



T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ VE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE OKUYAN
ÖĞRENCİLERİN CİNSEL SAĞLIK, ÜREME SAĞLIĞI VE ACİL
KONTRASEPSİYON HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE
DAVRANIŞLARI**

Dr. Yıldız DALKIRAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

KAHRAMANMARAŞ-2019



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
VE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE OKUYAN ÖĞRENCİLERİN
CİNSEL SAĞLIK, ÜREME SAĞLIĞI VE ACİL KONTRASEPSİYON
HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Yıldız DALKIRAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

KAHRAMANMARAŞ-2019

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA
(Tez Onay Formu)

Arş. Gör. Dr.Yıldız DALKIRAN tarafından hazırlanan“KSÜ Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Cinsel Sağlık, Öreme Sağlığı ve Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Tutum ve Davranışları” adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

(imza)
Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM
Dekan

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık tezi olarak 04/10/2019... tarihinde kabul edilmiştir.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı		Anabilim Dalı	İmza:
Başkan	Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
		Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv.	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Celal KUŞ	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
		Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv.	
Üye	Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
		İstanbul Üniversitesi	

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : 04 / 10 / 2019

Prof. Dr. Mehmet BAKIRBAĞCI
Dekan

Dekan

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın gerçekleştirilmesinde, bilgilerini benimle paylaşan, sabırla ve büyük bir ilgiyle bütün bu süreçte desteğini, güler yüzünü ve samimiyetini hiçbir zaman esirgemeyen kişiliğini ve mesleki duruşunu kendime örnek aldığım değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM'a,

Bilgi birikimi ve enerjisiyle bize yol gösteren, samimiyetiyle her zaman destek olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Celal KUŞ'a

Asistanlık eğitimi süresince beraber çalıştığımız acısıyla tatlısıyla birçok şey paylaştığımız ve hepsini çok sevdiğim yardımsever, düşünceli KSÜ Aile Hekimliği ABD'de çalışan bütün asistan arkadaşlarıma,

Eğitimime katkıda bulunan KSÜ Tıp Fakültesi Hastanesi diğer bölümlerinde çalışan değerli hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma;

Varlıklarına her zaman şükrettiğim her anımda yanımda olan ve benimle aynı duyguları paylaşan sevgili ablalarım Hatice ÇABUK, Sibel ARMUT ve kardeşim Hulusi KARAHANLI'ya,

Öğrenciliğimden bu yana bana her konuda destek olan, eğitim hayatıma büyük katkıları olan ve bu mesleği sevmemde çok büyük rolü olan, kendisiyle meslektaş olmaktan çok keyif aldığım çok değerli hocam ve eşim Dr. Öğr. Üyesi Tahir DALKIRAN'a

Bugünlere gelmemde çok fazla katkısı olan gücünü ve desteğini her zaman arkamda hissettiğim sevgili babam Osman ARMUT'a,

Hayatım boyunca beni nazlayan, bana koşulsuz şartsız en büyük sevgiyi sunan, her zaman bana destek olmuş ve halen olmaya devam eden, hayatımın en büyük teşekkürlerini sunduğum sevgili annem Elmas ARMUT'a,

En büyük mutluluk kaynağım, hayatımın en değerli ve en anlamlı varlıkları olan büyük ailemin minik üyeleri canım kızım Fatma Zehra DALKIRAN ve canım oğlum Ahmet DALKIRAN'a, Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Kasım 2019

Yıldız DALKIRAN

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ VE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE OKUYAN ÖĞRENCİLERİN CİNSEL SAĞLIK, ÜREME SAĞLIĞI VE ACİL KONTRASEPSİYON HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE DAVRANIŞLARI

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Dr. Yıldız DALKIRAN

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Kasım 2019

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin cinsel sağlık, üreme sağlığı, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve kontraseptif yöntemler hakkında bilgi düzeyinin belirlenmesi ve bu konulardaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal Metod: Çalışmamız 03.04.2019-03.06.2019 tarihleri arasında KSÜ Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinde öğrenim gören, çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmayı kabul eden toplam 300 öğrenciye uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini oluşturan 715 tıp fakültesi öğrencisi ve 741 sağlık bilimleri fakültesi öğrencisinden örneklem büyüklüğü 300 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere sosyodemografik soruların yanı sıra konuyla ilgili literatür taranarak oluşturulan cinsel sağlık/üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, aile planlaması, kontrasepsiyon ve acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanan 65 soruluk anket uygulanmıştır. İstatiksel analiz SPSS 21.0 for Windows (SPSS, Inc.; Chicago, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya KSÜ Tıp Fakültesi'nden 150 tıp öğrencisi, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden 90 hemşirelik ve 60 ebelik öğrencisi katılmıştır. 25 yaş üzeri öğrenci sıklığı tıp fakültesi için %9,3, hemşirelik bölümü için %37,8 ve ebelik bölümü için %23,3'tür (**p<0,001**). Ebelik bölümünde hiç erkek öğrenci yokken; hemşirelik bölümündekilerin %32,2'si ve tıp fakültesindekilerin %51,3'ü erkektir (**p<0,001**). Anne ve baba eğitim durumu açısından üniversite ve üzeri eğitime sahip olanlar tıp öğrencilerinde anlamlı derecede yüksektir (**p<0,001**). Tıp öğrencilerinin cinsel yolla

bulaşan hastalıklarda puanları diğer öğrencilerinkinden anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,001$). Yaş gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırıldığında, Hemşirelik öğrencileri içinde 25 yaş ve üzeri grubun aile planlaması hakkındaki bilgi puanı, 18-24 yaş grubundan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,002$). Ebelik öğrencileri içinde 25 yaş ve üzeri grubun aile planlaması ve acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi puanı, 18-24 yaş grubundan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,013$; $p<0,001$). Tıp öğrencileri içinde sınıflar arasında bölüm 3, 4 ve 5 bilgi puanları sınıf yükseldikçe anlamlı şekilde artmaktadır ($p<0,001$). Hemşirelik öğrencileri içinde sınıf grupları arasında üst sınıfların bölüm 3 ve 4 bilgi puanı, alt sınıflardan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,027$; $p<0,001$). Ebelik öğrencileri içinde üst sınıfların bölüm 4 ve 5 bilgi puanı, alt sınıflardan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,001$; $p=0,002$).

Sonuç: Çalışmamıza katılan öğrencilerin yeterli bilgi düzeyine sahip olma oranları çok iç açıcı bulunmamıştır. Çalışmaya katılan öğrenciler bu konulardaki bilgilerden meslek hayatları boyunca sorumlu oldukları için bu öğrencilerin bilgi düzeylerini artırmak adına eğitim sisteminde bazı değişiklikler yapılması daha iyi sonuçlar olmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Üreme sağlığı, Cinsel sağlık, Cinsel yolla bulaşan hastalık, Aile planlaması, Acil kontrasepsiyon, Ertesi sabah hapi, Öğrenci

Sayfa Adedi : 133

Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY FACULTY OF
MEDICINE AND HEALTH SCIENCES FACULTY STUDENTS KNOWLEDGE
AND BEHAVIOR ABOUT SEXUAL HEALTH, REPRODUCTIVE HEALTH
AND EMERGENCY CONTRACEPTION**

Specialization Thesis

MD Yıldız DALKIRAN

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY FACULTY OF
MEDICINE**

November-2018

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the level of knowledge of students studying at Kahramanmaraş Sütçü İmam University Faculty of Medicine and Faculty of Health Sciences about sexual health, reproductive health, family planning, sexually transmitted diseases and contraceptive methods and to evaluate their attitudes and behaviors on these subjects.

Material Method: Our study was applied to 300 students who were educated at KSU Faculty of Medicine and Health Sciences between 03.04.2019-03.06.2019 and were informed about the study and accepted to study. The sample size of 715 medical faculty students and 741 faculty of health sciences students which constitute the population of the study was calculated as 300 people. In addition to sociodemographic questions, a questionnaire consisting of 65 questions about sexual health / reproductive health, sexually transmitted diseases, family planning, contraception and emergency contraception was applied to the students. Statistical analysis was performed using SPSS 21.0 for Windows (SPSS, Inc., Chicago, USA).

Results: 150 medical students from KSU Faculty of Medicine, 90 nursing students from Faculty of Health Sciences and 60 midwifery students participated in the study. The frequency of students older than 25 years is 9.3% for medical school, 37.8% for nursing department and 23.3% for midwifery department (**p <0.001**). There were no male students in the midwifery department; 32.2% of the nursing department and 51.3% of the medical faculty were male (**p<0,001**). In terms of educational status of parents, those with university or higher education were significantly higher in medical students

($p < 0.001$). The scores of medical students in sexually transmitted diseases were significantly higher than those of other students ($p < 0.001$). When the department information scores were compared according to age groups, the knowledge score about family planning among the nursing students 25 years and older was significantly higher than the 18-24 age group ($p = 0.002$). Among midwifery students, the knowledge score on family planning and emergency contraception was significantly higher in the 25-year-old group than in the 18-24-year-old group ($p = 0.013$; $p < 0.001$). Among the medical students, the information scores of the departments 3, 4 and 5 increase significantly as the class increases ($p < 0.001$). For nursing students, chapters 3 and 4 knowledge scores of the upper classes were significantly higher among the class groups than the lower classes ($p = 0.027$; $p < 0.001$). Among midwifery students; the knowledge scores of sections 4 and 5 of the upper classes were significantly higher than the lower classes ($p < 0.001$; $p = 0.002$).

Conclusion: The rate of having sufficient knowledge of the students participating in our study was not found to be very good. As the students participating in the study were responsible for the information on these subjects throughout their professional lives; making some changes in the education system to improve the knowledge level of these students may lead to better results.

Keywords: Reproductive health, Sexual health, Sexually transmitted diseases, Family planning, Emergency contraception, Next morning pill, Student

Page Number : 133

Advisor : Assist. Prof. Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER KISALTMALAR.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Cinselliğin Tanımı ve Tarihçesi.....	3
2.1.1. Normal cinsellik.....	3
2.1.2. Kadın genital organ anatomisi ve fizyolojisi.....	3
2.1.3. Erkek genital organ anatomisi ve fizyolojisi.....	4
2.1.4. Cinselliğin nörofizyolojisi.....	4
2.1.5. Cinselliğin evreleri.....	6
2.2. Üreme Sağlığı.....	7
2.2.1. Üreme sağlığının tanımı ve kapsamı.....	9
2.2.2. Üreme sağlığının amaçları (35).....	9
2.2.3. Üreme hakları ve üreme sağlığında yasal durumlar.....	10
2.2.4. Aile hekimliğinde üreme sağlığı hizmetleri.....	11
2.2.5. Cinsel sağlık eğitim programları.....	12
2.2.5.1. Dünyada cinsel sağlık eğitimi.....	14
2.2.5.2. Türkiye’de cinsel sağlık eğitimi.....	16
2.3. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH).....	16
2.4. Aile Panlaması.....	20
2.4.1. Aile planlamasının sosyo-ekonomik yönden önemi.....	23
2.4.2. Aile planlamasının duygusal yönden önemi.....	23
2.4.3. Aile planlamasının sağlık açısından önemi.....	23
2.4.4. Aile planlamasının tıbbi önemi.....	23
2.4.5. Aile planlaması için evlenmeden önce sağlıkla ilgili yapılması gerekenler.....	24
2.4.6. Aile planlamasının anne açısından yararları.....	24

2.4.7. Aile planlamasının çocuk sağlığı açısından yararları.....	25
2.4.8. Aile planlamasının toplum sağlığı açısından nedenleri.....	25
2.4.9. Aile planlaması yöntemleri.....	25
2.4.9.1. Geleneksel aile planlaması yöntemleri:	25
2.4.9.2. Modern yöntemler:	26
2.4.9.3. Cerrahi yöntemler.....	27
2.4.9.4. Acil kontrasepsiyon.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı.....	33
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.3. Katılımcıların Seçimi	33
3.3.1. Çalışmaya dâhil olma kriterleri.....	33
3.3.2. Çalışmaya dâhil olmama kriterleri.....	33
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	34
3.5. Veri Analizi-İstatistiksel Yöntemler	34
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIşMA	72
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	94
7. KAYNAKLAR	105
8. şEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ.....	118
9. TABLOLAR DİZİNİ.....	119
10. EKLER DİZİNİ.....	122
11. EKLER.....	123

SİMGELER KISALTMALAR

CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü'nün
CS/ÜS	: Cinsel sağlık/Üreme sağlığı
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrom
AP	: Aile Planlaması
BM	: Birleşmiş Milletler
CEDAW	: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women- Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi
ABD	: Amerika Bileşik Devletleri'nde
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı'nın
ERDEP	: Ergenlik Dönemi Değişimi Projesi
HAV	: Hepatit A virüs
HBV	: Hepatit B virüs
HCV	: Hepatit C virüs
UNAIDS	: Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı
ICPD	: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development)
CDC	: "Centers for Disease Control and Prevention"
RIA	: Rahim içi araç
EE	: Etinil östradiol
LNG	: Levonorgestrel
UPA	: Ulipristal Acetate
SPRM	: Selektif progesteron reseptör modülatörüdür
LH	: Lüteinizan hormon
Cu-T 380 A	: Bakır içeren RIA
DMPA	: Depo medroksiprogesteron asetat
AK	: Acil kontrasepsiyon

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyanın birçok yerinde genç nüfusun giderek artması özellikle genç bireylerin üreme sağlığı hakkındaki ihtiyaçlarının artmasıyla bu konudaki eğitimlerin artmasına sebep olmuştur. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), kontrasepsiyon yöntemler gibi konularda yeterli bilgiye sahip olmayan adölesanların ve gençlerin istenmeyen gebeliklere aynı zamanda CYBH'ye daha fazla maruz kaldıkları görülmüştür. Bu durum onlarda fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal sorunlar görülmesine neden olmaktadır (1).

“Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre üreme sağlığı; “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil; tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması” dır” (2-4). “Bu nedenle beraber birlikte üreme sağlığı bireylerin güvenli bir cinsel yaşama, üreme özelliğine ve bu özelliği kullanıp kullanmamayacağına, kullanma zamanı ile sıklığı hakkında karar verebilme yetisini ve özgürlüğüne sahip olmaları demektir” (5-7).

Üreme sağlığı her iki cinsiyeti de etkileyen özellikle kadınlar için ayrıca özel bir öneme sahip olan toplumsal bir konudur. Kadınlar; gebelik ve doğum komplikasyonları, önlenebilir ve istenmeyen gebelik durumları, tehlike oluşturabilecek düşük komplikasyonları, üreme sistemi enfeksiyonları ve CYBH komplikasyonları gibi sorunlarla erkeklere oranla daha fazla maruz kalmaktadırlar. Cinsel sağlık/Üreme sağlığı (CS/ÜS) hakkındaki bilgi eksiklikleri kadınları ve erkekleri özellikle genç bireyleri çok etkilemektedir. Üreme çağındaki kadınlarda doğurganlık, anne mortalite ve morbiditesi, CYBH nedeniyle kadınların sağlıklı yaşam süresinin %36'sını etkilemekteyken erkeklerde bu oran %12'dir. Bu durum erkeklerin kadınlar kadar CS/ÜS problemlerinden etkilenmediğini gösteriyor fakat erkeklerin rolünün gebelikten korunmak için kontrasepsiyon kullanımı ve kontrasepsiyon tercihi, doğum aralıkları ve doğum sıklığı gibi konularda kadın sağlığı üzerine etkisi ve önemi büyüktür (8,9).

DSÖ 2006 Küresel Strateji Raporu'nda Human immunodeficiency virus (HIV)'de dâhil olmak üzere her gün yaklaşık bir milyon kişinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla enfekte olduğunu belirtmiştir. Gelişmekte olan ülkeler bu hastalıkların getirdiği zararın, ülke ekonomilerine %17'lere varan maliyete neden olduğunu belirtmişlerdir (10).

Her yaşıta ihtiyaç duyulan cinsel sağlık bilgileri, yetişkinliğe hazırlanmada daha fazla önem taşımaktadır. Genel sağlık tanımının bir parçası olan CS/S hakkında verilen eğitimler özellikle üreme çağındaki bireyleri ve toplumu CYBH, istenmeyen gebelik, yasal ve sağlıklı olmayan küretaj, cinsiyet eşitsizliği ve ayrımcılığı, cinsel şiddet gibi yönetimi zor olan konulardan korumaktadır. Literatürdeki alışmalar erkeklerin cinsellik, üreme sağlığı gibi konularda daha az bilgi sahibi olduğunu gösterdiği için bu konulardaki eğitimlerde erkek çocuklara ve ergenlere ayrıca zen gösterilmesi büyük önem taşımaktadır (11).

CS/S konusunda en yetkin olan, bu konulardaki bilgi düzeyleri en yüksek olması gereken kişiler doktorlar, hemşireler ve ebelerdir. Toplumumuzda insanların cinsel sağlık/üreme sağlığı konularında yeterince bilinçli olmadıkları görüşünden yola çıkarak bu konularda bilgi sahibi olmakla ve meslek hayatları boyunca danışanlarını bilgilendirmekle sorumlu olan ve kendileri de genç popülasyonda olan KS Tıp Fakültesi, Hemşirelik ve Ebelik bölümü ğrencilerinin CS/S ve aile planlaması (AP) konularındaki bilgi düzeyini değerlendirmek ve bu konulardaki farkındalığı artırmak, eğitim sistemindeki eksikliklerin belirlenmesine yardımcı olmak amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinselliğin Tanımı ve Tarihçesi

İnsanlarda doğuştan beri var olan hayatın doğal ve olması gereken bir parçası olan cinselliğin, insan hayatında önemli bir yeri vardır. İnsanları diğer canlılardan ayıran özellik olarak üreme dışında da haz almaya yönelik cinsel davranışlar göstermeleridir. (12).

“DSÖ sağlıklı cinsel yaşamı, “kişinin, somatik, duygusal, entelektüel yönlerini olumlu yönde tamamlayan, zenginleştiren ve kişiliği, sevgiyi geliştiren bir kavram” olarak tanımlamaktadır” (13). Cinsel ilgi ve performansın aynı bireyde farklı zamanda, farklı partnerle ya da duygu durumunu etkileyen herhangi bir durumla değişiklik gösterebileceği gibi kişilere göre büyük farklılıklar gösterebilir. Cinsellik kişinin genetik, biyolojik ve kişilik özellikleriyle iç içedir ve kişinin yaşadığı çevre, kabullendiği kültür ve inançları cinsel davranışlarını etkiler (14).

Kinsey ve ark.’ın 1938 ile 1952 yılları arasında yaptığı cinselliğe ilişkin ilk kapsamlı araştırmada, insan cinsel davranışlarına yönelik istatistikler yer almaktadır. Bugünkü insan cinsel fizyolojisi ile ilgili elde edilen bilgilerin temelini Masters ve Johnson’ un yazdıkları “İnsanda Cinsel Davranış” adlı kitapta yer alan cinsellikle ilgili bilgiler oluşturmaktadır (15).

2.1.1 Normal cinsellik

Cinsel işlevler; başrolde merkezi sinir sisteminin yer aldığı, beş duyu organının ve genital organların yönettiği üzere, birçok hormon ve kimyasal maddenin rol aldığı ve tüm vücudun katıldığı bir süreçtir.

2.1.2. Kadın genital organ anatomisi ve fizyolojisi

Dış genital yapı ve organlar; “labium majör, labium minör, klitoris, üretral açıklık ve vajen girişinden oluşmaktadır.” İç genital yapı ve organlar; serviks, uterus, fallop tüpleri ve overlerden oluşmaktadır. Genital organların görünümü kişinin genetik, biyolojik ve fiziksel yapısına göre değişiklik gösterebilir (16). Vajinal duvarları örten mukoz membranın oluşturduğu çeşitli transvers kıvrımlar meydana gelir. Koitus esnasında penise uyum sağlayabilmesi için vajen boyunda ve eninde artış meydana gelir (14). Vajinayı çevreleyen damarlardan sızan transüda (proteinden fakir hücrelerarası sıvı)

özelliğindeki sıvı, vajinayı ıslatıp, kayganlaştırarak ve cinsel ilişkinin kolaylaşmasına katkıda bulunur. Vajinanın sadece 1/3'lük dış bölümü cinsel yönden uyarılabilir, diğer 2/3'lük kısmı sadece basıncı algılar (16). Klitoris damar ve sinir yönünden zengin bir bölge olduğu için özellikle baş kısmı uyarılma yönünden yüksek derecede hassastır. Cinsel uyarılma anında klitoris genişler ve şişer. Üstü klitoris başlığı denen yapıyla kaplıdır ve özellikle orgazmın oluşmasında bu başlığın klitorise sürtünmesinin rolü büyüktür. Heyecanlanma döneminde ufak bir uyarılma, fantezi kurgulanması dahi klitorisin çapının artmasını sağlar. Ayrıca klitorisin gövdesi ve yanlarındaki bacakları da kanla dolar ve şişer; küçük dudakların çevresinde oluşan basınçla haz duyulmasını sağlarlar. Klitoris gövdesi %10-20 oranında büyür ve bu durum erkekteki ereksiyona (sertleşme) karşılık gelmektedir (16).

2.1.3. Erkek genital organ anatomisi ve fizyolojisi

Erkek dış genital organları; "penis, skrotum ve testisler; iç genital organları ise prostat ve sperm kanallarından oluşmaktadır" (16). Penis, baş ve gövde olmak üzere iki kısma ayrılır ve yapısında yağ dokusu yoktur. Penisin tüm bölgeleri uyarılmaya duyarlıdır. Penis başında bulunan frenulum adındaki bölge, sünnet derisinin penisin gövdesine tutunmasına yardımcı olur aynı zamanda penisin cinsel uyarılma açısından hassas bir bölgesidir. Süngerimsi yapılar kanla dolduğunda penisin sertleşmesi gerçekleşir. Erkeklerde idrar ve meni, kadınlardaki mekanizmadan farklı olarak, her ikisinde tek kanaldan idrar yolundan gelmektedir (16). Penisin alt kısmında skrotum denilen deri ile örtülü, sağ ve sol olmak üzere iki lobdan oluşan testisler yer alır. Erkeğin cinsel uyarılması sırasında rol oynayan skrotumun oldukça esnek bir yapısı vardır ve bu özelliği testisleri dışarıdan gelecek darbelerle, travmalara karşı korur (16). Prostat bezi üretra başlangıcında mesane tabanına yerleşmiştir. Boşalma sırasında meni sıvısına spermleri uyarıcı maddeler salgılar ve boşalma esnasında kasılıp, idrar kanalının idrar kesesine giren bölümünün kapanmasını sağlar ve meninin geriye, mesaneye kaçmasını engeller (16)

2.1.4 Cinselliğin nörofizyolojisi

Merkezinin beyin olduğu nöral akslar sayesinde cinsellikte; otonom sinir sisteminin, endokrin sistemin rol aldığı nörotransmisyonun düzenlenmesi gibi işlemler gerçekleşir (17). Limbik sistem ve hipotalamus beyinde cinsel işlevlerden sorumludur. Cinsel

davranışları yöneten merkezlerin, erkekte anterior hipotalamik medyal preoptik çekirdek, kadında posterior hipotalamik ventromedyal çekirdek olduğu düşünülmektedir. Dopaminin cinsel istek, cinsel dürtü ve fantezilerin gelişmesinde, bu yöndeki en önemli hormon olduğu bilinmektedir. Cinsel fonksiyonların indüklenmesinde büyük ölçüde, mezolimbik dopaminerjik yolakta fonksiyon gören dopaminin rol oynadığı kabul edilmektedir (17).

Testesteronun, her iki cinsten de libido üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Orgazm sırasında plazma oksitosin düzeyi kadınlarda da erkeklerde de artış göstermektedir(14). Serotonin, mezolimbik dopaminerjik aktiviteyi düşürüp ve prolaktin seviyesini artırır ve bu durum cinsel istekte azalmaya sebep olur. Presinaptik adrenerjik transmisyonu engelleyerek de orgazmı geciktirebilir ve orgazm sırasında kasılmış olan düz kaslarda yaptığı etki ile ejakülasyonun inhibisyonuna neden olur. Serotoninin aynı zamanda periferik sinirlerden kaynaklanan sensöriyel iletinin azalmasına sebep olduğu düşünülmektedir (18). Östrojenin kadınlarda sevişme ve cinsel birleşme isteğinin artırdığı bilinmektedir aynı zamanda vajinal dokunun bütünlüğünün korunmasında, genital vazokonjesyon ve vajinal lubrikasyonda rol almaktadır. Progesteron cinsel isteği ve sevişme arzusunu azaltır (19). Prolaktinin de progesteron gibi cinsel isteği ve performansı azaltıcı etkisi vardır. Asetilkolin; korpus kavernozumdaki düz kaslar üzerine yaptığı etkiyle kan akımının artmasını, ereksiyonun gerçekleşmesini ve genital sekresyonların ve NO, VIP gibi transmitterlerin sentezini ve salgılanmasını sağlar (20). Cinsel organların sinirsel iletimi, daha çok otonom sinir sistemi sayesinde gerçekleştirilmektedir. Parasempatik iletim; erkekte ereksiyondan, kadında klitoriste kabarma ve vajinal lubrikasyon olaylarından sorumluyken, sempatik sistem; orgazm esnasında, erkekte ejakülasyondan ve kadında düzenli kasılmalardan sorumludur (14,21).

Cinsel terapilerin en önemli kurucularından biri olan H. Singer Kaplan; cinsel işlevlerin bifazik niteliğine değinmiş, cinsel yanıt evrelerini klinik açıdan tekrardan sınıflandırıp bunlara cinsel isteği de ilave etmiştir. Masters ve Johnson, insandaki cinsellik süresini yaşanan fizyolojik değişikliklere göre dört ayrı evreye ayırmıştır. Bu evreler; uyarılma evresi, plato evresi, orgazm evresi ve çözülme evreleri olmak üzere dört bölüme ayrılmıştır. Erkeklerdeki ve kadındaki cinsel döngü değişkenlik göstermektedir (17).

2.1.5 Cinselliğin evreleri

Cinsel İstek fazı: Bu bölüm cinselliğin daha çok psikolojik yönünü, birey tarafından istenmeyi, uyarılmayı ve arzulanmayı kapsamaktadır. Cinsel döngünün en önemli evresi olan bu evrede isteğe göre, bireyin cinselliği başlatacak iletişim, ortam, fantezi, partner ilişkileri gibi çok yönlü davranışları gerçekleştirmesini sağlayacak motivasyonun oluşması sağlanır (16).

