13	19,15±4,32	14,43±4,87	21,28±3,44	23,93±4,39	19,93±3,40	124,15±19,55
Ortaokul <sup>b</sup>	27,10±4,31	20,67±4,91	15,51±4,69	21,77±3,80	26,01±4,72	20,49±3,60	131,55±20,40
Lise <sup>c</sup>	27,84±4,22	22,26±4,75	15,70±4,49	22,49±3,91	26,70±4,59	21,26±3,70	136,23±20,43
Üniversite ve üzeri <sup>d</sup>	27,74±4,30	23,11±5,11	16,60±5,51	21,86±4,39	26,88±4,33	20,17±4,25	136,36±21,93
<b>F/p değeri*** Anlamlı fark</b>	<b>4,661/0,003 a-c, a-d</b>	<b>9,573/0,000 a-c, a-d, b-d</b>	2,369/0,071 -	1,117/0,342 -	<b>6,041/0,001 a-b, a-c, a-d</b>	1,755/0,156 -	<b>5,236/0,002 a-c, a-d</b>
<b>Ekonomik Düzey Algısı</b>							
Gelirim giderimden az <sup>a</sup>	25,73±4,21	20,16±5,20	13,67±4,74	20,66±3,39	24,68±4,52	19,34±3,59	124,25±20,55
Gelirim giderime denk <sup>b</sup>	27,48±4,28	21,97±4,83	16,11±4,68	22,18±4,01	26,41±4,65	20,77±3,73	134,92±20,25
Gelirim giderimden fazla <sup>c</sup>	28,31±4,19	22,05±5,24	17,31±5,81	22,82±4,21	26,85±4,20	21,26±4,27	138,59±22,67
<b>F/p değeri*** Anlamlı fark</b>	<b>6,110/0,003 a-b, a-c</b>	<b>3,708/0,026 a-b</b>	<b>9,215/0,000 a-b, a-c</b>	<b>5,260/0,006 a-b, a-c</b>	<b>4,469/0,012 a-b, a-c</b>	<b>4,693/0,010 a-b, a-c</b>	<b>8,821/0,000 a-b, a-c</b>

**Tablo 9 (Devamı).** Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>							
Var	27,07±3,67	20,32±4,32	13,02±4,15	21,61±3,24	26,11±3,86	19,00±3,16	127,13±17,33
Yok	27,19±4,46	21,82±5,13	16,28±4,96	21,96±4,10	26,04±4,77	20,82±3,88	134,12±21,76
<b>t/p değeri**</b>	-0,183/0,855	<b>-2,032/0,043</b>	<b>-4,570/0,000</b>	-0,602/0,548	0,092/0,927	<b>-3,277/0,000</b>	<b>-2,595/0,011</b>
<b>Sağlık Durum Algısı</b>							
İyi	27,09±4,27	21,79±4,93	16,78±4,91	21,98±3,96	25,92±4,61	20,99±3,69	134,56±20,32
Orta	27,29±4,42	21,17±5,15	13,97±4,60	21,76±3,97	26,26±4,63	19,70±3,90	130,13±22,24
<b>t/p değeri**</b>	-0,382/0,703	1,056/0,292	<b>5,067/0,000</b>	0,489/0,625	-0,619/0,537	<b>2,927/0,004</b>	1,789/0,075

\*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II, \*\*Bağımsız gruplarda t-testi, \*\*\*One-Way ANOVA testi, a-d: Aynı değişken içerisinde aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır.

Yaşa göre kadınların SYBDÖ-II toplam ve alt boyutlardan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış (sırasıyla;  $p=0,002$ ,  $p=0,007$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,011$ ,  $p=0,008$ ) iken fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 9). Yaş aralığı 20-34 olan kadınların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları 35 yaş ve üzeri olan kadınlara göre anlamlı derecede yüksektir.

Yaşadığı yere göre kadınların SYBDÖ-II toplam ve alt boyutlardan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış (sırasıyla;  $p=0,005$ ,  $p=0,017$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,011$ ,  $p=0,013$ ) iken beslenme ve stres yönetimi puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 9). İlçede yaşayanların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve toplam puan ortalamaları köyde yaşayan kadınlara göre anlamlı derecede yüksektir.

Eğitim durumuna göre kadınların SYBDÖ-II toplam ve alt boyutlardan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış (sırasıyla;  $p=0,003$ ,  $p=0,046$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,020$ ) diğer alt boyut puan ortalamalarında (fiziksel aktivite, beslenme) anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 9). Eğitim durumu lise olan kadınların manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puan ortalaması, sağlık sorumluluğu alt boyutunda üniversite ve üzeri olanların eğitim durumu ilkokul olan kadınlardan anlamlı derecede yüksektir.

Eşin yaşına göre SYBDÖ-II alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında yalnızca sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ( $p=0,032$ ) manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 9). Eşinin yaşı 20-34 olan kadınların sağlık sorumluluğu eşinin yaşı 35 ve üzeri olan kadınlardan anlamlı derecede yüksektir.

Eşin eğitim durumuna göre kadınların SYBDÖ-II toplam ve alt boyutlardan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış (sırasıyla;  $p=0,002$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,001$ ) iken diğer alt boyut puan ortalamalarında (fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi) anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 9). Eşinin eğitim durumu lise olan kadınların manevi gelişim, eşinin eğitim durumu üniversite ve üzeri olan kadınların sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler ve toplam puan ortalamaları eşin eğitim durumu ilkokul olan kadınlardan anlamlı derecede yüksektir.

Ekonomik düzey algısına göre kadınlarda SYBDÖ-II alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında SYBDÖ-II tüm alt boyutları (manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $p=0,026$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,006$ ,  $p=0,012$ ,  $p=0,010$ ,  $p=0,000$ , Tablo 9). Geliri giderine denk olarak algılayanların SYBDÖ-II tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları geliri giderinden az olarak algılayanlardan anlamlı derecede yüksektir. Geliri giderinden fazla ve denk olarak algılayan kadınların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları geliri giderinden az olarak algılayan kadınlardan anlamlı derecede yüksektir.

Kronik hastalık varlığına göre kadınların SYBDÖ-II toplam ve alt boyutlardan; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış (sırasıyla;  $p=0,011$ ,  $p=0,043$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ) iken manevi gelişim, beslenme, kişiler arası ilişkiler puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 9). Kronik hastalığı olmayan kadınların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olan kadınlardan anlamlı derecede yüksektir.

Sağlık durum algısına göre kadınların SYBDÖ-II alt boyutlarından; fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ( $p=0,000$ ,  $p=0,004$ ), manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve toplam puan ortalamalarında anlamlılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 9). Sağlık durum algısı iyi olan kadınların fiziksel

aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları sağlık durum algısı orta olanlardan anlamlı derecede yüksektir.

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik özellikleri ile SYBDÖ-II puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 10'da yer almaktadır.



**Tablo 10.** Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	SYBDÖ-II* Alt Boyutları						
	Manevi Gelişim	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Kişiler arası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ-II Toplam
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
<b>Gebelik Sayısı</b>							
Yok <sup>a</sup>	27,44±4,46	23,13±4,96	17,13±5,44	20,91±4,14	26,78±4,86	20,91±3,80	136,28±22,30
1 -2 <sup>b</sup>	28,17±3,97	22,63±5,01	16,26±4,74	22,55±3,96	27,02±4,49	21,06±3,74	137,69±20,08
3 ve üzeri <sup>c</sup>	26,26±4,41	20,29±4,76	14,89±4,97	21,55±3,85	25,09±4,50	19,91±3,83	127,99±20,85
<b>F/p değeri*** Anlamli fark</b>	<b>6,887/0,001 b-c</b>	<b>9,645/0,000 a-c, b-c</b>	<b>4,147/0,000 a-c, b-c</b>	<b>3,317/0,038 a-b</b>	<b>6,580/0,002 b-c</b>	<b>3,342/0,037 b-c</b>	<b>7,927/0,000 b-c</b>
<b>Doğum Sayısı</b>							
Yok <sup>a</sup>	27,79±4,43	23,53±4,94	17,00±5,23	21,32±4,02	27,24±4,75	21,29±3,91	138,16±21,93
1-2 <sup>b</sup>	27,78±4,15	22,23±5,13	15,89±4,99	22,28±4,15	26,77±4,60	20,74±3,87	135,70±21,43
3 ve üzeri <sup>c</sup>	26,29±4,36	20,18±4,58	15,05±4,83	21,64±3,70	24,90±4,37	19,97±3,69	128,03±19,78
<b>F/p değeri*** Anlamli fark</b>	<b>4,557/0,011 b-c</b>	<b>9,412/0,000 a-c, b-c</b>	<b>2,501/0,000 a-c, b-c</b>	1,319/0,269 -	<b>7,096/0,001 a-c, b-c</b>	2,321/0,100 -	<b>5,919/0,003 a-c, b-c</b>
<b>İdeal Olarak Düşünülen Çocuk Sayısı</b>							
0-2	27,89±4,13	22,64±4,92	15,95±4,95	22,08±3,92	27,07±4,54	20,74±3,78	136,37±20,62
3 ve üzeri	26,74±4,39	20,91±4,98	15,53±5,00	21,79±3,98	25,46±4,57	20,34±3,84	130,76±21,25
<b>t/p değeri**</b>	<b>2,264/0,024</b>	<b>2,943/0,004</b>	0,712/0,477	0,624/0,533	<b>2,983/0,003</b>	0,893/0,373	<b>2,253/0,025</b>
<b>Fertil Olmaya Verilen Bireysel Önem</b>							
Çok önemli <sup>a</sup>	28,87±4,00	22,79±4,61	15,66±4,45	22,43±3,74	27,47±4,29	21,09±3,78	138,31±19,95
Önemli <sup>b</sup>	26,48±4,13	21,04±4,96	15,37±5,21	21,61±3,97	25,47±4,61	20,15±3,80	130,12±20,84
Önemli değil/az önemli <sup>c</sup>	25,52±5,06	20,40±6,15	18,04±4,76	21,88±4,54	24,76±4,71	20,56±3,93	131,16±24,66
<b>F/p değeri*** Anlamli fark</b>	<b>12,568/0,000 a-b, a-c</b>	<b>4,675/0,010 a-b</b>	<b>3,206/0,042 b-c</b>	1,365/0,257 -	<b>7,318/0,001 a-b, a-c</b>	1,935/0,146 -	<b>4,975/0,007 a-b</b>
<b>Evlilik/Birliktelik Devamı İçin Çocuk Sahibi Olmaya Verilen Önem</b>							
Çok önemli <sup>a</sup>	28,75±4,12	23,24±4,79	15,90±4,37	22,86±4,04	27,56±4,35	21,37±3,79	139,68±20,42
Önemli <sup>b</sup>	26,34±4,03	20,59±4,88	15,39±5,20	21,63±3,70	25,28±4,47	20,28±3,55	129,50±19,84
Önemli değil/az önemli <sup>c</sup>	26,33±5,29	21,11±5,22	16,74±5,73	19,85±4,33	25,19±5,21	18,37±4,64	127,59±25,94
<b>F/p Değeri*** Anlamli fark</b>	<b>11,480/0,000 a-b, a-c</b>	<b>9,723/0,000 a-b</b>	1,008/0,366 -	<b>7,378/0,001 a-b, a-c</b>	<b>8,967/0,000 a-b, a-c</b>	<b>7,506/0,001 a-b, a-c, b-c</b>	<b>8,896/0,000 a-b, a-c</b>