Uyarılma fazı: Bu evrede erotik duygu ve düşüncelerin ortaya çıkmasıyla veya herhangi bir fiziksel ya da psikolojik uyarı ile de gerçekleşebilen, erkekte ereksiyon, kadında ıslanma (lubrikasyon), kadın cinsel organında ve meme uçlarında kabarma meydana gelir. Yaygın olarak vazokonjesyon ve kas geriliminde artış gibi fizyolojik değişimler görülür. Uyarılma evresi, kişiye uyan yeterli sürede ve yoğunlukta sürmekte olan cinsel uyarı karşısında oldukça kısa olabildiği gibi, kişiye uymayan cinsel uyarı durumunda da uzun sürebilir ya da tamamen kaybolabilir. Bu evre boyunca, cinsel uyarı devam ediyor olsa da, dış etkenlerden kaynaklı herhangi bir değişiklik veya psikolojik gerginlik sebebiyle sertleşme kısmen ya da tamamen ortadan kalkabilir. Cinsel uyarı devam ettiğinde yeniden sertleşme sağlanabilir (16,17,19).

Plato evresi: Uyarılma evresinden sonra cinsel uyarının devam etmesi ve cinsel heyecanın artması ile beraber, plato evresine girilir. Tam da bu evrede haz duyma ve cinsel gerilim git gide yükselir ve orgazma geçilebilecek zamana değin sürer ve orgazm evresine girene kadar devam eder. Plato evresinin süresi bireyler arasında hatta aynı kişide farklı zamanlarda ve farklı ortamlarda bile değişiklik gösterebilir. Erken boşalma sorunu yaşayan erkeklerde bu süre aşırı kısadır (16,17).

Orgazm evresi: Orgazm evresinde beyinde haz merkezince algılanan oldukça kuvvetli bir haz duygusu yaşanır ve diğer evrelere göre süresi oldukça kısadır. Orgazm; kadında klitoris ve vajinada yoğunluk kazanırken, erkekte ise penis ve prostatta yoğunlaşır. Bu evrede; erkekte prostattan üretra boyunca düzenli kasılmalar gerçekleşerek ejakülasyon meydana gelirken, kadında ise perine ve vajina çevresindeki kaslarda ritmik istemsiz kasılmalar gerçekleşir. Kadın ve aynı zamanda erkekte de güçlü 3-5 kasılma ve devamında giderek şiddeti azalan kasılmalar gerçekleşir. Bu kasılmaların şiddeti kişiden kişiye ve cinsel ilişkiden alınan hazza göre değişkenlik gösterebilir (16,17).

Çözülme evresi: Cinsel döngünün son aşaması olan bu evrede yaşanan cinsellik sonrasında orgazm yaşanmış ise hemen sonrasında, orgazm yaşanmamış ise plato evresini takiben, genital bölgelerde ve vücudun diğer kısımlarında önceki aşamalarda meydana gelen fizyolojik değişiklikler oluşum sırasına göre giderek kaybolur. Çözülme evresinin süresi; cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığı durumuna veya nasıl bir şiddette yaşandığına aynı zamanda cinsel uyarının devam edip etmemesine göre değişiklik gösterir. Kadınlar orgazm sonrası cinsel uyarı devam ederse yeniden orgazm olabilirler. Bu durum erkeklerde farklıdır ve erkeklerde orgazm sonrasında refrakter dönem olarak tanımlanan fizyolojik çözülme gerçekleşir. Bu dönemde beyinde cinsel alanlarda aktivite azalır ve buna bağlı olarak cinsel istek azalma olur, ve penis cinsel açıdan bir süre uyarılmaya tepki veremez. Bu süre kişiden kişiye değişkenlik gösterip genellikle yaş arttıkça süre uzar. Kadınların beyindeki cinsel bölgelerinde aktivite orgazm sonrasında da devam ettiği için kadınlar bu evrede cinsel açıdan aktifken erkekler bu evrede aktif değildir. Kadınlar fizyolojik olarak bir orgazmın sonrasında tekrar tekrar çoğul orgazm yaşayabilirler (16,17).

2.2.Üreme Sağlığı

“DSÖ, 10-19 yaş arasını adölesan dönemi, 15-24 yaş arasını ise gençlik dönemi olarak tanımlamaktadır” (22,23). Dünya nüfusunun % 20’sini oluşturan 15-24 yaşları arasında 1,6 milyar genç insan bulunmaktadır (24). Türkiye’de de aynı şekilde toplam nüfusun yaklaşık % 20’sini genç insanlar oluşturmaktadır (25).

İnsanların cinselliklerini yaşarken karşılaştıkları sorunlar ve bilgi yetersizliğinden dolayı plansız gebelikler, bilinçsiz ve sağlıklı olmayan gebelik sonlandırmaları, cinsel istismar, cinsel şiddet sorunları ve CYBH’lerin yayılması gibi bedensel, ruhsal ve fiziksel toplumsal sağlık sorunları meydana gelmektedir (11).

Cinsellik, erken çocukluk çağından yaşam sonuna kadar hayat boyu devam eden bir cinsel kimliği benimseme, cinsel tercih ve üreme işlevi gibi konuları kapsayan bir kavramdır. Tüm öğeleriyle birlikte kişiyi zenginleştiren ve karakteristik özelliklerinin oluşmasında önemli rolü olan bir yaşam özelliğidir (11,26). Cinsel birlikteliğe başlama yaşı, CS/ÜS’ni etkileyen önemli bir faktördür. Cinsel olarak aktif olan bireylerin çoğu, ilk cinsel ilişki deneyimlerini küçük yaşlarda ve genellikle yeterli cinsel bilgiye sahip olmadan yaşamaktadırlar. Cinsel aktivitenin dürtüsel bir durum olduğu düşünülmesine karşın, kadınlarda çoğu zaman psikososyal etkenlerce belirlenmektedir. Kültürlerin

değişik etkisiyle ilk cinsel deneyim yaşı ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Ülkemizde yapılan ergenlerin ve gençlerin CS/ÜS'ye yönelik sınırlı sayıdaki çalışmalarda, daha çok üreme sağlığına yönelik bilgiler ölçülmüştür. Türkiye'de yapılan bu çalışmalarda adölesan ve gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu gösterilmiştir. Ülkemizde özellikle aile ve gençler arasında cinselliğin hala bir tabu niteliğinin devam ediyor olması, CS/ÜS konularında bilgi düzeyinin düşük olmasının asıl nedenlerindendir (27).

Türkiye'nin de içinde olduğu DSÖ Avrupa Bölgesi'nin 21. yüzyılda ulaşmayı amaçladığı "Öncelikli 21 sağlık hedefi" nde önem sırasına göre ilk sıralarda "Yaşama sağlıklı başlangıç" ve "Gençlerin sağlığının geliştirilmesi" hedefleri yer almaktadır. Cinsel eğitimin daha etkin ve yaygın olarak uygulanmasının bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde önemli bir rolü vardır (28). Cinsel ve üreme sağlığına ilişkin eğitimlerin verilmesi durumunda cinsel birliktelik yaşının düşeceği düşünülüp bu durum tartışma konusu olmaktadır. Ancak DSÖ'nün Acquired Immune Deficiency Syndrom (AIDS) ile ilgili programı kapsamında uygulanan çalışmalarda, okullarda CS/ÜS eğitimlerinin verilmesinin erken yaşta cinsel ilişkiye neden olduğuna dair herhangi bir sonuca rastlanılmamıştır. Aksine verilen bu eğitimlerin gençleri, cinsel ilişkiden kaynaklanabilecek sorunlara karşı koruduğu düşüncesine varılmıştır (27).

Ülkemizdeki kadınların bedenlerinin nasıl çalıştığı, cinsellik, sağlık sorunları, AP, menopoz, düşük ve gebelik hakkında, CYBH ve bununu gibi CS/ÜS hakkında birçok konuda bilgiye ihtiyaçları vardır (29). Sıklıkla ergenlik yaşlarında başlayan cinsel bilginin kaynağı arkadaş çevresi, pornografik yayınlar, gazete, dergi, kitap gibi yayınlardan oluşmaktadır. Bu kaynaklar büyük oranda eksik ve hatalı bilgi aktarabildiği gibi cinsellikle ilgili önyargı ve mitlerin doğru olarak kabul edilmesine katkıda bulunurlar. Bu mitlerin pekişmesinde pornografik yayınların katkısı büyüktür. Cinsel mitler eğitim düzeyi yüksek gruplar arasında, hatta doktorlar arasında da oldukça yaygındır (30).

Adölesan ve gençler, CYBH, istenmeyen gebelikler, düşükler, gebelik ve doğum komplikasyonları gibi ciddi risk taşıyan durumlarla giderek daha da fazla karşılaşmakta ve bu durumlar karşısında savunmasız kalmaktadırlar. Bu konuda yapılan çalışmalar CS/ÜS ilgili eğitim ve hizmet alan gençlerin; cinsel deneyim yaşının geciktiğini, çok eşlilik gibi riskli cinsel davranışlardan kaçındığını ve dolayısı ile istenmeyen gebeliklerin ve CYBH'nin azaldığını göstermektedir (31). Devlet yöneticileri, anne-

babalar, sağlık çalışanları, sağlık sektöründeki yöneticiler ve eğitimciler gençleri doğru bilgilendirerek ve onlara danışmanlık hizmetleri sunarak; gençlerin daha sağlıklı ve bilinçli bireyler olmalarına yardımcı olmalıdırlar. Sağlık ve eğitim kurumlarında cinsellikle ilgili danışmanlık hizmeti verecek birimler kurulmalı ve gençler bu programlardan haberdar edilmelidir.

2.2.1.Üreme sağlığının tanımı ve kapsamı

“reme Sağlığı”; “reme sistemi, fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece sakatlığın olmaması değil, zihinsel ve sosyal yönden en st düzeyde iyi olma durumudur” şeklinde tanımlanmaktadır. “reme sağlığı: “Kişilerin doyurucu ve güvenli cinsel yaşamlarının olmasını, üreme yeteneğini ve bu yetenekleri özgürce kullanma hakkına sahip olmaları” demektir “(32,33).

S, aşağıdaki hizmetleri kapsamaktadır (8):

- Maternal mortalitenin nlenmesi,
- İnfant mortalitesinin nlenmesi,
- Malnütrisyon ve aneminin nlenmesi
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar dâhil olmak üzere birçok enfeksiyonun önlenmesi ve bu bağlamda HIV/AIDS ile mücadele,
- Cinsiyete yönelik şiddetin nlenmesi,
- Güvenli olmayan düşüklerin nlenmesi,
- AP,
- Üreme organlarının kanserlerinin nlenmesi,
- İstenmeyen gebeliklerin güvenli koşullarda sonlandırılabilmesi
- Danışanlara CS/S danışmanlık ve hizmetlerinin verilmesi

Bu hizmetler öncelikle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin içinde ele alınmalıdır ve gerektiğinde ikinci ve nc basamak hizmetleri ile destek olunmalıdır (9, 34).

2.2.2.Üreme sağlığının amaçları (35)

- CS/S ve AP ile ilgili ihtiyaçları karşılamaya yönelik hizmet sunmak,

- İstenmeyen gebeliklerin önüne geçmek, yüksek riskli gebelik ve ölümleri olabildiğince önlemek,
- Erkeklerin katılımını artırmak,
- Erken yaştaki gebelikleri azaltmak
- CYBH ve komplikasyonlarının önüne geçmek, tedavi yöntemlerini bulmak,
- Cinsiyetler arasında cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak,
- Kadın ve erkek tüm bireylerin CS/ÜS hak ve sorumluluklarını kullanabilmeleri için ihtiyaç duyulan bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşımını sağlamak,
- Kişilere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı benimsetmek ve bu konuda hizmet ve danışmanlık sağlamak,
- Annelerin emzirmesini teşvik etmek

2.2.3. Üreme hakları ve üreme sağlığında yasal durumlar

1968 yılında Tahran’da düzenlenen BM İnsan Hakları Konferansı’nda; üreme hakları insan haklarının bir alt sınıfı olarak belirlenmiştir. Toplantıda bireylerin sahip olacakları çocukların sayısına ve aralığına özgürce karar verebilme ve bu bağlamda yeterli eğitim alma haklarının olduğuna yer verilmiştir. Sonrasında 1974 yılında Bükreş’te düzenlenen Dünya Nüfus Konferansı’nda yeniden üreme hakları tanımı yapılmış ve ilk defa “ebeveyn” yerine “çiftler/bireyler” terimi kullanılmıştır. Bu konferans sonrasında dünyada doğum kontrolü giderek yaygınlaşmış ve doğurganlık azalmıştır. Fakat üreme haklarının tam anlamıyla gelişimi, kadın haklarının gelişimi ile paralel olmuştur. 1979’da “CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women- Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi)” yayınlanmış ve bu sözleşme Türkiye’nin de içinde bulunduğu birçok ülke tarafından imzalanmıştır. Bu sözleşmede amaçlanan bireylerin üreme haklarını bilmesi, bu haklarından özgürce yararlanmaları ve CS/ÜS’nin geliştirilmesi olmuştur (36). Öncelikle belirli insan hakları korunup gözetilmeden üreme sağlığının, tam anlamıyla gerçekleştirilemeyeceği düşünülmektedir (37).