**Tablo 10 (Devamı).** Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

<b>Üreme ve Cinsel Sağlıkla İlgili Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumu</b>							
Giden	27,62±4,00	21,79±4,84	15,41±5,09	21,99±3,89	26,44±4,54	20,67±3,81	133,92±20,52
Gitmeyen	26,27±4,80	21,06±5,34	16,22±4,72	21,72±4,09	25,29±4,70	20,12±3,82	130,68±22,33
<b>t/p Değeri**</b>	<b>2,577/0,010</b>	1,205/0,229	-1,327/0,185	0,560/0,576	<b>2,052/0,041</b>	1,202/0,230	1,264/0,207
<b>Fertilite ve Fertiliteyi Etkileyen Riskli Yaşam Biçimi Davranışları Hakkında Bilgi Alma Durumu</b>							
Alan	28,88±3,69	22,40±4,44	15,35±4,33	21,74±3,96	27,63±4,01	21,41±3,67	137,43±18,07
Almayan	26,54±4,38	21,23±5,19	15,80±5,20	21,95±3,97	25,48±4,69	20,15±3,82	131,15±21,99
<b>t/p Değeri**</b>	<b>4,305/0,000</b>	<b>1,809/0,000</b>	-0,758/0,450	-0,404/0,687	<b>3,694/0,000</b>	<b>2,590/0,010</b>	<b>2,531/0,012</b>

\*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II \*\*Bağımsız gruplarda t-testi, \*\*\*One-Way ANOVA testi, a-c: Aynı değişken içerisinde aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır.

Gebelik sayısına göre kadınların SYBDÖ-II toplam ve alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında SYBDÖ-II toplam ve tüm alt boyutları (manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0,000$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,038$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,037$ , Tablo 10). Gebelik sayısı bir-iki olan kadınların manevi gelişim, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puan, gebelik yaşamayanların ise sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir.

Doğum sayısına göre kadınların SYBDÖ-II toplam ve alt boyutlardan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (sırasıyla;  $p=0,003$ ,  $p=0,011$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,001$ ). Doğum yapmamış kadınların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve toplam puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir. Beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ , Tablo 10).

İdeal olarak düşünülen çocuk sayısına göre SYBDÖ-II toplam ve alt boyutlardan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (sırasıyla;  $p=0,025$ ,  $p=0,024$ ,  $p=0,004$ ,  $p=0,003$ ). İdeal olarak düşünülen çocuk sayısı sıfır-iki olan kadınların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler ve toplam puan ortalamaları ideal olarak düşünülen çocuk sayısı üç ve üzeri olan kadınlardan yüksektir. Fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlılık görülmemiştir ( $p>0,05$ , Tablo 10).

Fertil olmaya verilen bireysel öneme göre SYBDÖ-II toplam ve alt boyutlardan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiş (sırasıyla;  $p=0,007$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,010$ ,  $p=0,042$ ,  $p=0,001$ ) iken beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ , Tablo 10). Fertil olmaya verilen bireysel önemi “çok önemli” bulan kadınların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve toplam puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir.

Evlilik/birliktelik devamı için çocuk sahibi olmaya verilen öneme göre kadınlarda SYBDÖ-II toplam ve alt boyutlardan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmiş (sırasıyla  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,001$ ) iken fiziksel aktivite puan ortalamasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 10). Evlilik/birliktelik devamı için çocuk sahibi olmaya verilen önemi “çok önemli” bulan kadınların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir.

Üreme ve cinsel sağlıkla ilgili sağlık kuruluşuna gitme durumuna göre kadınların SYBDÖ-II alt boyutlarından manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir (sırasıyla;  $p=0,010$ ,  $p=0,041$ ). Üreme ve cinsel sağlıkla ilgili sağlık kuruluşuna giden kadınların manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ , Tablo 10).

Fertilite ve fertilitayı etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi alma durumuna göre kadınların SYBDÖ-II alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiş (sırasıyla;  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,010$ ,  $p=0,012$ ) iken fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ , Tablo 10). Fertilite ve fertilitayı etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi alan kadınların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları fertilitate ve fertilitayı etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi almayan kadınlara göre istatistiksel olarak yüksektir.

Araştırmaya katılan kadınların yaşam biçimi alışkanlıkları ile SYBDÖ-II puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 11’de yer almaktadır.

**Tablo 11.** Kadınların Yaşam Biçimi Alışkanlıklarına Göre SYBDÖ-II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaşam Biçimi Alışkanlıkları	SYBDÖ-II* Alt Boyutları						
	Manevi Gelişim	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Kişiler arası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ-II Toplam
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
<b>Gün İçerisinde Tüketilen Kahve Miktarı (fincan)</b>							
Hiç	26,41±4,60	20,25±5,13	14,80±4,69	21,67±4,11	25,45±4,92	19,77±3,75	128,35±22,25
1-2 fincan	27,51±3,96	22,00±4,71	15,57±4,86	21,92±3,60	26,47±4,21	20,62±3,75	134,10±18,98
3 ve üzeri fincan	27,39±5,02	22,51±5,58	18,10±5,43	22,29±4,98	25,63±5,43	21,51±4,04	137,44±25,82
F/p değeri** Anlamlı fark	2,030/0,133 -	<b>4,587/0,011</b> a-b, a-c	<b>6,504/0,002</b> -	0,355/0,702 -	1,669/0,190 -	<b>3,239/0,041</b> a-c	<b>3,374/0,036</b> a-c
<b>Haftada 4 Porsiyondan Fazla Fast-Food Tüketme</b>							
Evet	27,05±4,81	22,94±5,24	17,48±5,44	23,03±4,41	26,05±5,30	21,66±3,86	138,20±23,33
Hayır	27,21±4,15	21,05±4,85	15,04±4,65	21,49±3,71	26,06±4,36	20,07±3,72	130,93±20,05
t/p değeri***	-0,282/0,778	<b>2,917/0,004</b>	<b>3,555/0,000</b>	<b>3,011/0,003</b>	-0,013/0,990	<b>3,249/0,001</b>	<b>2,665/0,008</b>
<b>Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırma Durumu</b>							
Yaptıran	28,31±4,29	24,14±4,40	17,51±5,18	23,06±4,03	26,92±4,41	21,76±3,85	141,71±19,39
Yaptırmayan	26,49±4,21	20,02±4,73	14,60±4,54	21,21±3,75	25,55±4,67	19,74±3,60	127,61±20,46
t/p değeri***	<b>3,606/0,000</b>	<b>7,526/0,000</b>	<b>4,952/0,000</b>	<b>4,047/0,000</b>	<b>2,530/0,012</b>	<b>4,607/0,000</b>	<b>5,922/0,000</b>
<b>BKİ</b>							
<18,9 (zayıf)	28,86±4,14	25,00±5,50	16,57±4,68	19,43±4,68	27,43±4,27	21,00±5,00	138,29±18,91
19-24,9 (normal)	27,88±4,45	22,40±5,48	16,95±4,93	22,00±4,06	26,64±4,40	21,28±3,91	137,14±21,67
25-29,9 (şişman)	27,06±4,35	21,25±4,70	15,73±4,66	22,10±3,90	26,01±4,79	20,62±3,66	132,76±20,69
30 ve üzeri (obez)	26,24±3,96	20,72±4,90	13,62±5,35	21,50±3,85	25,19±4,40	18,93±3,60	126,21±20,70
F/p değeri*** Anlamlı fark	2,044/0,108 -	2,642/0,050 -	<b>5,409/0,001</b> b-d, c-d	1,254/0,290 -	1,337/0,262 -	<b>4,659/0,003</b> b-d, c-d	<b>3,270/0,022</b> b-d
<b>Günde Ortalama Cep Telefonu Kullanma Süresi (dakika)</b>							
Hiç	24,44±3,82	23,22±4,62	20,78±3,53	23,00±4,61	22,78±4,82	21,56±3,82	135,78±20,45
0-50 dk	27,23±4,55	21,15±4,85	15,57±4,84	22,12±3,49	26,16±4,31	20,51±3,75	132,75±19,94
50 dk dan fazla	27,42±4,12	21,66±5,16	15,21±4,94	21,61±4,19	26,33±4,70	20,36±3,87	132,58±22,19
F/p değeri** Anlamlı fark	<b>3,926/0,021</b> a-b, a-c	1,433/0,240 -	<b>10,852/0,000</b> a-b, a-c	1,345/0,262 -	<b>4,993/0,007</b> a-b, a-c	0,799/0,451 -	0,186/0,830 -

**Tablo 11 (Devamı).** Kadınların Yaşam Biçimi Alışkanlıklarına Göre SYBDÖ-II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

<b>Günde Ortalama Bilgisayar Kullanma Süresi (saat)</b>							
Hiç	27,16±4,23	21,40±5,01	15,30±4,71	21,96±3,80	25,96±4,72	20,64±3,59	132,42±20,43
1-8 saat	26,93±4,97	21,98±5,12	17,70±5,94	21,19±4,63	26,42±3,91	19,67±4,77	133,88±24,91
8 saatten fazla	28,71±3,45	24,43±4,23	17,29±5,76	23,86±4,94	27,29±4,85	19,86±5,24	141,43±23,92
<b>F/p değeri**</b>	0,510/0,601	1,428/0,241	<b>4,751/0,009</b>	1,590/0,206	0,433/0,649	1,282/0,279	0,676/0,509
<b>Anlamlı fark</b>	-	-	<b>a-b</b>	-	-	-	-
<b>Düzenli Olarak Kozmetik Ürünler Kullanma Durumu</b>							
Evet	28,17±3,87	23,00±4,77	15,94±5,26	22,49±3,72	27,17±4,32	21,19±3,72	137,95±20,21
Hayır	26,59±4,47	20,72±4,98	15,54±4,82	21,56±4,05	25,42±4,66	20,09±3,82	129,91±21,19
<b>t/p değeri***</b>	<b>3,108/0,002</b>	<b>3,909/0,000</b>	0,675/0,500	<b>1,982/0,048</b>	<b>3,240/0,001</b>	<b>2,442/0,015</b>	<b>3,244/0,001</b>
<b>Sıkı İç Çamaşırı ve Dar Pantolon Giyme Durumu</b>							
Evet	28,18±4,19	22,51±5,10	15,00±4,91	22,48±3,89	27,37±4,63	20,80±3,76	136,34±21,94
Hayır	26,76±4,32	21,17±4,95	15,95±4,99	21,66±3,97	25,53±4,51	20,36±3,84	131,44±20,73
<b>t/p değeri***</b>	<b>2,616/0,009</b>	<b>2,117/0,035</b>	-1,513/0,131	1,642/0,102	<b>3,181/0,002</b>	0,912/0,362	1,836/0,067
<b>Coitusta Kayganlaştırıcı Kullanma Durumu</b>							
Evet	26,89±3,42	20,68±4,09	12,82±4,61	21,89±2,79	26,64±4,22	20,68±2,95	129,61±17,71
Hayır	27,19±4,41	21,64±5,10	15,97±4,93	21,90±4,06	26,00±4,65	20,47±3,90	133,16±21,48
<b>t/p değeri***</b>	-0,351/0,725	-0,960/0,338	<b>-3,236/0,001</b>	-0,003/0,998	0,705/0,481	0,276/0,783	-0,847/0,398

BKİ: Beden Kütle İndeksi, dk: dakika, \*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II, \*\*One-Way ANOVA testi, \*\*\*Bağımsız gruplarda t-testi, a-d: Aynı değişken içerisinde aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır.

Gün içerisinde tüketilen kahve miktarına (fincan) göre kadınların SYBDÖ-II alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiş (sırasıyla;  $p=0,011$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,041$ ,  $p=0,036$ ) olup manevi gelişim, beslenme ve kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 11). Gün içerisinde üç fincan ve üzeri kahve tüketen kadınların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir.

Haftada dört porsiyondan fazla fast-food tüketme durumuna göre SYBDÖ-II alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiş (sırasıyla;  $p=0,004$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,008$ ) iken manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 11). Haftada 4 porsiyondan fazla fast-food tüketen kadınların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları yüksek saptanmıştır.

Düzenli sağlık kontrollerini yaptıрма durumuna göre SYBDÖ-II tüm alt boyutları (manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (sırasıyla;  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,012$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ , Tablo 11). Düzenli sağlık kontrollerini yaptıran kadınların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları düzenli sağlık kontrolleri yaptırmayan kadınlardan daha yüksektir.

BKİ'ye göre SYBDÖ-II toplam ve alt boyutlardan; fiziksel aktivite, stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış (sırasıyla;  $p=0,022$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,003$ ) iken manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 11). BKİ normal olan kadınların fiziksel aktivite ve stres yönetimi, BKİ zayıf olanların SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Günde ortalama cep telefonu kullanma süresine (dakika) göre SYBDÖ-II alt boyutlardan manevi gelişim, fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiş (sırasıyla;  $p=0,021$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,007$ ) olup sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 11). Günde ortalama 50 dakikadan fazla cep telefonu kullananların manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler, hiç cep telefonu kullanmayanlarında fiziksel aktivite puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir.

Günde ortalama bilgisayar kullanma süresine (saat) göre SYBDÖ-II alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; yalnızca fiziksel aktivite puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ( $p=0,009$ ) olup diğer alt boyutlarda (manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 11). Günde ortalama bir-sekiz saat süre ile bilgisayar kullananların fiziksel aktivite puan ortalaması yüksek bulunmuştur.

Düzenli olarak kozmetik ürünler kullanma durumuna göre SYBDÖ-II toplam alt boyutlardan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmiş (sırasıyla;  $p=0,001$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,048$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,015$ ) iken yalnızca fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 11). Düzenli olarak kozmetik ürünler kullanan kadınların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giyme durumuna göre SYBDÖ-II alt boyutlardan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiş (sırasıyla  $p=0,009$ ,  $p=0,035$ ,  $p=0,002$ ) olup fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 11). Sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giyen kadınların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giymeyen kadınlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir.

Coitusta kayganlaştırıcı kullanma durumuna göre SYBDÖ-II alt boyutlardan yalnızca fiziksel aktivite toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ( $p=0,001$ ), diğer alt boyutlar (manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 11). Coitusta kayganlaştırıcı kullanmayan kadınların fiziksel aktivite puan ortalaması yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların FFÖ ile SYBDÖ-II toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan korelasyon analizi Tablo 12’de yer almaktadır.

**Tablo 12.** Kadınların Fertilité Farkındalıkları ile SYBD Arasındaki İlişki

SYBDÖ-II*** Alt Boyutları	FFÖ** Alt Boyutları				FFÖ Toplam Puan	
	Bedensel Farkındalık		Bilişsel Farkındalık			
	p*	r	p*	r	p*	r
Manevi Gelişim	0,000	0,574	0,000	0,624	0,000	0,675
Sağlık Sorumluluğu	0,000	0,434	0,000	0,524	0,000	0,538
Fiziksel Aktivite	0,154	0,082	0,008	0,151	0,023	0,130
Beslenme	0,000	0,365	0,000	0,498	0,000	0,484
Kişiler arası İlişkiler	0,000	0,552	0,000	0,538	0,000	0,615
Stres yönetimi	0,000	0,409	0,000	0,489	0,000	0,488
<b>SYBDÖ-II Toplam Puan</b>	<b>0,000</b>	<b>0,502</b>	<b>0,000</b>	<b>0,586</b>	<b>0,000</b>	<b>0,612</b>

\*Pearson korelasyon analizi, \*\*Fertilité Farkındalık Ölçeği, \*\*\*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde FFÖ Bedensel Farkındalık alt boyut puanı ile SYBDÖ-II alt boyutlarından manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ-II toplam puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı (sırasıyla;  $r=0,574$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,434$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,552$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,409$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,502$ ;  $p=0,000$ , Tablo 12) beslenme ile düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ( $r=0,365$ ;  $p=0,000$ , Tablo 12) ilişki saptanmıştır. Bedensel farkındalık arttıkça manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları artmaktadır.

FFÖ Bilişsel Farkındalık alt boyut puanı ile SYBDÖ-II alt boyutlarından manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ-II puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı (sırasıyla;  $r=0,624$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,524$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,498$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,538$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,489$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,586$ ;  $p=0,000$ , Tablo 12) fiziksel aktivite alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ( $r=0,151$ ;  $p=0,008$ ) ilişki bulunmuştur. Bilişsel Farkındalık arttıkça manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları artmaktadır.

FFÖ toplam puanı ile SYBDÖ-II toplam ve alt boyutlardan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı (sırasıyla;  $r=0,612$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,675$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,538$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,484$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,615$ ;  $p=0,000$ ;  $r=0,488$ ;  $p=0,000$ , Tablo 12) fiziksel aktivite ile çok düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ( $r=0,130$ ;  $p=0,023$ ) ilişki saptanmıştır. Fertilité farkındalığı arttıkça manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları artmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Kadınlarda fertilitate farkındalığının ve fertilitateyi etkileyen yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada ulaşılan sonuçlar literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Fertilitate farkındalık düzeyinin güvenilir ölçme araçları ile değerlendirilmesi önemlidir. FFÖ, fertilitate farkındalık düzeyini ölçebilen geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır (Özşahin, 2020). Ancak literatür taramasında fertilitate farkındalığının farklı ölçüm araçları ile değerlendirildiği (Perez Capotosto, 2021; Mahey ve ark., 2018; Kudesia ve ark., 2017; García ve ark., 2016; Sørensen ve ark., 2016; Bunting ve ark., 2013; Hampton ve ark., 2013) görülmüş, FFÖ kullanılarak yapılan sınırlı sayıda (Özşahin ve Altıparmak, 2021, Özşahin, 2020) çalışmaya rastlanmıştır. FFÖ, bedensel ve bilişsel farkındalık alt boyutlarından oluşmaktadır. Bedensel farkındalık; kişinin kendi bedeninin farkında olması, iç ve dış organların işleyişi ile ilgili vücut duyularına dikkatli bir şekilde odaklanmayı ve bunların farkındalığını içeren kavramdır (Mehling ve ark., 2009). Bilişsel farkındalık da kişinin öğrenme ve düşünme süreçlerinin farkında olması, dikkatini yoğunlaştırması ve tutum geliştirmesidir. Bir başka tanımla bilişsel farkındalık, bireyin kendisi hakkındaki bilgisini ve düşüncesini kontrol edebilmesini sağlayarak ne bildiğini ve ne bilmesi gerektiğini kavrayabilmesidir (Kazu ve Yıldırım, 2013).

Bu araştırmada FFÖ toplam puan ortalaması  $64,17 \pm 11,63$ ; Bedensel Farkındalık puan ortalaması  $36,46 \pm 6,82$ ; Bilişsel Farkındalık puan ortalaması  $27,71 \pm 6,30$  olarak belirlenmiş (Tablo 5) FFÖ den toplamda alınabilecek puanın 19-95 olduğu göz önüne alındığında ve ölçek yorumlanmasından alınan puan 44-69 arasında olduğunda farkındalık “orta düzey” olarak değerlendirildiğinden katılımcıların orta düzeyde fertilitate farkındalığına sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca FFÖ puan ortalamalarına göre fertilitate farkındalığı gruplandırıldığında kadınların yarısından fazlasının (%59,6) orta, üçte birinin (%36,1) yüksek, çok azının (%4,3) da düşük düzeyde fertilitate farkındalığına sahip olduğu belirlenmiştir (Grafik 1). Fertilitate farkındalığının değerlendirildiği bazı çalışmalarda kadınların doğurganlık ve üreme ile ilgili bilgi düzeyleri düşük (Cheung ve ark., 2018; Mahey ve ark., 2018; Kudesia ve ark., 2017; García ve ark., 2016; Lundsberg ve ark., 2014; Hampton ve ark., 2013)