İnsan hakları kavramından ayrı düşünülmemeyen “Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi”, yaşanan tüm bu gelişmelerin ışığında Uluslararası AP Federasyonu (IPPF) tarafından 1995 yılında yayınlanmıştır. Bu bildirmede yer alan Üreme Hakları

"yaşama hakkı", "özgürlük hakkı", "eşitlik hakkı", "mahremiyet hakkı", "düşünce özgürlüğü hakkı", "bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı" gibi başlıkları içeren maddelerden oluşmaktadır (38):

2.2.4. Aile hekimliğinde üreme sağlığı hizmetleri

Toplumların temel sağlık hedeflerine ulaşması için CS/ÜS sağlanması gerektiği DSÖ tarafından belirtilmektedir. Bu amaçla DSÖ tarafından gerçekleştirilen Üreme Sağlığı Araştırması'nın sonucunda, birinci basamakta gerçekleştirilmesi beklenen "CS/ÜS Alanında Birinci Basamağın Çekirdek Yeterlilikleri" 2011 yılında yayınlanmış ve buna göre, tüm dünyada birinci basamak hizmetleri çerçevesinde CS/ÜS alanında beklenen çekirdek yeterlilikler şöyledir (39):

1. Birinci basamak sağlık ekibi için verimli çalışabileceği ortamı yaratmak için liderlik etmek
2. Etkili sağlık bakımı ve CS/ÜS hizmetlerini sunabilmek için birinci basamak sağlık ekibini doğru bir şekilde yönlendirebilmek
3. Toplum içinde etkin ve verimli şekilde çalışarak kapsamlı ve entegre CS/ÜS hizmeti sunmak
4. CS/ÜS ile ilgili daha kaliteli sağlık eğitimi hizmeti vermek
5. CS/ÜS için yüksek kaliteli danışmanlık hizmeti vermek
6. Birinci basamağa başvuran bireylerin CS/ÜS ile ilgili ihtiyacını değerlendirmek, duruma göre tedavi etmek ve gerektiğinde ilgili merkeze sevkini gerçekleştirmek
7. Yüksek kalitede AP hizmeti vermek
8. CYBH, üriner ve genital sistem enfeksiyonundan korunmak için en iyi kalitede bakım sağlamak
9. Kanser tarama testleri yapmak, tedavi ve sevk etme hizmetini sağlamak
10. Düşük geliştiğinde yüksek kalitede ve kapsamlı bakım hizmeti sağlamak
11. Daha iyi ve kaliteli antenatal bakım hizmeti sunmak
12. Doğum ve postpartum dönem için yüksek kalitede bakım hizmeti vermek
13. Anne ve yenidoğan için kapsamlı ve yüksek kaliteli sağlık hizmetini sunmak.

Evlilik ve gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi ve doğum sonrası bakımı, emzirmenin teşvik edilmesi sağlanmaktadır ve AP hizmetleri aracılığıyla hastalara kişi merkezli bakım uygulanmaktadır. Hastaların ihtiyacı olan sağlık problemlerinin giderilmesiyle aile hekiminin birinci basamaktaki hasta savunuculuğu rolü öne çıkmaktadır. Aile hekimliğinin temel disiplin özelliklerinden olan kapsamlı yaklaşımın; sağlığın iyileştirilmesinde ve hastalıkların önlenmesinde oldukça önemli rolü vardır.. Aile hekimliğinde üreme sağlığı başlığında verilen hizmet, CS/ÜS ihtiyaçlarının giderilmesinde çok büyük öneme sahiptir.

2.2.5. Cinsel sağlık eğitim programları

Geniş çaplı bir cinsel sağlık eğitim programında, üreme sistemi, büyüme ve gelişme, gebelik, doğum ve doğum sonrası, ebeveynlik, AP, düşük, cinsel istismar ve CYBH gibi konularda yeteri düzeyde bilgi sağlanmalıdır. Aileler, çocuklar ve gençleri cinselliğe ilişkin değerleri anlamaları, bu konuda gençlerin kendi değerlerini geliştirmeleri, kendi cinsel tutumlarını belirlemeleri ve öz güvenlerini artırmaları konusunda desteklemelidir. Aynı zamanda çevreyle iletişim kurma, karar verme, baskılara karşı koyabilme, olumlu ilişkiler kurabilme gibi kişiler arası iletişimini ve becerilerini geliştirmelerine, kendi cinsel davranışlarıyla ilgili sorumluluk almalarına ve bu sorumlulukları yerine getirmeleri konusunda yardımcı olmalıdır (40). Küçük yaşlardan başlayarak verilen geniş kapsamlı bir CS/ÜS eğitimi çocuk ve gençlerde birçok olumlu özelliğin gelişmesini sağlamaktadır. Bunlardan bazıları şunlardır (41,42):

- Fiziksel ve duygusal gelişimini anlama ve kabullenme,
- Kendi bedeni hakkında olumlu duygular taşıma ve bireysel farklılıkları kabul etme,
- CYBH ve istenmeyen gebeliklerden korunma.
- Kadın veya erkek olarak kendi cinsiyeti hakkında olumlu duygular taşıma,
- Cinsel konular hakkında rahat, açık ve net bir şekilde konuşma ve kendini ifade edebilme,
- Uygun olan ve uygun olmayan cinsel davranışların ayrımını yapabilme,
- Cinsel taciz ve istismara karşı kendini koruyabilme ve savunabilme,

- CYBH ve istenmeyen gebeliklerden korunma.
- Cinsel tutum ve davranışlarla ilgili daha bilinçli kararlar alıp bu kararları uygulayabilme.

Cinsel sağlık eğitim programlarının bireyin yaşına, toplumsal ve kültürel yapısına uygun olarak hazırlanması ve eğitim programının insan gelişimi, ilişkiler, cinsel davranışlar, CS/ÜS, toplum ve kültüre ilişkin konuları içermesi gerekmektedir. Ayrıca program riskli cinsel davranışları azaltmaya odaklanmalı ve cinsellikle ilgili toplum baskılarını da konu edinmelidir (42-44). Yapılan çalışmalarda uygulanan cinsel sağlık eğitim programlarının, içeriği, amaçları, hitap ettiği grup ve etkinliği değişiklik göstermektedir. Amerika Bileşik Devletleri'nde (ABD) sadece anne ve kızlarına yönelik oluşturulan cinsel sağlık eğitim programında anne-kız iletişiminin güçlendirilmesinin riskli cinsel davranışlardan kendini koruma, CYBH'ye ilişkin bilgi düzeyi ve CYBH'yi önlemede etkinliği değerlendirilmiştir (45). Hindistan'da 15-20 yaş grubundaki erkek öğrencilere verilen ergenlik döneminde görülen değişimler, mastürbasyon, cinsel ilişki deneyimi, CYBH ve bunlardan korunma yolları, AP yöntemleri ile ilgili akran eğitimine dayalı cinsel sağlık eğitim programının, bu öğrencilerin bilgi, tutum ve davranışlarda değişikliğe sağladığı belirlenmiştir (46). Başka bir çalışmada ise 11-21 yaş aralığındaki öğrencilere cinsellikten kaçınma, kontrasepsiyon, fiziksel ve biyolojik büyüme ve gelişme konularını içeren cinsel sağlık eğitimi uygulanmış ve bu eğitim sonunda gençlerde cinsel ilişki ve adölesan gebe sayısının azaldığı, cinsellikle ilgili bilgi ve algıları artırdığı belirlenmiştir (47). Kirby ve ark.'ı yaptıkları çalışmada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmaları incelemişler ve bu çalışmalarda cinsel sağlık eğitim programlarının daha çok cinsel ilişkiyi erteleme, cinsel eş sayısını azaltma, kontraseptif yöntem kullanımını artırma, CYBH'yi azaltmaya yönelik olduğunu, cinsel davranışlarda güvenli olmayla ilgili bilgi ve tutum değişikliği sağladığını, risk almayı azalttığını, ancak bu çalışmaların adölesan gebelikleri önleme, HIV ve CYBH'yi azaltmada direkt olarak etkili olmadığını belirtmişlerdir (48). Ülkemizde ise Öztürk ve Siyez'in çalışmasında öğrencilerine yönelik sunulan cinsel sağlık eğitim programında, ergenlik dönemi özellikleri, CS/ÜS, çevreyle yakın ilişkiler, sağlıklı ve yanlış ilişkiler, karar verme ve hayır deme becerileri, cinsel ihmal ve istismar, toplumsal cinsiyet ve cinsellikle ilgili yanlış bilinen konulara değinilmiştir. Bu eğitim programı sonunda öğrencilerin bilgi düzeyleri ve tutumlarında anlamlı değişiklikler olduğu bulunmuştur (43). Güler ve Yöndem yaptıkları çalışmada ilköğretim öğrencilerine yönelik verilen

cinsel sağlık eğitiminin oğrencilerin ergenlik ve cinsel sağlık ile ilgili doğru bilgiler edinmelerinde etkili olduğunu belirtmiştir (49).

Cinsel sağlık eğitim programları okullarda çeşitli yontem ve uygulamalar aracılığı ile yapılmaktadır (42,44-47,49-52).

- Cinsel sağlıkla ilgili konuların doğrudan ya da dolaylı olarak okul mufredatında yer alan biyoloji, psikoloji, sosyoloji, din dersi gibi derslerin iğerisine entegre edilmesi ve farklı oğretmenler tarafından aktarılması
- Cinsel sağlık eğitimi vermek amacıyla konusunda uzman kişilerin eğitimci olarak okula ağırılması
- HIV/AIDS onleme programı gibi etkinliklerin içerisinde cinsel sağlıkla ilgili farklı konuların işlenmesi
- Akran eğitimi modeli ile CS/ÜS ilgili konuların akranlar tarafından anlatılması
- Cinsel sağlık ile ilgili konularda uzman eğitimciler tarafından aile eğitimi yapılarak ailenin çocuğunu eğitmesi sağlanabilir.

2.2.5.1. Dnyada cinsel sağlık eğitimi

Cinsel sağlık eğitim programları Dnyanın birçok yerinde, resmi olarak yurütulmektedir.

Finlandiya: 1970 yılında cinsel sağlık eğitimi ilk kez okul mufredatına girmiş ve bu durum 1980'lere kadar devam etmiştir. Bu süre içerisinde adölesan gebeliklerde azalma sağlandığı için uygulaması şehirlere bırakılarak zorunlu hale getirilmiş, 2000 yılında ise 13-15 yaş grubunda tamamen zorunlu duruma getirilmiştir. Program içerisinde 7. ve 8. sınıflar için cinsel sağlık ve ureme sağlığı ile ilgili biyoloji konularının yanında menstruasyon, gebelik, doğum, ilk cinsel deneyim ve CYBH, 9. sınıflar için masturbasyon, ejakulasyon, kurtaj, cinsel değer, duygular ve Lezbiyen, gey, biseksüel, transseksüel(LGBT) bireyler ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Eğitimler çoğunlukla biyoloji ve sağlık eğitimi oğretmenleri tarafından yurütulmektedir. Eğitimlerde oyun, video gosterimi, grup tartişmaları veya sınav gibi farklı teknikler kullanılmaktadır (50).

ABD: Cinsel sağlık eğitimi ABD’de eyaletlere ve bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Bazı eyaletlerde okullarda hem CS/S eğitimi hem de CYBH eğitimi verilmektedir. Bazı eyaletlerde sadece CYBH eğitimi verilmektedir. Bazı yerlerinde ise CS/S eğitimi hiç verilmemektedir. Cinsel olarak aktif genç bireylere uygunsuz cinsellikten kaçınma, toplumsal cinsiyet, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve HIV’den korunma gibi diğer konularda da eğitim verilmektedir (42).

İngiltere: 1944’te cinsel sağlık eğitiminden ilk kez konuşulmaya başlanmıştır 1986’da uygulanması şehirlerin yönetimine bağlı olarak, velilerin isteğine göre tüm okullarda 11 yaşından itibaren zorunlu eğitim haline getirilmiştir. Eğitim içeriğinde CS/S, cinsel ilişkiden kaçınma gibi konular yer almaktadır. Bu eğitiminden genellikle öğretmenler sorumludur. Ayrıca bazı yerlerde okul sağlığı hemşirelerine de eğitimlerde görev verilmektedir (50, 53).

Danimarka: Danimarka’da 1900’l yıllardan bu yana cinsel sağlık eğitimi okul müfredatlarında yer almaktadır. İlk zamanlarda cinsel sağlık “hijyen” konuları altında anlatılmıştır.1970 yılında cinsel reform hareketleriyle beraber okullarda okutulması zorunlu bir ders olarak yerini almıştır. Cinsel sağlık eğitimi yaş gruplarına bölümlere ayrılmıştır ve öğretmenlerin sorumluluğunda olan bu eğitimler okul sağlığı hemşireleriyle beraber verilmektedir (54).