bazı çalışmalarda fertilité bilgisi orta (Perez Capotosto, 2021; Sørensen ve ark., 2016; Bunting ve ark., 2013) yalnızca birkaç çalışmada fertilité farkındalık düzeyleri yüksek bulunmuştur (Renn ve ark., 2023; Özşahin ve Altıparmak, 2021). Ayrıca 71 makalenin değerlendirildiği meta analiz çalışmasında üreme çağındaki kadınların fertilité farkındalık düzeylerinin düşük ile orta arasında olduğu saptanmıştır (Pedro ve ark., 2018). Japan Medical Abstract Society ve PubMed'de son 10 yılda yetişkinlerde doğurganlık farkındalığına ilişkin yayınlanan makalelerde kadın doğurganlığına ilişkin farkındalığın yetersiz olduğu belirtilmiştir (Nishioka, 2018). Özşahin ve Altıparmak'ın (2021) çalışmasında FFÖ toplam puan ortalaması  $70,89 \pm 10,50$ ; bedensel farkındalık ortalaması  $38,74 \pm 6,45$ , bilişsel farkındalık ortalaması  $32,14 \pm 5,28$  olarak saptanmış, kadınların fertilité farkındalık düzeyi yüksek olarak belirlenmiş, kadınların %37,8'inin orta, %61,1'inin yüksek, %1,1'inin düşük düzeyde fertilité farkındalığına sahip olduğu saptanmıştır. Bu araştırma sonucunun Özşahin ve Altıparmak'ın (2021) sonucundan (daha yüksek) farklı olduğu görülmektedir. Bu farklılık nedeninin örnekleme oluşturan katılımcıların eğitim düzeyinin farklı olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Özşahin ve Altıparmak'ın, (2021) çalışmasında çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlasının (%77,5) il merkezinde yaşamasından ve %62,5'inin üniversite mezunu olmasından, bu araştırmanın ise ilçede yapılmasından ve örnekleme oluşturan kadınların eğitim düzeyinin daha düşük (%24,3 ünün üniversite mezunu) olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Üreme çağındaki kadın ve erkeklerde doğurganlığı etkileyen faktörler hakkında bilgi düzeyinin değerlendirildiği bazı çalışmalarda fertilitéyi etkileyen değiştirilebilir faktörler hakkında önemli düzeyde bilgi eksikliğinin olduğu saptanmıştır (Nakhon ve ark., 2018; Hammarberg ve ark., 2013). Üreme çağındaki kadın ve erkeklerde yapılan bir çalışmada katılımcıların yalnızca beşte birinin yaşın ilerlemesi ile doğurganlığın azaldığını bildiği, fertil günleri ve infertilitéyi doğru bir şekilde tanımladığı bulunmuştur (Nakhon ve ark., 2018). Aydemir ve Sarıçoban (2023) da kadınların büyük çoğunluğunun fertil günlerini doğru bilmediklerini saptamıştır. Bu çalışmada fertilité ve fertilitéyi etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi alan kadınlarda fertilité farkındalığı yüksek bulunmuştur. Bir konuda farkındalığın gelişmesinde o konu hakkında kişilerin sahip oldukları bilgi düzeyi önemlidir. Yardımcı üreme teknolojisi konusunda yardım arayan kadınlar fertil günleri doğru

tanımlayamamakta bu da doğurganlık konusundaki farkındalığın zayıf olmasının infertiliteye katkıda bulunan bir neden olabileceğini düşündürmekte olup verilen eğitim ile farkındalığın artırılabilmesi belirtilmektedir (Hampton ve Mazza, 2015; Hampton ve ark., 2013). Verilen eğitim, bireylerde sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının benimsenmesini (Altıparmak ve Aksoy Derya, 2018) kadınların üreme sağlığı öz-yeterliliği ve tutumlarını sürdürme boyutundaki davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir (Altıparmak ve Aksoy Derya, 2018; Kılınç, 2015). Fertilite ve fertilitenin korunmasına ilişkin farkındalığın ve eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda katılımcıların bilgi düzeyinin sınırlı olduğu ve kısa süreli eğitimin bile farkındalık konusunda etkili olduğu (Will ve ark., 2017), verilen eğitimin kadınların fertilitite farkındalık düzeyini artırabileceği (Özşahin, 2020) belirlenmiştir. Kadın ve erkeklerin doğru bilgilere dayanarak bilinçli üreme kararları vermelerine yardımcı olmak için doğurganlık konularında eğitim düzenlenmesi gerektiği belirtilmektedir (Kudesia ve ark., 2017; Nishioka, 2018). Kaya ve ark., (2016) infertil kadınlar ile yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitiminin fertilitede etkili risk faktörlerinin azalmasını sağladığını ve risk faktörlerinde düzelme ile de yardımcı üreme tekniklerinin başarı oranını artırdığını saptamıştır.

Bu araştırmada fertilitite farkındalık düzeyi hem toplamda hem de bedensel farkındalık boyutunda 20-34 yaş aralığında, eğitim durumu lise, çekirdek ailede yaşayan, eşinin yaşı 20-34 ve eşin eğitim durumu lise olan ve gelirini giderinden fazla algılayan kadınlarda yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek (Özşahin ve Altıparmak, 2021; Pedro ve ark., 2018), çalışan, ekonomik durumu iyi olan kadınların fertilitite farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu (Özşahin ve Altıparmak, 2021) tespit edilmiştir. Araştırma sonucumuzdan farklı olarak Mahey ve ark. (2018)'nin çalışmasında katılımcıların yarısından fazlasının (%59) 20-30 yaşları arasında olmasına, %63'ünün de sosyoekonomik durumunu orta düzeyde olarak ifade etmesine karşın doğurganlık ve üreme ile ilgili bilgi düzeyi düşük bulunmuştur. Bu farklılığın nedeninin çalışmanın Hintli kadınlar üzerinde yapılmış olmasından dolayı popülasyon farklılığı olduğu söylenebilir. Fertilititeyi etkileyen faktörler hakkında yeterli bilgiye sahip olan kadınların fertilitite farkındalığı gelişmiştir (Özşahin ve Altıparmak, 2021). Fertilititeyi etkileyen faktörler yaş, eğitim durumu ve yaşam biçimi alışkanlıklarıdır. Aynı zamanda fertilitite hızı da kadınların yaşı, eğitim

durumu, yerleşim yeri ve coğrafi bölge özelliklerine göre farklılık göstermektedir (İlçioğlu ve ark., 2017). Kadının doğurganlık süresince (15-49 yaşlar arasında) doğurabileceği ortalama çocuk sayısı doğurganlık hızı olarak ifade edilmekte ve ülkemizde yaş grubuna göre doğurganlık hızı incelendiğinde, 2001 yılında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 20-24 yaş grubunda iken, 2022 yılında 25-29 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Bu durum, doğurganlığın daha ileri yaşlarda gerçekleştiğini göstermektedir (TÜİK, 2023). Yaş ilerledikçe kadınlarda gebe kalma süresi uzamakta ve doğurganlıktaki düşüş hızlanmaktadır (Taberner-Rico ve Garcia-Velasco, 2019; Pfeifer ve ark., 2017). Yaşın doğurganlık üzerinde oluşturduğu etki hakkında kadınların bilgi eksikliği bulunmaktadır (Delbaerea ve ark., 2020; Nakhon ve ark., 2018). Portekiz’de yapılan bir çalışmada fertilitate problemi yaşayan kadınların yaşının diğer kadınlardan daha fazla ve eğitim düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur (Correia ve ark., 2014). Doğurganlık tercihleri (başka çocuk sahibi olmayı ve gelecekte kaç çocuğa (daha) sahip olmayı isteme durumu) dikkate alındığında kadının ve eşinin yaşı arttıkça doğurganlık azalırken, doğurganlık tercihleri dikkate alınmadığında doğurganlık artmakta (Gemicioğlu ve ark., 2019), yaş arttıkça başka çocuk istememe oranı yükselmektedir (Aydemir ve Sarıçoban, 2023). Ayrıca bireylerin doğurganlık tercihleri sahip olunan ekonomik durumdan da etkilenmektedir (Özşahin ve Altıparmak, 2021). Bu araştırmada da gelirini giderinden fazla algılayan kadınlarda fertilitate farkındalığının yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçla uyumlu olarak yapılan bir çalışmada refah seviyesinin düşük olduğu yerlerde ideal çocuk sayısı yüksek, refah seviyesinin yüksek olduğu yerlerde ise ideal çocuk sayısı düşük bulunmuş, refah seviyesi düşük olan kadınların istediklerinden daha fazla çocuk sahibi olduğu görülmüştür (Aydemir ve Sarıçoban, 2023). Bununla birlikte eğitim düzeyi ile doğurganlık hızı arasında ters orantı bulunmakta, eğitim düzeyi arttıkça doğurganlık hızı düşmektedir (İlçioğlu ve ark., 2017). Eğitim, fertilitateyi doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen en önemli faktörlerden biridir (Akça ve Ela, 2012). Eğitim düzeyi düşük olan kadınlar karar vermede özgür olamadıkları, sağlık hizmetlerinden faydalanmayı bilmedikleri için sağlık hizmetlerinden daha az faydalanmaktadır (İlçioğlu ve ark., 2017). Kadınların eğitim düzeyi düştükçe fertilitate problemi yaşama olasılığı da artmaktadır (Correia ve ark., 2014).

Fertilitenin korunması ve sürdürülmesi büyük ölçüde kişinin yaşam biçimine bağlı olduğundan, bireylerin sağlıklarını etkileyebilecek davranışlarını kontrol etmeleri ve alternatif uygun davranışları seçerek bunları düzenlemeleri gerekmektedir (Altıparmak ve Aksoy Derya, 2018). Sahip olunan fertilitate farkındalık düzeyi kadınların yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir (Tabernero-Rico ve Garcia-Velasco, 2019; Altıparmak ve Aksoy Derya, 2018; Demirci ve ark. 2016; Sharma ve ark., 2013; Homan ve ark., 2007). Bu araştırmada fertilitate farkındalığı yaşam biçimi davranışlarından düzenli sağlık kontrolleri yaptıran, BKİ normal aralıkta olan, gün içerisinde 50 dakikadan fazla cep telefonu kullanan, düzenli olarak kozmetik ürünler kullanan, sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giyen kadınlarda yüksektir (Tablo 8). Fertilitate farkındalığının düzenli sağlık kontrolleri yaptıran, BKİ normal aralıkta olanlarda yüksek olması sevindirici bir sonuç olmakla birlikte, gün içerisinde 50dk dan fazla cep telefonu kullanan, düzenli olarak kozmetik ürünler kullanan, sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giyen kadınlarda da yüksek olması şaşırtıcıdır. Bu durumda örnekleme oluşturan kadınların düzenli sağlık kontrolleri yaptırmanın ve BKİ normal aralıkta olmasının fertilitateyi olumlu etkilediğini bildiği ancak uzun süre cep telefonu ve sürekli kozmetik ürünler kullanmanın, sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giymenin fertilitateye olumsuz etkisi hakkında bilgilerinin olmadığı ya da yetersiz olduğu, mevcut bilgilerini yaşamlarına aktaramadıkları söylenebilir.

Fertilitate problemi ve artan infertilite nedenlerinden biri de modern yaşamın hayatımız üzerindeki olumsuz etkileridir. Modern yaşamın sonucunda artan cep telefonu kullanımının kadınlarda over fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek folikül sayısını azalttığı belirtilmektedir (Amanak ve ark., 2014). Cep telefonunu daha az sıklıkla kullanan veya hiç kullanmayan kadınlarla sık cep telefonu kullanan kadınlar karşılaştırıldığında; sık cep telefonu kullananlarda infertilite riskinin arttığı bulunmuştur (Amanak ve ark., 2014; Merhi, 2012). Son yıllarda dünyada kozmetik bazlı kişisel bakım ve güzellik ürünlerinin kullanımı artmaktadır. Kozmetiklerin performansını, kalitesini, değerini ve ömrünü arttırmak için koruyucu maddeler, kokular, yüzey aktif maddeler vb. kozmetik ürünlerin formülasyonunda giderek artan sayıda kimyasal madde kullanılmaktadır. Kimyasal katkı maddesi içeren ürünlerin tüketiminin yaygınlaşmasıyla beraber içeriğinde bulunan kimyasallara maruz kalma süresi de uzamakta ve insan vücudunda toksik etki oluşturmaktadır (Yaşar ve Akdeniz,

2020; Bilal ve Iqbal, 2019). Ruj, şampuan, saç kremi vb. kozmetik ürünler içerisinde ağır metal olan cıva bulunmakta ve cıva üreme sağlığını olumsuz etkilemektedir (Bilal ve Iqbal, 2019). Bu araştırmada kadınların düzenli kozmetik ürünleri ve 50 dakikadan fazla cep telefonu kullanarak fertilitate farkındalıklarının yüksek olması bu sonuçlar ile çelişmektedir. Kadınlarda sağlıksız beslenme (Silvestris ve ark., 2019; Tabernero-Rico ve Garcia-Velasco, 2019; Grieger ve ark., 2018; Barazani ve ark., 2014; Amanak ve ark., 2014; Sharma ve ark., 2013) ve hareketsiz yaşam tarzı (Foucaut ve ark., 2019; Tabernero-Rico ve Garcia-Velasco, 2019; Adewoyin ve ark., 2017; Hâkimi, 2017; Sharma ve ark., 2013) doğurganlığı olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların yarısından fazlasının (%59,0) obezitenin doğurganlığı nasıl etkilediğinin farkında olduğu saptanmış (Hammarberg ve ark., 2013) olmakla birlikte gebelik planlayan kadınların BKİ hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmüş (Ersoy ve ark., 2021), BKİ arttıkça fertilitate farkındalığının toplamda ve bedensel boyutta azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Özşahin ve Altıparmak, 2021). Bu araştırmada BKİ normal olan kadınların fertilitate farkındalığının yüksek olduğu sonucunun literatür tarafından desteklendiği görülmektedir.

Kadınların sosyodemografik özellikleri ve yaşam biçimi davranışları fertilitate farkındalık düzeylerini etkilemekle birlikte obstetrik özellikler de fertilitate farkındalığı üzerinde etkili olabilmektedir. Ancak yapılan literatür taramasında obstetrik özelliklerin fertilitate farkındalıklarını doğrudan etkilediğini gösteren tarafımızca yalnızca bir çalışmaya (Özşahin ve Altıparmak, 2021) rastlanmıştır. Bu araştırmada fertilitate farkındalık düzeyi hem toplamda hem de bedensel ve bilişsel farkındalık boyutunda obstetrik özelliklerden fertil olmaya verilen bireysel önem ve evlilik/birliktelik devamı için çocuk sahibi olmayı “çok önemli” bulan kadınlarda yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Geçmişten günümüze tüm toplumlarda var olan ataerkil toplum kültürü kadına rol ve sorumluluklar yükleyerek kadının üreme sağlığına verdiği önemi etkilemektedir (Taşkın ve Zeyneloğlu, 2016). Toplumsal cinsiyet rolleri kadının yaşamını etkilemekte olup kadınların düşük eğitim düzeyine sahip olmasına, daha az işgücüne katılmasına, daha az gelir elde etmesine neden olmaktadır. Bu olumsuz durumlara toplumsal baskının da eklenmesi ile yaşanan cinsiyet eşitsizliği dolaylı ya da doğrudan kadın sağlığını etkilemekte, toplumun kadına biçtiği eş ve anne olma rolünün etkisiyle kadın erken yaşta evlendirilmekte ve

çocuk sahibi olması beklenmektedir (Eryılmaz, 2020). Bu durumda kadınlar da yaşadıkları baskıdan dolayı çocuk sahibi olabilmek ve doğurganlığını korumak için fertilitate ve üreme sağlığı hakkında bilgi sahibi olmaya, sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeye ve sağlık arama davranışına yönelebilmektedir. Yapılan literatür taramasında fertilitenin evlilik/birliktelik devamı için gerekli olduğu görülmektedir (Oltuluoğlu ve ark., 2014; Topdemir Koçyiğit, 2012; Dhont ve ark., 2011). Çocuk sahibi olamayan kadınlar suçluluk hissi, dışlanma, sadakatsizlik, boşanma gibi sorunlar yaşayabilmekte ve akrabaları tarafından bu konuda baskıya maruz kalmaktadır (Hasanpoor-Azghdy ve ark., 2015; Oltuluoğlu ve ark., 2014; Topdemir Koçyiğit, 2012). Yapılan bir çalışmada infertil kadınlarda boşanma oranının daha yüksek (infertil kadınlarda %30,0; fertil kadınlarda %12,0) olduğu, erkeklerin başka bir kadından çocuk sahibi olmayı infertiliteye çözüm olarak gördüğü, bunun sonucunda boşanma veya çok eşli evliliklerin gerçekleştiği belirtilmiştir (Dhont ve ark., 2011). Bu araştırmada örneklemini oluşturan kadınlardan üreme ve cinsel sağlıkla ilgili sağlık kuruluşuna gidenlerde toplam ve bilişsel farkındalık, üreme/cinsel sağlık problemlerinin varlığında da toplam ve bedensel farkındalık düzeyi yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Bu sonuçla uyumlu olarak Özşahin ve Altıparmak (2021) da yaptığı çalışmada cinsel yolla bulaşan hastalık veya üreme sistemi enfeksiyonu öyküsü olan kadınlarda fertilitate farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu, fertilitate farkındalığı düşük olan kadınların ise gebe kalma sürecinde ve gebelikte sağlık sorunları yaşadıkları belirlenmiştir.

Bu araştırmada obstetrik özelliklerden üreme/cinsel sağlık problemi olan, üreme ve cinsel sağlıkla ilgili sağlık kuruluşuna giden kadınların yanı sıra gebelik ve doğum sayısı bir-iki olanlarda da toplam ve bedensel farkındalık yüksek saptanmıştır (Tablo 7). Pedro ve ark., (2018) 71 makaleyi değerlendirdiği örneklemin farklı popülasyondan oluşan meta analiz çalışmasında ise çocuk sahibi olmak, istenilen çocuk sayısı veya çocuk sahibi olmayı planlamanın fertilitate farkındalık seviyesi ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bu araştırmada ideal olarak düşünülen çocuk sayısı sıfır-iki arasında olup ideal çocuk sayısı ortalama 2,86 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Bu sonuçla uyumlu olarak Aydemir ve Sarıçoban (2023) yaptıkları çalışmada kadınlarda ortalama ideal çocuk sayısını 2,77 olarak belirlemiş, çocuk isteme oranının iki çocuktan sonra azaldığını saptamıştır.

Bu araştırmaya katılan kadınların SYBDÖ-II toplam puan ortalaması 132,84±21,16; alt boyutlardan manevi gelişim 27,17±4,32; sağlık sorumluluğu 21,55±5,02; fiziksel aktivite 15,68±4,98; beslenme 21,90±3,96; stres yönetimi 20,49±3,82; kişiler arası ilişkiler 26,06±4,61'dir (Tablo 5). Puan ortalamalarına baktığımızda en yüksek puanın manevi gelişim, en düşük puanın ise fiziksel aktivite alt boyutunda olduğu görölmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan ise 216 olduğu göz önüne alındığında kadınların sağlık yaşam biçimi davranışları orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Kadınlar üzerinde yapılan diğer çalışmalarda da bu sonuçla uyumlu olarak SYBDÖ-II toplam puan ortalamasını 128,16±19,18 (Karataş ve Gölbaşı, 2021), 142,73±26,33 (Gözüyeşil ve ark., 2019), 127,30±19,53 (Demir ve Arıöz, 2014), 121,1±15,9 (Özen ve ark., 2013), 116,95±23,04 (Çalmaz, 2011) olduğu, alt boyutlardan en yüksek puan ortalamasının manevi gelişim, en düşük puan ortalamasının da fiziksel aktivite olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada SYBDÖ-II alt boyutlarından manevi gelişim puan ortalamasının yüksek olmasının sevindirici olmasıyla birlikte fiziksel aktivite puan ortalamasının düşük olması kadınların fiziksel aktiviteye ilişkin farkındalıklarının artırılmasının gerekli olduğunu göstermektedir. Demirci ve ark., (2016) infertilite tedavisi gören kadınlarda SYBD'lerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada SYBDÖ-II toplam puanları infertil (133,05±26,77) ve fertil (134,95±22,34) kadınlar arasında anlamlı fark saptamamıştır. Hem fertil hem de infertil kadınların SYBD orta düzeyde ve benzer olup fertil kadınların fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme, SYBDÖ-II toplam puanı infertil kadınlardan yüksek bulunmuştur (Demirci ve ark., 2016).

Bu araştırmada kadınların fertilitate farkındalık düzeyleri ile SYBDÖ-II puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların fertilitate farkındalık düzeyi arttıkça sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı görölmüştür (Tablo 12). Bu sonuç sevindirici olmakla birlikte çok önemli olup bu sonuca göre fertilitate farkındalığı gelişmiş bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bulunduğunu söyleyebiliriz. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi fertilitate yeteneğinin istenen düzeye getirilebilmesi, fertilitenin korunması ve infertilitenin önlenmesi için önemli yere sahiptir (Kaya ve ark., 2016). Sağlıklı yaşam tarzının temellerinden biri olan fiziksel aktivite (Sansone ve ark., 2018) insülin

duyarlılığını arttırarak over fonksiyonlarını ve menstrüel siklusu düzenleyerek gebe kalma olasılığını arttırmaktadır (Adewoyin ve ark., 2017; Best ve ark., 2017; Beji ve Özcan, 2016). Düzenli egzersiz yapan kadınlarda üreme sistemi olumlu etkilenmekte, hormon seviyeleri dengelenmekte ve infertilite oluşma riski azalmaktadır (Özşahin, 2020; Hâkimi ve ark., 2017; Kaya ve ark., 2016; Terzioğlu, 2018). Foucaut ve ark., (2019) yaptıkları çalışmada fiziksel hareketsizliğin infertilite ile ilişkili risk faktörü olabileceğini, fiziksel aktiviteyi oluşturan çeşitli unsurların (sıklık, yoğunluk, süre ve egzersiz türü) dikkate alınması ve infertilite tedavisinde yaşam tarzı faktörlerinin iyileştirilmesinin de göz önünde bulundurulması gerektiği öne sürülmektedir. Nefes ve gevşeme egzersizleri, yoga duruşları, konsantrasyon çalışmaları fertilitiyi arttırmak için kullanılabilir (Özşahin, 2020). Fertilitiyi korumada etkili olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olan dengeli ve düzenli beslenme sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesini sağlamaktadır (Amanak ve ark., 2014). Yapılan çalışmalarda kadınlarda kırmızı et, yüksek protein, hindi ve tavuk diyetinin ovulasyon bozukluğuna (Sharma ve ark., 2013, Amanak ve ark., 2014), D vitamini yönünden zayıf beslenen kadınların ovulasyon olasılığının azalmasına (Bosdou ve ark., 2016; Pilz ve ark., 2018) neden olduğu tespit edilmiştir. Beslenme alışkanlıklarının doğurganlık üzerindeki etkisinin araştırıldığı 116.678 kadınla yapılan çalışmada, dengeli miktarda besin alımı ve glisemik indeksi düşük diyetle beslenenlerde fertilitenin zarar görme riskinin azaldığı belirlenmiştir (Silvestris ve ark., 2019). Grieger ve ark., (2018) 5598 kadınla yaptıkları çalışmada meyve tüketiminin azalması, fastfood tüketiminin artması ile infertilite oranlarının arttığını ve gebe kalma süresinin uzadığını saptamıştır. Görüldüğü üzere bu çalışmada elde edilen sonuçların literatür tarafından desteklendiğini söyleyebiliriz.