Fransa: 1920 yıllarında cinsellikle ilgili bilgileri yasaklayan bir yasa yürürlüğe girmiştir ve bu yasa 1967’ye kadar uygulanmaya devam etmiştir. Dünyadaki AIDS tehlikesinin artmasıyla beraber, bu hastalıktan korunmak için kontrasepsiyon yöntemlerinin kullanımı önemli duruma gelmiş ve 1967 yılında tekrardan cinsel sağlık eğitimine başlanmıştır. Bu eğitimlerde genellikle kontrasepsiyon ve cinsellik hakkında genel bilgilerden bahsedilmiştir. 1973’te cinsel sağlık eğitim programı çerçevesinde öğrencilere üreme sistemi anatomisi ve fizyolojisi ile ilgili bilgi sağlama hedeflenmiş ve bu bağlamda ğretmen eğitimlerine başlanmıştır. 2001 yılından itibaren bütün ğretim yerlerinde cinsel sağlık eğitimi verilmesi zortunlu hal almıştır. Eğitim içeriğinde cinselliğin fizyolojik, etik, duygusal, sosyal ve kültürel boyutları, riskli davranışların azaltılması ve önlenmesi, şiddet, cinsel istismar, homofobi ve ırkçılığın önlenmesi gibi sosyal, biyolojik ve etik konular bulunmaktadır. Bu eğitimler, öğretmenler, okul sağlığı hemşireleri, sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık çalışanları tarafından sağlanmaktadır (50, 54).

2.2.5.2. Türkiye’de cinsel sağlık eğitimi

Türk toplumunda aile içinde, toplumda veya okullarda cinsellikle ilgili konulara değinilmemesinin sebebi bu konulara ayıp, günah ve yasak olarak bakılmış olmasıdır. Zaman zaman cinsel sağlık eğitiminin gerekliliğine değinilmiş fakat çoğunlukla bu durum görmezden gelinmiştir (56). İlk kez 1974 yılında, cinsel sağlık eğitimi Türkiye AP Derneği’nin de katkısı ile gündeme gelmiştir ve bu konuyla ilgili olarak bilgi ve tutumların araştırılması ve geliştirilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır. 1990’lı yıllarda tüm dünyayı etkileyen HIV/AIDS yayılımıyla birlikte Türkiye’de de gençleri CS/ÜS konularında bilgilendirmek ve buna yönelik sağlık hizmeti sunmak için, gönüllü kuruluşların öncülüğünde bazı projeler geliştirilmiştir. Milli Eğitim Bakanlığı’nın (MEB) işbirliği ile özel projeler ve bölgesel eğitimler gerçekleştirilmiştir. Değişim Genç Kızlığa İlk Adım Projesi (1993-1999), Gençlerin Cinsel Sağlık Eğitiminin Desteklenmesi Projesi (1999- 2003), Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi (2001-2003), Ergenlik Dönemi Değişimi Projesi (ERDEP) (1999-(...)) bu projelerden başlıcalarıdır. Bunlar arasında ERDEP en uzun süre devam eden bir projedir. Bu proje kapsamında öğrenciler ve annelerine yönelik bir günlük eğitimler düzenlenmiştir. Bu eğitimlerin içeriklerinde ergenlik döneminde büyüme ve gelişme, üreme sisteminin anatomi ve fizyolojisi ve kişisel bakım başlıkları vardır (42,56). Bu etkinliklerden farklı olarak cinsel sağlık eğitimi okullarda ulusal eğitim programı içerisinde ayrı bir ders olarak verilmemektedir. Ancak 1996’dan bu yana Sağlık Bilgisi Dersi kapsamında öğretmenler tarafından büyüme ve gelişme, ergenlik dönemi ve özellikleri, ergenlik döneminde olumlu tutum geliştirme, aile hayatı, AP, AIDS ve CYBH konuları anlatılmaktadır (57,58).

2.3. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH)

CYBH, toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyen, önemli bir sağlık problemi olan cinsel birliktelik, temas veya yakınlaşma sonucunda çiftlerin birbirlerine bulaştırdıkları tüm enfeksiyonları içermektedir (59). CYBH’nin bulaş yollarından en fazla olanı korunmasız cinsel ilişkidir. CYBH’nin kan ürünlerinin transfüzyonu sırasında, vücut sıvılarına temas ile veya gebelik sırasında anneden bebeğe geçebildiği bilinmektedir (60).

CYBH’nin sıklığı özellikle gelişmekte olan ülkelerde, giderek tüm dünyada hızla artış göstermektedir. 1983-2003 yılları arasında ABD’de 900 binden fazla insana

HIV tanısı konmuş ve 500 binden fazla kişi bu enfeksiyon komplikasyonu nedeniyle yaşamını yitirmiştir (61). Ayrıca klamidy, trikomonas gibi HIV/AIDS'e göre görülme oranı daha fazla olan ve insan sağlığını olumsuz etkileyen pek çok CYBH etkeni vardır. (62).

Cinsel deneyim yaşının giderek küçülmesi, birden fazla cinsel partnere sahip olma, sex işçiliği yapma, farklı cinsel tercihlere sahip olma, cinsel ilişki sırasında kondom gibi koruyucu kılıflar kullanmama gibi faktörler CYBH görülme sıklığında artışa sebep olmaktadır. CYBH'nin bir kısmının ilaçlarla tedavisinin mümkün olması ve doğum kontrol yöntemlerindeki gelişmelerin meydana getirdiği güven, korunmasız cinsel ilişki sıklığını artırarak CYBH'nin görülmesinde artışa sebep olan diğer faktörlerdendir (63).

CYBH'in görülme yaşının en çok 20-24 yaş grupları arasında, daha sonra 15-19 ve 25-29 yaş grupları arasında olduğu belirtilmiştir (64). Büyük şehirlerde yaşamak, genç olmak ve çok eşli cinsel yaşamı tercih etmek gibi özellikler, CYBH'ye yakalanma riskini daha da artırmaktadır (60).

Fiziksel ve cinsel olarak en aktif dönemde olmaları, karşılıklı etkileşime açık olmaları, yaşam deneyimleri edinme konusunda istekli olmaları ve önemli bir kısmının ilk kez aile ortamından uzaklaşmaları nedeniyle üniversitedeki öğrencileri toplumun diğer kesimlerinden ayrılmaktadırlar ve bu özellikler nedeniyle üniversite gençliği toplumun risklere en açık bölümünü oluşturmaktadır (65,66).

Bu nedenlerle gençlere erken dönemde CYBH konusunda eğitim verilmesi, CYBH'nin önlenmesi ve risklerin azaltılması, CYBH'si olan kişilerin sağaltımı toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi anlamında çok fazla önem arz etmektedir.

Ülkemizde CYBH konusunda yapılan çalışmalar belirli gruplarda, sınırlı sayıda gruplara uygulanmıştır. CYBH açısından en fazla bakılan hastalıklar arasında Sifiliz, Hepatit B, HIV/AIDS, Klamidy, Genital herpes, Genital papilloma, Trikomoniyaz ve Kandidiyaz vardır (67). Bu hastalıklar ayrıca HIV ile enfeksiyonun geçişinde önemli bir risk olarak karşımıza çıkmaktadır (68,69).

Klamidy/Chlamydia trachomatis: Erkeklerde görülen non gonokoksik üretritlerin en sık sebebidir (%50). Üretradan müköpürülen veya pürülen akıntı gelmesine neden olur. İdrar yaparken yanma, ağrı gibi klinik bulgular verir.

Kadınlarda klinik bulguları genellikle belirtisizdir ve müköpürulan servikal akıntı yapar. Spekulum muayenesinde serviks kırmızı et görünümünde kolayca kanayabilir şekildedir.

Genital siğil/Human papilloma virüs: Lezyonlar ağrısız olup genellikle tek veya çoklu sayıda, yumuşak, karnabahar görüntüsünde, çoğunlukla anüs civarında, vulvovajinal bölgeye, penis, üretra ve perine bölgelerine yerleşir. Lezyonların birleşmesiyle oluşan karnabahar görüntüsüne kondiloma aküminata adı verilir.

Gonore(Bel Soğukluğu)/ Neisseria gonorrhoeae: Erkeklerde idrar yaparken ağrı, yanma (dizürü) gibi klinik bulgular verir ve üretradan krema kıvamında pürülan akıntı gelmesi karakteristik özelliğidir.

Tedavi edilmediğinde; epididimit, üretral apse, yapışıklıklar yapabilir ve infertiliteye neden olabilir. Kadınlarda, %70 klinik bulgu vermez ama müköpürulan servikal ve vajinal akıntı yapabilir. İdrar yaparken ağrı ve yanma şikayetleri oluşturabilir.

Tedavi edilmediğinde: Pelvik organlara doğru yayılabilir. Tüplerde tıkanma ve yapışıklıklara bağlı infertilite yapabilir ve böylece ektopik gebelik riski artar. Doğum esnasında anneden bebeğe bulaşabilir ve yenidoğan bebekte konjunktivit oluşmasına neden olabilir.

Herpes(Genital uçuk)/Herpes simplex: Kaşıntı, yanma gibi prodromal semptomlarla başlayan, lokalize eritemli bir plak üzerinde veziküllerin görüldüğü bir hastalıktır. Sonrasında veziküller açılıp ülserleşerek sonrasında kabuklanıp iyileşir. Lezyonlar oldukça ağrılıdır ve bu hastalık tekrarlayabilir. Primer enfeksiyon 1-2 hafta sürebilir. Rekürren enfeksiyon ise ortalama 10 gün sürer.

Pubik Bit: Pubik bölgede, uylukta, kaş ve kirpik bölgelerinde kaşıntı görülmesiyle karakterizedir.

Uyuz/Skabies: Özellikle el ve ayak parmak aralarında görülen, dirsekte, koltukaltı, penis ve skrotumda ve daha az olarak da yüz ve kafada görülebilen kaşıntılı deri lezyonlarıdır.

Sifiliz (Frengi)/Treponema pallidum: Özellikle genital bölgede görülen ağız ve anüste de görülebilen yuvarlak ve açık yaralar vardır ve bu yaralar çok ağrılı değildir. İyileşme süreci oldukça yavaştır ve uzun sürer.

Hepatit/HAV, HBV, HCV: Bu virüslerin ortak kliniklerinde yorgunluk, halsizlik, iştah azalması, karın ağrısı ve sarılık, idrar renginde koyulaşma görülür.

Trichomoniasis/Trikomonas vajinalis: Erkeklerde; üretral akıntı yapar ve çoğunlukla sessiz bir klinik tablosu vardır. Kadınlarda ise kötü kokulu, köpüklü, yeşil renkli vajinal akıntı yapmasıyla karakterizedir.

Bakteriyel Vajinozis: Grimsi-beyaz yapışkan ve balıksı kokulu, vajinal akıntı yapar. Tek bir bakteriyle oluşmaz, vajinanın normal florasında yer alan bakteriler tarafından oluşur. Cinsel yolla bulaşmadığı fakat enfeksiyonda cinsel yönden aktif olmanın rolü olduğu düşünülmektedir.

Lenfograduloma venerum/Chlamydia trachomatis (farklı bir suş): Erkeklerde peniste veya kadınlarda vulvada küçük ve ağrısız papüller lezyonlar vardır ve kasıklarda bezeler meydana gelir. Bu bezeler sonrasında açılarak fistüller meydana gelir. Tedavi edilmediğinde lenfatik sistem blokajı ve bunun sonucunda elefantiyazis gelişir.

AIDS/HIV: Kilo kaybı, ishal, yorgunluk, lenf nodlarında büyüme ve hassasiyet, sürekli ateş ve/veya gece terlemeleri gibi klinik bulgular verir. Birçok kişide sessiz seyreder HIV enfeksiyonu 10 yıl veya daha uzun süre sonrasında AIDS'e dönüşebilir. HIV enfeksiyonu diğer enfeksiyonlara göre genellikle sessiz seyreder ve laboratuvar testleri ile hastalığın tanısı konulur (70).

Bugün dünya üzerinde 36,9 milyon kişi HIV enfeksiyonu ile yaşamaya devam etmektedir. Epideminin başından beri 36 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı (UNAIDS)/DSÖ Haziran 2018 yılı verilerine göre 2017 yılında HIV ile enfekte yeni vaka sayısı 1,6 (1,3-2,1) milyondur. 2010'dan beri vaka sayılarında %18 azalma olmuştur. 15 yaş altı çocuklarda yeni vaka sayısı 180000'dir (110000-260000). 2010'dan beri vaka sayısında %42 azalma olmuştur. Doğu Avrupa ve Orta Asya bölgesinde yeni HIV enfeksiyonunda ciddi derecede artış olmuştur.

“Ülkemizde ilk HIV vakası 1985 yılında yakalanmıştır. Aynı yıl toplam 3 vaka daha kayıt altına alınmıştır. 1996'dan sonra hasta sayısı yılda 100'lü, 2012 senesinden sonra sonra yılda 1000'li rakamlara ulaşmıştır. Sadece 2016 yılında 2573 yeni vaka, 2017'de ise 2965 kişi yeni tanı almıştır. Ülkemizde HIV ile enfekte hasta kişi sayısının hızlı artış göstermesi, HIV ile enfekte mevcut kişilerin test yaptırmaya geç karar vermesi ve toplumumuzda HIV enfeksiyonu konusundaki farkındalığın düşük

olmasından dolayı bulaş yolları ve korunma yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyinin yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır.

T.C Sağlık bakanlığının Aralık 2017’de sunduğu verilere göre Türkiye’de 17884 HIV pozitif/AIDS kayıtlı hasta bulunmaktadır. Kayıtlı hastaların tüm vakaların %40’ı kadarını yansıttığı, gerçek HIV pozitif/AIDS vaka sayısının 30000 civarı olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye’ de Son 5 yılda %300, 10 yılda %620 artış olmuştur.