Sağlığın devamı için sağlıklı yaşam biçimi davranışları (egzersiz, kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, sigara içmeme vb.) önemli bir faktör olmakla birlikte sağlık sorumluluğu bireyin iyilik halini koruyabilmek için üzerine düşen görevleri yerine getirmesi ve sağlığını geliştirici davranışlarda (düzenli sağlık kontrolleri yaptırmak, sağlıklı beslenmek, sigarayı bırakmak vb.) bulunmasıdır (Avcı, 2016). Sigarayı bırakmak bir yıl içinde fertilitiyi artırabilmekte ve sigaranın zararlı etkilerini ortadan kaldırmaktadır. Günlük olarak tüketilen sigaranın tüketim süresinin 5-10 yıl arasında olması bireylerin fertil durumlarını olumsuz etkilemekte (Yang ve ark.,

2017), bireylerin sigara tüketmenin fertiliteye olan zararları hakkında bilgi düzeylerinin düşük (Farquhar ve ark., 2019; Reynolds ve Gordon, 2018) olduğu belirtilmektedir.

Fertilitiyi etkileyip infertiliteye sebep olan önemli etkenlerden biri de strestir ve psikolojik stres zihinsel, duygusal ve fiziksel tepkilere neden olarak (Collins ve Rossi, 2015) kadınların fertilitelerini olumsuz etkilemektedir (Park ve ark., 2019). İnfertilite stresi ile başa çıkmada kadınlar yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılabilceği gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma, sorumluluk alma gibi başa çıkma yöntemlerini kullanmayı seçmektedir (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015). Yapılan çalışmalarda gebeliğe özgü stresi azaltmada (Dolatian ve ark., 2017) ve infertilite stresi ile başa çıkmada kadınların din ve maneviyatı kullandıkları görülmektedir (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015).

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Kadınlarda fertilitate farkındalığının ve fertilitateyi etkileyen yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kadınların yaş ortalaması  $36,41 \pm 7,85$  (min-max: 20-49) olup, %59,0'u 35 yaş ve üzerindedir.
- FFÖ toplam puan ortalaması  $64,17 \pm 11,63$ ; bedensel farkındalık puan ortalaması  $36,46 \pm 6,82$ ; bilişsel farkındalık puan ortalaması  $27,71 \pm 6,30$ 'dur.
- Kadınların %59,6'sı "orta", %36,1'i "yüksek", %4,3'ü "düşük" düzeyde fertilitate farkındalığına sahiptir.
- Kadınların SYBD orta düzeydedir ve kadınlar en yüksek manevi gelişim en düşük fiziksel aktivite davranışına sahiptir.
- Fertilitate farkındalığı sosyodemografik özellikler ve yaşam biçimi davranışlarından 20-34 yaş aralığında, ilçede yaşayan, eğitim durumu lise, çekirdek ailede yaşayan, eşinin yaşı 20-34 ve eğitim durumu lise olan ve gelirini giderinden fazla algılayan, düzenli sağlık kontrolleri yaptıran, BKİ normal aralıkta olan, gün içerisinde 50 dk dan fazla cep telefonu kullanan, düzenli olarak kozmetik ürünler kullanan, sıkı iç çamaşırı ve dar pantolon giyen kadınlarda yüksektir.
- Fertilitate farkındalığı obstetrik özelliklerden gebelik ve doğum sayısı bir-iki, ideal olarak düşünülen çocuk sayısı sıfır-iki, fertil olmaya verilen bireysel önemi ve evlilik/birliktelik devamı için çocuk sahibi olmaya verilen önemi "çok önemli" bulan, üreme/cinsel sağlık problemi olan, üreme ve cinsel sağlıkla ilgili sağlık kuruluşuna giden, fertilitate ve fertilitateyi etkileyen riskli yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi alan kadınlarda yüksektir.
- Kadınlarda fertilitate farkındalık düzeyi arttıkça genel SYBD ve alt boyutlardan manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi artmaktadır.

- Kadınlarda bedensel ve bilişsel farkındalık arttıkça manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBD artmakla birlikte bilişsel farkındalık arttıkça fiziksel aktivite de artmaktadır.

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Ebelerin 15-49 yaş doğurgan kadın izlemlerinde kadınlardan fertilitate, fertilitate farkındalığı ve fertilitateyi etkileyen yaşam biçimi davranışları hakkında ayrıntılı veri toplaması,
- Kadınların fertilitate farkındalık düzeyinin belirlenmesi,
- Kadınların fertilitate farkındalık düzeylerine yönelik fertilitate farkındalığını artırmak ve SYBD'yi geliştirmek amacıyla eğitim programları düzenlenmesi,
- Ebelerin 15-49 yaş doğurgan kadın izlemlerinde fertilitateyi etkileyen yaşam biçimi davranışları hakkında bilgilendirme yapması, eğitim programları düzenlemesi,
- Sağlık profesyonellerinin kadınların fertilitate, fertilitate farkındalığı ve fertilitateyi etkileyen yaşam biçimi davranışları hakkında mesleki eğitimlerinin, yeterliklerinin, bilgi ve becerilerin artırılması için hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Bu çalışma ile anlamlı sonuçlar ortaya konulmuş olsa da kadınların fertilitate farkındalığının ve fertilitateyi etkileyen yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlendiği daha büyük ve farklı örneklem gruplarında çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abiç, A., Vefikuluçay-Yılmaz, D. (2019). İnfertilitenin risk faktörleri ve hemşirenin rolü. *International Journal of Emerging Trends in Health Sciences*, 3(1): 01-08.
- Acharya, S., Gowda, C. R. (2017). Lifestyle factors associated with infertility in a rural area: A cross-sectional study. *Int J Med Sci Public Health*, 6(3): 502-507.
- Adams, J., Galloway, T., Mondal, D., Esteves, S., Mathews, F. (2014). Effect of mobile telephones on sperm quality: A systematic review and meta-analysis. *Environ Int*, 70: 106–112.
- Adewoyin, M., Ibrahim, M., Roszaman, R., Isa M., Alewi, N., Rafa, A., Anuar, M. (2017). Male infertility: The effect of natural antioxidants and phytochemicals on seminal oxidative stress. *Diseases*, 5(1): 1-26.
- Agarwal, A., Deepinder, F., Cocuzza, M., Short, R., Evenson, D. (2008). Effect of vaginal lubricants on sperm motility and chromatin integrity: A prospective comparative study. *Fertil Steril*, 89(2): 375–379.
- Akça H., Ela, M. (2012). Türkiye’de eğitim, doğurganlık ve işsizlik ilişkisinin analizi. *Maliye Dergisi*, 163: 223-242.
- Akyol, A. (2018). Obezite ve kadın üreme sağlığı. *Fırat Tıp Dergisi*, 23: 48-53.
- Altamimi, S. I., Snobar, R. O., Al-Fraihat, A., Albuarki, H., Rizk, D. (2019). Causes of infertility. *Bahrain Medical Bulletin*, 41(2): 93-96.
- Altıparmak, S., Aksoy Derya, Y. (2018). The effects of fertility-supporting health training on healthy lifestyle behaviors and infertility self-efficacy in infertile women: A quasi-experimental study. *European Journal of Integrative Medicine*, 20: 146-153.
- Amanak, K., Karagöz, B., Sevil, Ü. (2014). Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4): 345-350.
- Arévalo, M., Yeager, B., Sinai, I., Panfichi, R., Jennings, V. (2010). Adding the Standard Days Method to the contraceptive method mix in a high-prevalence setting in Peru. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(2): 80-85.

- Arslan Özkan İ. (2013). Watson'ın bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin infertil kadınların, infertiliteden etkilenme durumlarına, öz-yeterlik ve uyum düzeylerine etkisinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Programı, İzmir.
- Aşçı, Ö., Gökdemir, F. (2020). Erkeklerde fertilitayı etkileyebilecek riskli yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Androloji Bülteni*, 22: 219–225.
- Avcı, Y. D. (2016). Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3): 259-266.
- Aydemir, E. I., Sarıçoban, S. (2023). Türkiye'de yaşayan 15-49 yaş arası kadınların doğurganlık ve aile planlaması tercihleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2): 124-129.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12: 1-13.
- Barazani, Y., Katz, B. F., Nagler, H. M., Stember, D. S. (2014). Lifestyle, environment, and male reproductive health. *Urologic Clinics*, 41(1): 55-66.
- Bayoumi, R. R., Van der Poel, S., El Samani, E. Z., Boivin, J. (2018). An evaluation of comprehensiveness, feasibility and acceptability of a fertility awareness educational tool. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 6: 10-21.
- Beji, K., Özcan, H. (2016). İnfertilitede tanımlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 32(1): 36-44.
- Bektaş, G., Süt, H. K. (2020). İnfertil ve fertil kadınların yaşam tarzı davranışları. *Androloji Bülteni*, 23(2): 67-76.
- Benatta, M., Kettache, R., Buchholz, N., Trinchieri, A. (2020). The impact of nutrition and lifestyle on male fertility. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, 92(2): 121-131.
- Best, D., Avenell, A., Bhattacharya, S. (2017). How effective are weight-loss interventions for improving fertility in women and men who are overweight or

- obese? A systematic review and meta-analysis of the evidence. *Human Reproduction Update*, 23(6): 681-705.
- Bilal, M., Iqbal, H. M. (2019). An insight into toxicity and human-health-related adverse consequences of cosmeceuticals a review. *Science of The Total Environment*, 670: 555-568.
- Bosdou, J. K., Kolibianakis, E. M., Tarlatzis, B. C., Fatemi, H. M. (2016). Sociocultural influences on fertility in the Middle East: The role of parental consanguinity, obesity and vitamin D deficiency. *Fertility and Sterility*, 106(2): 259-260.
- Bunting, L., Tsibulsky, I., Boivin, J. (2013). Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: Findings from the International Fertility Decision-Making Study. *Human Reproduction*, 28(2): 385-397.
- Cardozo, E. R., Neff, L. M., Brocks, M. E., Ekpo, G. E., Dune, T. J., Barnes, R. B., Marsh, E. E. (2012). Infertility patients knowledge of the effects of obesity on reproductive health outcomes. *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, 207(6): 509.
- Chan, S. L., Thumboo, J., Boivin, J., Saffari, S. E., Yin, S., Yeo, S. R., ... Yu, S. L. (2022). Effect of fertility health awareness strategies on fertility knowledge and childbearing in young married couples: Study protocol for an effectiveness-implementation hybrid type I multicentre three-arm parallel group open-label randomised clinical trial. *BMJ Open*, 12(1): e051710.
- Chavarro, J. E., Toth, T. L., Wright, D. L., Meeker, J. D., Hauser, R. (2010). Body mass index in relation to semen quality, sperm DNA integrity, and serum reproductive hormone levels among men attending an infertility clinic. *Fertility and Sterility*, 93(7): 2222–2231.
- Cheung, N. K., Coffey, A., Woods, C., de Costa, C. (2018). Natural fertility, infertility and the role of medically assisted reproduction: The knowledge amongst women of reproductive age in North Queensland. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 59(1): 140-146.
- Collins, G., Rossi, B. V. (2015). The impact of lifestyle modifications, diet, and vitamin supplementation on natural fertility. *Fertil Res Pract*, 1: 1–9.

- Correia, S., Rodrigues, T., Barros, S. (2014). Socioeconomic variations in female fertility impairment: A study in a cohort of portuguese mothers. *BMJ Open*, 4(1):1-9.
- Çalmaz, A. (2011). Tunceli kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı. Tunceli.
- Dağ, Z. Ö., Dilbaz, B. (2015). Impact of obesity on infertility in women. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 16(2): 111.
- Delbaere, I., Verbiest, S., Tydén, T. (2020). Knowledge about the impact of age on fertility: A brief review. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 125(2): 167-174.
- Demir, G., Arıöz, A. (2014). Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(2): 1-8.
- Demir, S., Kızılkaya Beji, N. (2015) İnfertil çiftlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Androloji Bülteni*, 17(61): 136-139.
- Demirci, N. Coşkun Potur, D. (2014). Erkek fertilitesi ve riskli yaşam biçimi davranışları. *F.N. Hem. Derg*, 22(1): 39-45.
- Demirci, N., Coşkun Potur, D., Gün, Ç., Çakır, C. (2016). İnfertil kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(3): 62-69.
- Demirel, G., Irez, T. (2020). Alkol ve sigara kullanımının infertil erkeklerde semen parametreleri üzerine etkisinin araştırılması. *Androloji Bülteni*, 22(3): 149-153.
- Dhont, N., Van de Wijgert, J., Coene, G., Gasarabwe, A., Temmerman, M. (2011). 'Mama and papa nothing': Living with infertility among an urban population in Kigali, Rwanda. *Human Reproduction*, 26(3): 623-629.
- Dolatian, M., Mahmoodi, Z., Dilgony, T., Shams, J., Zaeri, F. (2017). The structural model of spirituality and psychological well-being for pregnancy-specific stress. *Journal of Religion and Health*, 56(6): 2267-2275.

- Efe, Y. (2009). Kafein alımının gebelik üzerine olumsuz etkileri. *Türkiye Klinikleri Gynecol Obstetric*; 19(1): 45-49.
- Ersoy, E., Saatçı, E., Ardiç, C. (2021). Gebelik planlayan kadınların beden kitle indeksi, obezite ve gebelik ilişkisi hakkındaki farkındalıkları. *Türk Aile Hek Derg*, 25(1): 15-20.
- Eryılmaz, S. (2020). Toplumsal cinsiyet rolü ve kadın sağlığı. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1): 5-13.
- Espinos, J., Sola, I., Martinez-Zapata, M. (2020). The effect of lifestyle intervention on pregnancy and birth outcomes on obese infertile women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Fertility & Sterility*, 14(1): 1-9.
- Evans-Hoeker, E., Pritchard, D. A., Long, D. L., Herring, A. H., Stanford, J. B., Steiner, A. Z. (2013). Cervical mucus monitoring prevalence and associated fecundability in women trying to conceive. *Fertility and Sterility*, 100(4): 1033-1038.
- Farquhar, C. M., Bhattacharya, S., Repping, S., Mastenbroek, S., Kamath, M. S., Marjoribanks, J., Boivin, J. (2019). Female subfertility. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1): 1-21.
- Fata, S. (2017). Fertilité desteği alan kadınların stresini azaltmada hipofertilitenin kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(1): 60-66.
- Fentahun, N., Mamo, A. (2014). Risky sexual behaviors and associated factors among male and female students in Jimma Zone preparatory schools, South West Ethiopia: comparative study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 24(1): 59-68.
- Foucaut, A., Faure, C., Julia, C., Czernichow. S., Levy, R., Dupont, C. (2019). Sedentary behavior, physical inactivity and body composition in relation to idiopathic infertility among men and women. *Plos One*, 14(4): 1-15.
- García, D., Vassena, R., Prat, A., Vernaev, V. (2016). Increasing fertility knowledge and awareness by tailored education: A randomized controlled trial. *Reproductive BioMedicine Online*, 32(1): 113-120.

- Gaskins, A. J., Chavarro, J. E. (2018). Diet and fertility: A review. *American journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(4): 379-389.
- Gemicioğlu, S., şahin, H., Emrah, E. R. (2019). Türkiye’de doğurganlık analizi: Gelecekteki doğurganlık tercihlerinin önemi. *Sosyoekonomi*, 27(41): 223-234.
- Gölbaşı, Z., Kelleci, M. (2011). Sexual experience and risky sexual behaviours of Turkish university students. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283: 531-537.
- Gözüyeşil, E., Taşı, F., Arıöz Düzgün, A. (2019). 15-49 yaş kadınlarda meme kanseri endişesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Çukurova Tıp Dergisi*, 44(4): 1215-1225.
- Grieger, J., Grzeskowiak, L., Bianco-Miotto, T., Jankovic-Karasoulos, T., Moran, L. (2018). Pre-pregnancy fast food and fruit intake is associated with time to pregnancy. *Human Reproduction*, 33(6): 1063-1070.
- Gül, T., Yılmaz, G., Bayram, S., Dolgun, Z. N., Ege, S. (2014). The effect of occupational groups and use of alcohol and smoking in thrace on semen parameters. *Turkish Medical Student Journal*, 1(1): 7-11.
- Güngör, S. (2021). Ortaöğretim biyoloji öğretim programının üreme, çoğalma ve gelişme konuları açısından değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Matematik ve Fen Bilimleri Eğitimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, Ankara.
- Güngör, İ., Beji, N. K. (2009). İnfertil çiftlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirme ve hemşirenin rolü. *İnferilite Hemşireliği*. Acar Basım, İstanbul, 163-176.
- Hakimi, O. (2017). Effect of exercise on ovulation : A systematic review. *Sport Med*. 47(8): 1555–67.
- Håkonsen, L. B., Thulstrup, A. M., Aggerholm, A. S., Olsen, J., Bonde, J. P., Andersen, C. Y., et al. (2011). Does weight loss improve semen quality and reproductive hormones? Results from a cohort of severely obese men. *Reproductive Health*, 8(1): 24-32.

- Hamlacı, Y., Yılmaz, B., Özerdoğan, N. (2017). Çalışma hayatının erkek üreme sağlığına etkisi. *Androloji Bülteni*, 19(1): 16-21.
- Hammarberg, K., Setter, T., Norman, R. J., Holden, C. A., Michelmore, J., Johnson, L. (2013). Knowledge about factors that influence fertility among Australians of reproductive age: A population-based survey. *Fertility and Sterility*, 99(2): 502-507.
- Hampton, K. D., Mazza, D., Newton, J. M. (2013). Fertility-awareness knowledge, attitudes, and practices of women seeking fertility assistance. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5): 1076-1084.
- Hampton, K., Mazza, D. (2015). Fertility-awareness knowledge, attitudes and practices of women attending general practice. *Australian Family Physician*, 44(11): 840-845.
- Harper, J., Boivin, J., O'Neill, H. C., Brian, K., Dhingra, J., Dugdale, G., ... Balen, A. (2017). The need to improve fertility awareness. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 4: 18-20.
- Hasanpoor-Azghdy, S.B., Simbar, M., Vedadhir, A. (2015). The social consequences of infertility among Iranian women: A Qualitative Study. *International Journal of Fertility and Sterility*, 8(4): 409-420
- Heertum, K., Rossi, B. (2017). Alcohol and fertility: How much is to much?. *Fertility Research And Practice*, 3(10): 2-7.
- Homan, G.F., Davies, M., Norman, R. (2007). The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: A review. *Human Reproduction Update*, 13(3): 209-223.
- Ilacqua, A., Izzo, G., Emerenziani, G. P., Baldari, C., Aversa, A. (2018). Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on male fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 16(1): 1-11.
- İlçioğlu, K., Keser, N., Çınar, N. (2017). Ülkemizde kadın sağlığı ve etkileyen faktörler. *Women's Health and Affecting Factors in Turkey. Journal of Human Rhythm*, 3(3): 112-119.

- İyibozkurt, C. (2011). Menstrüel siklusun kontrolü: Beslenme ve reproduktif fonksiyon ilişkisi. *Türk Pediatri Arşivi*, 46: 107–10.
- Karataş, M., Gölbaşı, Z. (2021). Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık riskleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(2): 151-158.
- Kaya, A., Boz, İ. (2019). The development of the professional values model in nursing. *Nursing Ethics*, 26(3): 914-923.
- Kaya, Y., Beji, K., Aydın, Y., Hassa, H. (2016). Kadınlarda yaşam biçimi davranışlarının fertilité üzerine etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, (3): 190- 196.
- Kazu, H., Yıldırım, N. (2013). Öğretmenlerin bilişsel farkındalık stratejilerini kullanma düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 11(4): 323-342.
- Kesari, K., Agarwal, A. Henke, R. (2018). Radiations and male fertility. *Reprod Biol Endocrinol*, 1: 1–16.
- Kılınç, N. Ö. (2015). Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin kadınların üreme sağlığı tutumlarına ve öz-yeterliliklerine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Programı, Erzurum.
- Kudesia, R., Chernyak, E., McAvey, B. (2017). Low fertility awareness in United States reproductive-aged women and medical trainees: Creation and validation of the Fertility & Infertility Treatment Knowledge Score. *Fertility and Sterility*, 108(4): 711-717.
- Kulie, T., Slattengren, A., Redmer, J., Counts, H., Eglash, A., Schragar, S. (2011). Obesity and women's health: An evidence-basedreview. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(1): 75-85.
- Kursun, Z., Cali, S., Sakarya, S. (2014). The Standard Days Method: Efficacy, satisfaction and demand at regular family planning service delivery settings in Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 19(3): 203-210.