Ülkemizin AIDS istatistiklerine göre; kayıtlı olguların % 80’i erkekler %20’si ise kadınlardan oluşmaktadır. Hastaların 15,2’si yabancı uyrukludur. En fazla 30-34 ve 25-29 yaş aralığında görülmektedir. Bulaş yoluna bakıldığında vakaların en çok oranda %49,8’inin HIV virüsünü cinsel yolla aldığı, bu vakaların da en çok oranda %71,9’unun heteroseksüel cinsel ilişki yoluyla bulaştığı bildirilmiştir. Vakaların %1,4’ünün bulaş yolu damar içi madde kullanımıştır. %47,8’inin ise bulaş yolu bilinmemektedir (71).

2.4. Aile Planlaması

AP bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma, yapacakları doğumların süresine ve zamanına özgürce karar vermeleri ve bu bağlamda bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları olarak tanımlanmaktadır (72). AP hakkındaki çalışmaların asıl amacı anne ve çocuk sağlığının korunması ve bu konulardaki sağlık düzeylerinin iyileştirilmesidir (73). AP toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinde rol oynayan, istenmeyen gebelikleri ve aynı zamanda aşırı doğurganlığın önlenmesini sağlayarak anne ve çocuk sağlığı açısından çok önemli katkıları olan önemli bir sağlık hizmetidir. Bütün bu durumlar değerlendirildiğinde AP’ nin amacının bireyleri ve aileleri, CS/ÜS konusunda eğitmek ve bilgilendirmek anne ölümlerini önlemek ve anne sağlığını korumak aynı zamanda istenmeyen gebeliklerin oluşmasını en baştan önlemektir (74).

Kontrolsüz nüfus artışı ekonomik ve sosyal kalkınma üzerine olumsuz etkiler yarattığı için başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere 1960’lı yıllarda tüm dünya bu konu üzerinde odaklanmaya başlamıştır. 1970’li yıllarda demografi ağırlıklı yaklaşım sürerken, 1980’li yıllarda sağlıkla ilgili sorunlara yoğunlaşmıştır.1990’larda ise, insanların temel hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanılmıştır. 1974’te Bükreş’te, 1984 yılında Mexico City’de ve 1994’te Kahire’de yapılan konferanslarda, nüfus ve AP’nin, genel kalkınma politikalarının önemli bir parçası olduğu ortaya konmuştur. 1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (International Conference on Population and Development-ICPD), kalkınmanın temel ve vazgeçilmez

bir insan hakkı olduğunu önemle vurgulanmıştır. Toplantının temelinde, kişilerin yaşam kalitesini yükseltme amacının yer alması gerektiği, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerinin bilincinde olunması gerektiği ilkeleri vurgulanmıştır. Kadınlara ve kız çocuklarına daha fazla önem verecek şekilde eğitimin herkesin hakkı olduğu, yoksulluğun ortadan kalkması için bütün ülkelerin işbirliği içinde olma zorunluluğu ve her zaman önceliğin çocuklara verilmesi gerektiği gibi görüş ve ilkeler de kabul edilmiştir. Bu konferansta “Üreme hakları” da ele alınan önemli kavramlardan biridir. Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine ve bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine özgürce karar verebilmeleri anlamına gelmektedir. Bu kapsamda; bireylerin bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri, erken yaşlarda başlanarak, postmenapozal ve yaşlılık dönemi de dâhil olmak üzere üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gerektiği vurgulanmıştır (75).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde en önemli gösterge sağlıktır ve bu kapsamda ki en iyi gösterge anne ve çocukların ölüm oranlarıdır. Anne ve çocuk ölümleri daha çok gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bu ölümlerin azalması sağlık düzeyinin yükselmesiyle gerçekleşebilir. Fakat; yalnızca sağlık düzeyinin yükselmesi ölümlerin azalması açısından yeterli değildir, doğurganlık durumunda da aynı oranda azalması gerekmektedir. Aksi takdirde toplum hızlı bir nüfus artışı ve bu artışın getirdiği sorunlarla karşı karşıya kalacaktır. Aşırı doğurganlık olayını kontrol altına alabilmek için farklı dönemlerde bazı politikalar izlenmiştir. Bu politikalar; Pronatalist (doğum oranını arttırmayı amaçlar), antinatalist (doğum oranını azaltmayı amaçlar) ve nüfus kalitesini iyileştirici (sağlıklı ve eğitim düzeyi yüksek bireylerden meydana gelmiş bir nüfusa sahip olmayı amaçlar) özelliktedir. Türkiye’de Cumhuriyet’in kuruluşundan bu yana nüfus yapısında önemli üç farklı dönem yaşanmıştır. 1923-1955 yılları arasında birinci dönem olarak adlandırılan dönemde ölüm hızlarında düşüş, doğurganlık ve nüfusda artış gözlenmiştir. 1955-1985 yılları arasında ikinci dönem olarak adlandırılan zamanda doğurganlık hızı azalıp ölüm hızı çok azalmış ve yine nüfusda artış meydana gelmiştir. 1985-1990 yılları arasında üçüncü dönem olarak adlandırılan dönemde doğurganlık hızı ve ölüm hızı çok azalmış olup nüfus artış hızında da bu duruma paralel çok azalma görülmüştür (76,77).

Ülkemizde 1965 yılında kabul edilen 557 sayılı yasa ile birlikte; doğum kontrol yöntemlerinin tanıtımının yapılması, halkın doğum kontrol yöntemleri hakkında eğitilmesi, halka bu konuda hizmet verilmesi gerektiği kabul edildi. Bu yasada tıbbi endikasyon ile cerrahi sterilizasyon ve gebelik sonlandırılmasına izin verildi (78). 1983 yılında kabul edilen yasada; kontraseptif yöntem uygulamalarında ebe ve hemşirelere yetkiler verildi. Cerrahi sterilizasyonun kadında da erkekte de istek üzerine yapılabilmesi kararı alındı. Talep üzerine istenmeyen gebeliklerin 10 haftaya kadar sonlandırılabilceği kabul edildi (79).

Aktif cinsel yaşamı olan doğurganlık çağındaki her kadın her ay endişe ve korku yaşayabilmektedir. Etkili kontraseptif yöntem kullansa bile, her kadın âdeti gecikince kendini kötü hissedip ve endişe duyabilmektedir. İstenildiğinde gebe kalmak mutluluk verici bir durumdur ve bu nedenle etkili bir kontrasepsiyon yöntemi, AP danışmanlığı ve hizmeti kadınlara sadece sağlık sunmakla kalmaz, onlara mutluluk ve konfor sunmaktadır (80).

2008 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verileri halen gebelik riski altındaki kadınların %27'sinin herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmadığını belirtmiştir. Kontraseptif yöntem kullananlar arasında; modern yöntem kullananların oranı %46'dır, %27'si ise geleneksel yöntem kullanmaktadır. Bölgelere göre değerlendirildiğinde, Doğu Anadolu bölgesi dışındaki diğer bölgelerde her 10 kadından en az 7'sinin gebeliği önleyici herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığı görülmüştür. Batı bölgelerde %48,2 oranında, doğu Anadolu'da %37,9 oranında modern yöntem kullanılmaktadır. Türkiye genelinde toplam doğurganlık hızı kadın başına 2,16 olmakla birlikte doğurganlık düzeyi kırsal alanlarda, kentsel alanlara göre %34 daha fazladır (81).

Bugün dünyada her on adölesandan birisi anne olmaktadır. Adölesan gebeliklerin azaltılması öncelikle çözülmesi gereken problemlerin başındadır. Birçok ülkede erken yaşta yapılan gebeliklerin, genç kızların eğitimi üzerine, ekonomik durumu ve sağlığı üzerine olumsuz etkileri olduğu gösterilmektedir. Adölesan anneler çoğunlukla eğitim hayatlarını yarıda bırakmak durumunda kalmaktalar ve bu durumda onların iş bulma şansını azaltmaktadır. Böylece kendileri ve çocukları ekonomik olarak olumsuz koşullarda yaşamaktadırlar. 18 yaşından önce olan gebeliklerde, daha fazla tıbbi sorunlar gözlenmektedir. Gebelik, doğum ve sağlıksız düşük komplikasyonları adölesan gruptaki annelerin temel ölüm nedenleri arasındadır. 15–19 yaş grubunda anne

ölümleri 20’li yaşlara göre daha fazladır. Adölesan annelerin bebeklerinde prematürite, düşük doğum ağırlığı gibi ve doğum komplikasyonları daha fazla görülmektedir (82).

2.4.1. Aile planlamasının sosyo-ekonomik yönden önemi

Toplum nüfusu, doğal kaynakları ve ekonomik olanakları zorlayacak şekilde artmaya devam ederse, sosyal ve ekonomik açıdan o toplumda etkili AP yöntemleri uygulama zorunluluğu gelişmektedir. Sanayileşme atmasıyla beraber, kentlerde ailelerin daha iyi ekonomik şartlara ve sosyal güvenceye sahip olmaları, iş hayatı ile birlikte yaşam şartlarının ağırlaşmasından dolayı bireylerin çok çocuk sahibi olma istekleri giderek azalmıştır. Tarımın yaygın olduğu yerleşim birimlerindeki ailelerde ise insan gücüne olan ihtiyaç daha çok çocuğa sahip olmak isteğini beraberine getirmektedir. Sosyal güvencesi olmayan yoksul ailelerde ise aileye bakacak düşüncesi ile daha fazla çocuk yapma düşüncesi vardır. Bazı aileler erkek çocuğu ekonomik ve sosyal bir güç olarak algıladıkları için erkek çocuk doğuruncaya kadar herhangi bir AP yöntemi kullanmayıp çocuk sahibi olmaya devam etmektedirler Nüfusun kontrolsüz artışının önlenmesinde ve sağlıklı bir toplumun oluşmasında AP’nin önemi çok büyüktür.

2.4.2. Aile planlamasının duygusal yönden önemi

Çiftler kesinlikle birbirlerini iyice tanıdıktan sonra ve duygusal yönden hazır oldukları zamanda çocuk sahibi olduklarında, bebekleri ve kendileri daha sağlıklı ve mutlu olabilirler.

2.4.3. Aile planlamasının sağlık açısından önemi

Çocuk sahibi olmalarının en temel şartı çiftlerin fiziksel ve psikolojik yönden sağlıklı olmalarıdır. Toplum sağlığı açısından çiftlerin evlenmeden önce gerekli sağlık muayenelerinden geçmeleri gerekmektedir ve bu durum son derece önemlidir

2.4.4. Aile planlamasının tıbbi önemi

Çok sayıda ve sık doğum yapmak birçok kadının ölümüne neden olan önemli bir durumdur. İstenmeyen gebelikler sonucunda meydana gelebilen sağlıksız düşükler ve komplikasyonlar da annenin ve ebeğin hayatı için risk oluşturmaktadır. Aileler bakabilecekleri ve sağlığını koruyabilecekleri sayıda çocuk yapmalıdırlar. Böyle olursa bebek ölümleri azalacaktır bu durum annelerin sık gebelik ve doğum yapmaktan

yıpranmalarını engelleyecektir. Annelerin ilkel yöntemlerle çocuk düşürmelerini önlemek amacıyla annelere gebelikten korunma yöntemleri öğretilmelidir.

2.4.5. Aile planlaması için evlenmeden önce sağlıkla ilgili yapılması gerekenler

- Çiftler, evlenmeden önce sağlıklı bir cinsel yaşantısının olup olmadığını tespiti eğer problem var ise tedavi edilmesi açısından muayene olmalıdırlar.
- Cinsel anormallik ve sağlıklı cinsel yaşantıyı engelleyecek problem mevcutsa bu durum tedavi edilmelidir.
- CYBH gibi herhangi bir bulaşıcı hastalık varsa gerekli önlemler alınıp tedavi edilmelidir.
- Eşlerin ileride sorun olabilecek sağlık sorunlarının olup olmadığını araştırılması gerekmektedir ve duruma göre gerekli önlemlerin alınmalıdır.
- Erkeklerde sperm analizi yapan spermyogram yapılmalıdır.
- Kadınlarda yumurtalıkların muayenesi yapılmalı ve hormonal durum kontrol edilmelidir.
- Rh uyumsuzluğu açısından kan grubu tayini yapılmalı ve anne adayları tokso plazma gibi gebelikte sorun oluşturabilecek enfeksiyonlar açısından değerlendirilmelidir.
- Çiftlerde kendilerinde ya da ailelerinde genetik bir hastalık veya anormallik olup olmadığı değerlendirilmeli ve var ise gebelik süresince takip edilmelidir.
- Cinsel isteksizlik ve cinsel korku gibi problemlerin oluşmasını önlemek amacıyla cinsel eğitim ve danışmanlık alınmalıdır.
- Bireyler, aktif cinsel yaşantılarına başlamadan önce kendilerine uyan kontraseptif yöntemleri uygulamaya başlamalıdır.

2.4.6. Aile planlamasının anne açısından yararları

- Gebelik, doğum ve düşük nedeniyle anne ölümleri azalma görülür.
- Annenin üreme organları daha kontrol edilebilir durumda olduğu için bu organlardaki sağlık sorunları azalır.
- Doğuma yönelik komplikasyonlar azalma meydana gelir.

- Çiftler arasında gebe kalma korkusu ortadan kalktığı için cinsel yaşantıları daha sağlıklı hale gelir.
- Çiftlerin istenmeyen gebelik, düşük ve kürtaj sorunları ortadan kalkar.

2.4.7. Aile planlamasının çocuk sağlığı açısından yararları

- Bebek ölüm oranları düşüş görülür.
- Prematüre doğumlar azalma olur.
- Bebeklere bulaşabilecek hastalıklar önlenebilir.
- Çiftler, bakabilecekleri sayıda çocuğa sahip olduklarında, ruhsal ve bedensel sağlıklı çocukların ve nesillerin ve oluşması sağlanır.

2.4.8. Aile planlamasının toplum sağlığı açısından nedenleri

- Ruhsal ve fiziksel sağlıklı annelerin sayısında artış olur.
- Sağlıklı çocuklardan oluşan daha sağlıklı bir gençlik oluşur.
- Toplumun beslenme, konut, eğitim, sağlık ve çevre koşullarının iyileştirilmesi ile beraber refah düzeyinde artış meydana gelir.
- Sağlığa ayrılan harcamalarda düşüş meydana gelir ve ekonomiye katkı sağlar (83).

2.4.9. Aile planlaması yöntemleri

Kontrasepsiyon yöntemleri modern/geleneksel yöntemler, geri dönüşümlü/geri dönüşümsüz yöntemler, kadın yöntemleri /erkek yöntemleri olarak sınıflandırılırlar. Tüp ligasyonu ve vazektomi uygulamaları geri dönüşümsüz yöntemlerdir. Bu sınıflama danışmanlık sırasında bilgi alan kişinin hangi yöntemi kullanmak istediğini belirlemesi açısından son derece önemlidir. RİA, haplar, depo-provera, mesigyna, tüp ligasyonu, spermisit, diyafram kadınlar tarafından kullanılan yöntemlerdir. Kondom, geri çekme ve vazektomi ise erkekler tarafından kullanılan AP yöntemidir.

2.4.9.1. Geleneksel aile planlaması yöntemleri:

Koitus interruptus (geri çekme): Çiftler ejakülasyon gerçekleşinceye kadar cinsel ilişkiye devam ederler ve ejakülasyondan hemen önce erkek vajinadan geri çekilir

(84,85). Her durumda uygulanabilir bir yöntem olması; herhangi bir araç, kimyasal madde ve maddi bir durum gerektirmemesi yönleriyle kolay uygulanabilir bir yöntem olmasına karşın gebeliği önleme açısından etkin bir yöntem değildir (86).

Vajinal lavaj: Ejekülasyondan sonra kadın vajinasını yıkayarak spermleri dışarı atmaya çalışır. Ejekülasyondan sonra bir iki dakika içerisinde spermler servikal kanala geçebildiği için gebeliği önlemede kesinlikle tercih edilmemesi gerekir (87).

Periyodik korunma: Menstrüel siklusun gebelik olabilme ihtimali yüksek günlerinde çiftin bilinçli olarak cinsel ilişkiden kaçınmasıdır. Servikal mukus yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, takvim gibi yöntemler birer periyodik korunma yöntemidir. (88) Yöntemi uygulayabilmek için özenli bir eğitim gerektirmektedir, aksi halde başarısızlık oranı fazla yükselebilmektedir (86).

2.4.9.2. Modern yöntemler:

Modern yöntemlerden bariyer yöntemler:

Prezervatif (Kondom, kaput): Cinsel ilişki esnasında penise giydirilen ince bir kılıftır. Bu yöntemle spermlerin vajinaya girmesi engellenir. Herhangi bir yan etkisi yoktur ve pahalı bir yöntem değildir. Temin edildiği ve doğru kullanıldığı takdirde etkili bir yöntemdir. CYBH' ye karşı koruma sağlar (85).

CYBH'yi önlemek ve kontaseptif etkinliğini azaltmamak için her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanmak gerekir ve son kullanım tarihine dikkat edilmelidir. Modern kontraseptif yöntemler içinde en çok tercih edilen yöntemlerden bir tanesidir (89).

Diyafram: Kauçuk ya da silikondan yapılmıştır. Şekli kubbe biçiminde, kenarları esnek bir yapıdır. İçine spermisit koyularak cinsel birliktelikten önce vajinadan girilerek rahim ucuna konulur. Spermlerin, üreme sisteminin üst bölümlerine geçmesini önleyerek etki eder. Her ilişki sırasında doğru kullanıldığında etkinliği yüksektir. İlk uygulamanın klinikte, sağlık personeli tarafından anlatılarak yapılması gerekebilir. İlişki sonrasında en az 6 saat yerinde kalmalı ve 24 saatten daha uzun süre bırakılmamalıdır (90).

Spermisitler: Spermleri etkisizleştiren ya da öldüren kimyasal maddelerdir. Sperm zarlarını bozarak spermin hareket ve dölleme yeteneğini bozarak spermlerin rahim ucu kanalından yukarıya geçmelerine engel olur. Her cinsel ilişkide yeniden kullanılmalıdır (84).

Modern yöntemlerden hormonal yöntemler:

Doğum kontrol hapları: Doğum kontrol hapları birçok kadın tarafından kullanılmakta olup bu hapların amacı ovulasyonu baskılamak, servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin geçişine engel oluşturmaktır. Gebelikten korunmada en etkili yöntemlerden birisidir. Sağlık kuruluşlarından kolayca temin edilebiliyor olması, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması ve yöntem bırakıldığında doğurganlığın hemen geri dönüyor olması yöntemi üstün kılan özellikleridir. Ayrıca yumurtalık ve rahim kanseri riskinde azalma görülür. Dış gebeliği önleyici etkiside vardır (91).

Derialtı çubukları (Norplant): Bu yöntem; uzun süre etkilidir ve geri dönüşü olan yalnız progesteron içeren bir kontraseptif yöntemdir. Hormon salgılayan çubuklar, küçük bir cerrahi işlemle üst kolun üst kısmının iç tarafına ve derinin hemen altına yerleştirilir ve gebelikten koruma etkinliği %100'e yakındır. Takıldıktan sonra hemen etki etmeye başlar ve kullanımı kolaydır. Beş yıl süre ile koruma yöntemi olarak etkinliği devam eder. İstendiğinde heme çıkarılabilir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması, cinsel isteği olumsuz etkilememesi ve yöntem bırakıldığında doğurganlığın hemen geri dönmesi, emzirme sırasında kullanılabilmesi, yöntemin olumlu özellikleridir. Kullanım süresine göre değerlendirildiğinde pahalı bir yöntem değildir. Takılması ve çubukların çıkarılması için eğitilmiş personel gerekmesi yöntemin tercih edilmesini kısıtlayan bir faktördür (92).

Rahim içi araç (RİA): Rahim içine yerleştirilen plastik veya metalden yapılmış, küçük esnek bir araçtır. Rahim içi araçlar spermin üst kanallara ulaşmasına, yumurtanın iletilmesine ve döllenmeye engel olarak etki gösterir. Hormon içeren RİA'lar rahim ağzındaki salgıyı kalınlaştırarak spermlerin rahime geçişine engel olur. Etkinliği oldukça yüksektir. RİA çıkartıldığında doğurganlığa kısa sürede dönülebilir. CYBH öyküsü olan ya da çok eşli cinsel hayatı olan kullanıcılarda enfeksiyon riski yüksektir. Klinik olarak bir şikayet olmadığı sürece, RİA'nın çıkarılması ya da değiştirilmesine kadar yılda bir kez sağlık kontrolü yeterli olmaktadır. Bakırlı RİA'ların on yıl, hormonlu RİA'ların ise beş yıl koruma süresi vardır (92,93).

2.4.9.3. Cerrahi yöntemler

Vazektomi: Erkeklerde AP yöntemi olarak kullanılabilen ve üreme yeteneğinin cerrahi yöntemle kalıcı olarak sonlandırılması işlemidir. Bu yöntem testisten penise giden meni kanallarının (vaz deferensler) iki taraflı olarak küçük bir operasyonla kesilmesi ve

bağlanmasıyla gerçekleştirilir. Erkeğin sağlığını, cinsel gücünü hiçbir şekilde etkilemez. Vazektomi uygulanmış erkeğin kanalları işlemle tekrar bağlanabilsede ancak bu işlem her zaman sonuç vermeyebilir (94).

Tüp ligasyonu: Kadında, kalıcı olarak kullanılan AP yöntemlerinden biridir. Cerrahi işlemle, fallop tüplerinin iki yönlü olarak kapatılır ve böylece spermin yumurtaya ulaşması engellenmiş olur. Etkisi işlemden hemen sonra başlar. Kişinin sağlığını ve cinsel gücünü etkilemez. Çok az da olsa bazen bağlanan kanallar tekrar birleşip işlev görmeye başlayabilir. Pahalı ve uygulaması uğraştırıcı bir yöntemdir. Tekrardan gebelik düşünecek olan kadınlar için uygun bir yöntem değildir. Kalıcı bir yöntemdir. Bağlanmış tüpler cerrahi işlemle tekrar açılabilmesine rağmen, bu işlem her zaman sonuç vermeyebilir (94).

2.4.9.4. Acil kontrasepsiyon

Acil kontrasepsiyon (AK), korunmasız cinsel ilişki, kullanılan kontraseptif yöntemde başarısızlık, cinsel saldırı durumlarında oluşabilecek istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla kullanılan kontraseptif yöntemdir. İstenmeyen gebelikler bireysel ve sosyal anlamda önemli bir üreme sağlığı sorunudur. Tüm dünyada 2008 verilerine göre 43,8 milyon istenmeyen gebelik sonlandırılması uygulanmıştır ve bunların % 49'u maternal morbidite ve mortaliteye yol açabilecek sağlıksız koşullarda yapılmıştır (95). Amerikan verilerine göre gebeliklerin yarısı küretajla sonlandırılmakta ve küretaj yaptıran kadınların %54'ünün kontraseptif metot kullanırken gebe kaldığı görülmektedir (96). "Centers for Disease Control and Prevention"(CDC)'in verilerine göre 15-44 yaş arası kadınların %9,7'si acil kontraseptif metotları kullanmaktadır (97). Bu yaş grubundaki kadınların yıllık gebe kalma oranının %10 olduğunu ve bunların da yarısının istenmeyen gebelik olduğunu düşünürsek kadın popülasyonunun kontraseptif yöntemler ve AK açısından eğitilmelerinin gerektiği açıktır. Türkiye'de 2008 yılı istatistiklerine göre 15-49 yaş arası kadınlarda isteğe bağlı düşük yapma oranı %10 olarak saptanmıştır. 20-24 yaş grubunda yüzde 3,6 olan bu oran yaşla birlikte artmaktadır. Bu artış 30 yaş ve üstü kadınlarda belirginleşmekte ve 45-49 yaş grubunda yüzde 39'a ulaşmaktadır (98). Acil kontraseptif metotların daha yaygın kullanımı ile istenmeyen gebelikler önlenebilecek ve böylece küretaj sayılarında da azalma meydana gelebilecektir. AK kullanım endikasyonları; düzenli kullanılan oral kontraseptiflerin alınmasının unutulması, korunmasız cinsel ilişki (takvim yönteminin yanlış

hesaplanması veya geri çekme yönteminde başarısızlık), prezervatifin yırtılması, diyafram veya servikal başlığın yanlış yerleştirilmesi, erken çıkarılması veya yırtılması, yalnız progesterin içeren hapların kullanımının unutulması, enjektabl kontraseptiflerin geç enjeksiyonu, intrauterin araçların yerinden çıkması, cinsel saldırı olarak sıralanabilir. AK gereksinimi ve bu konudaki araştırmalar oldukça eskilere dayanmaktadır. İlk kez 1966'da östrojenler yüksek dozlarda acil kontraseptif yöntem olarak kullanılmaya başlanmıştır (99). 1977'de Yüzpe ve arkadaşları östrojen ve progesteron kombinasyonunu AK'da etkili olduğunu bulmuşlar ve bu yöntem Yüzpe rejimi olarak literatüre geçmiştir(100). Rahim içi araç (RİA) 1976'da acil kontraseptif yöntem olarak uygulanmaya başlanmıştır(101).

Acil kontraseptif yöntemler oral hormonal kontraseptifler ve bakırlı RİA olarak ikiye ayrılabilir. Oral hormonal ilaçlar yalnızca levonorgestrel içeren ve etinil östradiol (EE) ile levonorgestrel birlikte içerenler olmak üzere iki çeşittir. Günümüzde en yaygın kullanılan acil kontraseptif metotlar kullanım kolaylığı nedeniyle oral hormonal ilaçlardır bunlardan da, levonorgestrel (LNG) en çok tercih edilen ajandır. Etkinliği en yüksek olan yöntem ise bakır içeren RİA'dır (Cu-T 380A). Ayrıca son yıllarda Ulipristal Acetate (UPA) yeni bir oral hormonal ajan olarak AK'da kullanım alanı bulmuştur.