- Küçükkaya, B., Süt, H. K., Koyunoğlu, Y., Meral, K. A. Y. A., Yongaç, C. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin fertilitiyi etkileyen faktörlere ilişkin bilgi ve tutumları. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 1(1): 52-64.
- Lan, L., Harrison, C. L., Misso, M., Hill, B., Teede, H. J., Mol, B. W., Moran, L. J. (2017). Systematic review and meta-analysis of the impact of preconception lifestyle interventions on fertility, obstetric, fetal, anthropometric and metabolic outcomes in men and women. *Human Reproduction*, 32(9): 1925-1940.
- Lundsberg, L. S., Pal, L., Gariepy, A. M., Xu, X., Chu, M. C., Illuzzi, J. L. (2014). Knowledge, attitudes, and practices regarding conception and fertility: A population-based survey among reproductive-age United States women. *Fertility and Sterility*, 101(3): 767-774.
- Lyngsø, J., Ramlau-Hansen, C. H., Bay, B., Ingerslev, H. J., Hulman, A., Kesmodel, U. S. (2017). Association between coffee or caffeine consumption and fecundity and fertility: A systematic review and dose–response meta-analysis. *Clinical Epidemiology*, 699-719.
- Macit, M., Akdevelioğlu, Y. (2018). Fertilité ve kafein alımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Clin Exp Health Science*, 8: 138-145.
- Mahey, R., Gupta, M., Kandpal, S., Malhotra, N., Vanamail, P., Singh, N., Kriplani, A. (2018). Fertility awareness and knowledge among indian women attending an infertility clinic: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 18(1): 1-7.
- Marshall, M., Corkill, M., Whitty, M., Thomas, A., Turner, J. (2019). Stratification of fertility potential according to cervical mucus symptoms: achieving pregnancy in fertile and infertile couples. *Human Fertility*, 1–7.
- Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M., Stewart, A. (2009). Body awareness: Construct and self-report measures. *PloS ONE*, 4(5): e5614.
- Merhi, Z. (2012). Challenging cell phone impact on reproduction : A Review. *J Assist Reprod Genet*, 24: 293–7.

- Mu, Q., Hanson, L., Hoelzle, J., Fehring, R. J. (2019). Young women's knowledge about fertility and their fertility health risk factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48(2): 153-162.
- Nakhon, S. N., Limvorapitux, P., Vichinsartvichai, P. (2018). Knowledge regarding factors that influence fertility in Thai reproductive-age population living in urban area: A cross-sectional study. *Clinical and Experimental Reproductive Medicine*, 45(1): 38.
- Nishioka, E. (2018). Trends in research on adolescent sexuality education, fertility awareness, and the possibility of life planning based on reproductive health education. *Nippon Eiseigaku Zasshi (Japanese Journal of Hygiene)*, 73(2): 185–199.
- Oğul, Z. (2021). Adölesan ve gençlerde cinsel sağlık üreme sağlığı: Etkileyen faktörler ve sorunlar. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7(2): 149-165.
- Oltuluoğlu, H., Günay, U., Aylaz, R. (2014). İnfertil çiftlerin duygu durumları: niteliksel bir çalışma. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2): 92-98.
- Özen, B., Zincir, H., Erten, Z. K., Özkan, F., Elmalı, F. (2013). Genç Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 9(4): 200-204.
- Özevci, G., Ceyhan, B., Atakır, K. (2021). Artan cep telefonu kullanımının insan sağlığı üzerine etkileri. *Dünya Sağlık ve Tabiat Bilimleri Dergisi*, 4(2): 80-93.
- Özçelik, E. (2016). Natural family planning methods. *The Journal of Turkish Family Physician*, 7(3): 45-53.
- Özşahin Z., Altıparmak S. (2021). Determining the effects of women's fertility awareness levels on obstetric history. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 7(1): 132-142.
- Özşahin, Z. (2020). Fertilité farkındalığını arttırmaya yönelik sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınlarda fertilité farkındalığına etkisi. T.C İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Ana Bilim Dalı, Doktora Programı, Malatya.

- Park, J., Stanford, J. B., Porucznik, C. A., Christensen, K., Schliep, K. C. (2019). Daily perceived stress and time to pregnancy: a prospective cohort study of women trying to conceive. *Psychoneuroendocrinology*, 110: 1-6.
- Pedro, J., Brandão, T., Schmidt, L., Costa, M. E., Martins, M. V. (2018). What do people know about fertility? A systematic review on fertility awareness and its associated factors. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 123(2): 71-81.
- Perez Capotosto, M. (2021). An integrative review of fertility knowledge and fertility-awareness practices among women trying to conceive. *Nursing for Women's Health*, 25(3): 198–206.
- Pfeifer, S., Butts, S., Fossum, G., Gracia, C., La Barbera, A., Mersereau, J., ... Vernon, M. (2017). Optimizing natural fertility: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 107(1): 52-58.
- Pilz, S., Zittermann, A., Obeid, R., Hahn, A., Pludowski, P., Trummer, C., ... März, W. (2018). The role of vitamin D in fertility and during pregnancy and lactation: A review of clinical data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10): 1-19.
- Quinn, M. M., Cedars, M. I. (2018). Declining fertility with reproductive aging: How to protect your patient's fertility by knowing the milestones. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 45(4): 575-583.
- Renn, Y., Xie, Y., Xu, Q., Long, M., Zheng, Y., Li, L., Niu, C. (2023). University students' fertility awareness and its influencing factors: A systematic review. *Reproductive Health*, 20(1): 1-12.
- Reynolds, R., Gordon, A. (2018). Obesity, fertility and pregnancy: can we intervene to improve outcomes?. *Journal of Endocrinology*, 239: 47–55.
- Rooney, K., Domar, A., (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*, 20: 41–47.
- Salas-Huetos, A., James, E. R., Aston, K. I., Jenkins, T. G., Carrell, D. T. (2019). Diet and sperm quality: Nutrients, foods and dietary patterns. *Reproductive Biology*, 19(3): 219-224.

- Sansone, A., Sansone, M., Vaamonde, D., Sgrò, P., Salzano, C., Romanelli, F., Lenzi, A., Luigi, L. (2018). Sport , doping and male fertility. *Reprod Biol Endocrinol*, 16(114): 1– 12.
- Savucu, Y. (2020). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi*, 2(1): 34-43.
- Scarpa, B., Dunson, D. B., Colombo, B. (2006). Cervical mucus secretions on the day of intercourse: An accurate marker of highly fertile days. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 125(1): 72-78.
- Sharma, R., Biedenharn, K. R., Fedor, J. M., Agarwal, A. (2013). Lifestyle factors and reproductive health : Taking control of your fertility. *Reprod Biol Endocrinol*, 11(66): 1–15.
- Silva, E., Almeida, H., Castro, J. P. (2020). (In) Fertility and oxidative stress: New insights into novel redox mechanisms controlling fundamental reproductive processes. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*. Hindawi. Article ID 4674896: 1-2.
- Silvestris, E., Lovero, D., Palmirotta, R. (2019). Nutrition and female fertility:An Interdependent Correlation. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 10: 1–12.
- Simmons, R. G., Jennings, V. (2020). Fertility awareness-based methods of family planning. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 66: 68-82.
- Sørensen, N. O., Marcussen, S., Backhausen, M. G., Juhl, M., Schmidt, L., Tydén, T., Hegaard, H. K. (2016). Fertility awareness and attitudes towards parenthood among Danish university college students. *Reproductive Health*, 13(1): 1-10.
- Sözlü, S., Yılmaz, B., Nilüfer, A. C. A. R. (2017). Kahve tüketimi ve bazı hastalıklarla ilişkisi: son yıllarda yapılan insan temelli araştırmaların irdelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2): 33-39.
- Su, H. W., Yi, Y. C., Wei, T. Y., Chang, T. C., Cheng, C. M. (2017). Detection of ovulation, a review of currently available methods. *Bioengineering & Translational Medicine*, 2(3): 238-246.

- Suliga, E., Gluszek, S. (2019). The relationship between diet, energy balance and fertility in men. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, 1–13.
- Taberero-Rico, P. M., Garcia-Velasco, J. A. (2019). Observational study of the social determinants of health in subfertile versus nonsubfertile women. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 12(3): 240-246.
- Taşkın, L., (2016). Aile planlaması [içinde:] L. Taşkın (ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara. Özyurt Matbaacılık. Bölüm 22: 556-557.
- Taşkın, L., Zeyneloğlu, S., (2016). Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı [içinde:] L. Taşkın (ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara. Özyurt Matbaacılık. Bölüm 2: 1-15.
- Temizkan Sekizler, E., Daşkan, Z. (2021). Prekonsepsiyonel sağlık bakımı ve primer bakımda danışmanlık, *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(2): 94–105.
- Teskereci, G. (2010). İnfertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam tarzının yaşam kalitesine etkisi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, Antalya.
- Topdemir Koçyiğit, O. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkiler. *İnsanbilim Dergisi* , 1(1): 27-37.
- Will, E. A., Maslow, B. S., Kaye, L., Nulsen, J. (2017). Increasing awareness of age-related fertility and elective fertility preservation among medical students and house staff: A pre-and post-intervention analysis. *Fertility and Sterility*, 107(5): 1200-1205.
- Yang, F., Li, L., Chen, J. P., Liu, X. Q., Zhong, C. L., Yang, Y., ...Miao, M. H. (2017). Couple's infertility in relation to male smoking in a Chinese rural area. *Asian Journal of Andrology*, 19(3): 311-315.
- Yaşar, Ö., Akdeniz, Ş. (2020). Kozmetikler ve kişisel bakım ürünlerinin sağlığa olumsuz etkileri ve hemşirenin rolleri. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3): 118-125.

- Yıldız, A. (2020). Gebelerin öz bakım gücü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, Sivas.
- Yılmaz, G. (2012). İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin rolleri ve yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, İzmir.
- Yılmaz, F., Yardımcı, H. (2015). Beden kütle indeksinin infertilite üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.
- Yılmaz, T., Yeşiltepe Oskay, Ü. (2015). İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2(1): 100-112.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., ... van der Poel, S. (2017). The international glossary on infertility and fertility care. *Fertility and Sterility*, 108(3): 393–406.