Günümüzce AK'da başlıca iki temel grup bulunmaktadır: İlaçlar ve rahim içi araçlar. İlaçlar, östrojen ve progesteron kombinasyonları (EE+LNG), yalnızca progesteron (LNG) içerenler ve selektif progesteron reseptör modülatörleri olarak sınıflanabilir. (Mifepriston (Ru-486), Ulipristal Asetat (UPA))

Östrojen ve progesteron kombinasyonu (EE+LNG): 1974 yılında Kanadalı Profesör A. Albert Yüzpe östrojen ve progesteron içeren oral kontraseptiflerin yüksek dozda AK amacıyla kullanılabileceğini pilot bir çalışmayla göstermiştir (102). 1977 yılında ise Yüzpe ve Lancee tarafından östrojen ve progesteronun dozu yeniden tanımlanmış ve literatüre Yüzpe rejimi olarak geçmiştir (100). Yüzpe rejiminde korunmasız cinsel ilişkiden sonra 72 saat içinde 200 mikrogram EE ve 1 mg LNG, 12 saat ara ile 2 doz olacak şekilde alınır (100,102). Bu amaçla EE ile LNG veya onun izomeri olan norgestrel içeren oral kontraseptifler alternatif bir rejim olarak kullanılabilir. Bu rejim kullanılarak gebelik riski %8'den %1-2'ye düşürülebilir (103). Kullanımını kısıtlayan en önemli yan etkileri bulantı ve kusmadır. Yüzpe rejimi AK'da yalnızca LNG içeren rejimin ortaya çıkışına dek standart metot olarak kalmıştır.

Levonorgestrel (LNG): LNG içeren rejim daha az yan etki profili ve göre daha yüksek etkinlik nedeniyle Yüzpe rejiminden üstün olduğu gösterilmiştir (104-105). Günümüzde en popüler acil kontraseptif metot haline gelmiştir. İlk tanımlandığında 0,75 mg LNG içeren tabletlerin 12 saat ara ile 2 kez alınması önerilirken daha sonraları 1,5 mg'ın 2 tablet şeklinde tek doz olarak alınmasının eşit etkinlikte olduğu ve yan etki profilini değiştirmedığı saptanmıştır; kullanım kolaylığı nedeniyle tek doz rejim daha yaygın kabul görmüştür (106). Korunmasız cinsel ilişkiden sonra 72 saat içinde alınması önerilir ve birçok ülkede reçetesiz olarak temin edilebilmektedir. Gebelik riskini % 57-93 oranında azaltır (106,107).

LNG'nin acil kontraseptif olarak primer etkisi siklusun folliküler fazında alındığında ovulasyonu önlemesi veya geciktirmesidir; bunu luteinizan hormon üzerindeki etkisi ile gerçekleştirir. İkincil mekanizması ise servikal mukusu kalınlaştırarak sperm transportunu engellemek veya uterin kaviteyi alkalize ederek spermleri immobilize etmektir (108). LNG'nin ovulasyonu, sperm migrasyonunu, fallop tüpü motilitesini, korpus luteum fonksiyonunu ve endometrial fizyolojiyi değiştirdiğine dair çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Kesin mekanizma tam olarak anlaşılacakla birlikte LNG'nin implantasyonu engellediğine dair kanıt yoktur. LNG abortus yapan bir ilaç değildir çünkü oluşmuş olan ya da implantasyon aşamasındaki bir gebeliği engellemediği gösterilmiştir (109).

LNG kullanımında en sık görülen yan etkiler bulantı, kusma ve irregüler vajinal kanamalardır. Bulantı (%18), kusma (%4) yan etkisi Yüzpe rejimine göre daha az görülür ve LNG ile birlikte rutin anti emetik kullanımı önerilmemektedir (106). Kullanımdan sonraki 1-2 saat içerisinde kusma olursa doz tekrarı önerilmektedir. Şiddetli bulantı kusma durumları için vajinal kullanım da alternatif bir metottur (110). LNG acil kontraseptif kullanımının bir diğer yan etkisi irregüler kanamalardır ve genellikle takip eden menstruasyonla düzelir. Yapılan çalışmalarda hormonal acil kontraseptif kullanımı sonrası görülen lekelenme tarzı ara kanamalar %3 ila %37 gibi geniş bir aralıkta rapor edilmiştir (111). Acil kontraseptif alımını takip eden menstruasyon kanaması genellikle 1 hafta önce ya da 1 hafta sonra meydana gelir (112). Eğer gecikme 1 haftadan fazla olur ve kanama miktarı normalden az olursa gebelik testi yapılmalıdır. LNG etkisini ovulasyonu geciktirerek gösterebildiğinden siklusun geri kalanında etkin bir kontraseptif yöntem kullanılmalıdır. LNG kullanılmasına rağmen oluşan gebeliklerde herhangi bir teratojenik etki bildirilmemiştir (113). LNG'nin

pihtılaşma sistemi üzerine bir etkisi yoktur ve daha önce venöz tromboz öyküsü olanlarda kombine rejimlere tercih edilmesi önerilmektedir (114).

Mifepriston: Mifepriston (RU-486) selektif progesteron reseptör modölatörüdür (SPRM) ve eğer korunmasız cinsel ilişkiden sonra 120 saat içinde kullanılırsa etkin bir AK yöntemidir (115). Dini ve politik nedenlerle Türkiye dâhil dünyanın pek çok ülkesinde acil kontraseptif olarak kullanılmamaktadır. Kullanımını kısıtlayan bir diğer neden maliyetinin yüksek olması ve AK için kullanılacak uygun dozda piyasaya sürölmemiş olmasıdır. Mifepriston, Amerika gibi bazı ölkelerde yüksek dozlarda terapötik abortus amacıyla kullanılmaktadır. Mifepriston etkisini 2 yolla gösterir; ovulasyonu engellemek veya geciktirmek, implantasyonu önlemek (116). Etkisi hem doz doz hem de ilacın alındığı menstrual siklus dönemine bağımlıdır; 200 mg gibi yüksek dozlarda ve luteal faz döneminde kullanıldığında endometrial reseptiviteyi bozar ve implantasyonu engeller (117). Ancak acil kontraseptif olarak 10, 25, 50 mg gibi düşük dozlarda kullanıldığından endometrial reseptiviteyi etkilemediği veya çok az etkilediği gösterilmiştir (118). 2012 yılında yayımlanan bir Cochrane reviewda 20 farklı çalışma değerlendirmeye alınmış ve orta doz mifepriston (25-50 mg) ile LNG (1,5 mg) karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak mifepristonun daha yüksek tolere edilebilirlik oranıyla acil kontraseptif etkinliğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Mifepriston kullanan kadınların LNG kullananlara göre menstrüasyondaki gecikme sürelerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (119). Yine aynı çalışmada düşük doz mifepristonun (<25 mg) da LNG'den etkili olduğu gösterilmiştir. Mifepriston, Yüzpe rejimi ve danazolun karşılaştırıldığı çalışmalarda, başarısızlık oranı sırası ile %0-4, %1.3-2.6, %3.5-4.7 bulunmuştur. En önemli yan etkisi menstrüasyondaki gecikmedir ve bu etki düşük doz rejimlerde (<25 mg) daha az görülür (119). İntrauterin mifepristona maruz kalan bebeklerde herhangi bir teratojenik etki bildirilmemiştir (120)

Ulipristal Acetate: UPA, CDB-2914 veya VA 2914 olarak da bilinir, ikinci jenerasyon SPRM'dir ve korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 120 saat içerisinde kullanılırsa etkindir(121). Amerika'da 2010; Avrupada 2009 yılından bu yana kullanılan nispeten yeni bir ilaçtır. Türkiye de de 2014 yılından itibaren piyasada bulunmaktadır. Reçeteli satılan ve 30 mg mikronize UPA içeren tek tabletlik formu bulunmaktadır. Sentetik bir SPRM'dir ve progesteron reseptörü üzerinde hem agonistik hem de antagonistik etkileri vardır. Etki mekanizması ilacın alındığı menstrüel siklus fazına göre değişiklik gösterir. UPA ovulasyonu inhibe ederek veya geciktirerek etki gösterir; folliköler fazda

follikülogenezi bozar, lüteinizan hormon (LH) pikini ve follikül rüptürünü engeller, östrojen konsantrasyonunu azaltır (122,123). LH piki döneminde kullanıldığında follikül rüptürünü 5-9 gün geciktirebilir. Luteal fazda kullanıldığında ise endometrial kalınlığı azaltarak implantasyonu engeller (124). UPA korunmasız cinsel ilişkiden 120 saat sonrasına kadar 30 mg dozda aç veya tok alınır; alımını takiben 3 saat içerisinde kusma gerçekleşirse doz tekrarı önerilir.

UPA kullanımında görülen yan etkiler; baş ağrısı (%18), bulantı (%12), karın ağrısı (%12), daha az görülen yan etkiler ise adet sancısı, yorgunluk, baş dönmesi olarak sıralanabilir. Diğer bir yan etkisi menstruasyondaki gecikmedir (125,126). Gebelikte fetus üzerine etkileri hakkında yeterli veri yoktur, hayvan çalışmalarında teratojenik etki saptanmamıştır. Emzirme döneminde kullanımı önerilmez (127). UPA, progesteron reseptörlerine yüksek afinite ile bağlandığından siklusun geri kalanında kontraseptif yöntem olarak bariyer metotlarının kullanımı önerilmektedir.

Bakır içeren RİA (Cu-T 380 A): Bakır içeren RİA, korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 5 gün içerisinde uygulandığı takdirde etkin bir AK yöntemidir ve gebelikten korunmada uzun süreli kontrasepsiyon sağlar (128). Hormonal yöntemden farklı olarak uygulamasındaki gecikme etkinliğini azaltmaz. Cu-T 380A'nın primer etki mekanizması fertilizasyonu engellemektir. Bu etkisini uterus ve fallop tüplerinde meydana getirdiği inflamatuvar reaksiyonun sperm ve ovum üzerine toksik etkileri sayesinde gerçekleştirir (112,129). Aynı yolla fertilizasyon sonrası embriyotoksik etkisiyle embriyonun implantasyon yeteneğini bozabilir (112). Bu yöntemin avantajı kontrasepsiyonun devamında kullanılabilir olmasıdır. Bu metot özellikle uzun süreli kontrasepsiyon isteyen kadınlarda tercih edilmelidir. Bakırlı RİA'nın cinsel yolla bulaşan hastalığı ve/veya pelvik enflamatuvar hastalığı olan kişilere uygulanması önerilmez (122). Bu yöntemin dezavantajlarından bir tanesi ise takılması için bilen bir elemana ihtiyaç duyulması ve istenildiği zaman kolay ulaşılamamasıdır. Birçok kadın RİA takılmasını, girişimsel bir işlem olması, maliyeti, riskleri nedeniyle tercih etmemektedir. Bakır içeren RİA AK'da en etkin kontraseptif metottur. Yöntemin kullanımıyla gebelik oranları %0 ile %0,2 olarak rapor edilmiştir (130).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma tanımlayıcı-kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma 03.04.2019-03.06.2019 tarihleri arasında KSÜ Tıp Fakültesi ve KSÜ Sağlık Bilimleri Fakültesinde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini KSÜ tıp fakültesi ve KSÜ sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrenciler oluşturmaktadır. Toplamda 1, 2, 3, 4, 5, 6. sınıflarda okuyan 715 tıp fakültesi öğrencisi 1, 2, 3, 4. sınıflarda okuyan 448 hemşirelik fakültesi öğrencisi ve 293 ebelik öğrencisi çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Buna göre %5 hata payı ve %95 güven düzeyi ile ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü 300 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya 150 tıp fakültesi öğrencisinden 1.sınıftan 36, 2.sınıftan 31, 3.sınıftan 25, 4.sınıftan 22, 5.sınıftan 17, 6.sınıftan 19 kişi, 90 hemşirelik bölümü öğrencisinden 1.sınıftan 20, 2.sınıftan 21, 3.sınıftan 20, 4.sınıftan 29 kişi, 60 ebelik bölümü öğrencisinden 1.sınıftan 18, 2.sınıftan 16, 3.sınıftan 12, 4.sınıftan 14 kişi olmak üzere tüm sınıflardan eşit oranda öğrenci alınmıştır.

3.3. Katılımcıların Seçimi

3.3.1. Çalışmaya dâhil olma kriterleri

- KSÜ Tıp Fakültesi öğrencisi olmak
- KSÜ Sağlık bilimleri fakültesi öğrencisi olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.3.2. Çalışmaya dâhil olmama kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek.
- KSÜ tıp fakültesi ve KSÜ sağlık bilimleri fakültesi öğrencisi olmamak.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur ve araştırmacı gözetiminde katılımcıların kendileri tarafından doldurtulmuştur. Anketin doldurulması her bir katılımcı için yaklaşık 15 dk. Sürmüştür.

Anket formu, yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu ve sos yo ekonomik durumun sorgulandığı sosyo demografik bilgiler bölümü, CS/ÜS hakkındaki bilgi durumunun, CYBH hakkındaki bilgi durumunun, AP ve kontraseptif yöntemler hakkındaki bilgi durumunun ve AK-Ertesi Sabah Hapı (ESH) hakkındaki bilgi durumunun değerlendirildiği, katılımcıların kendi cinsel hayatlarındaki davranışlarının sorgulandığı, ESH hakkındaki görüş ve davranışların sorgulandığı 7 bölümden oluşan toplamda 65 sorunun sorulduğu bir çalışmadır. Çalışmada herhangi bir ölçek kullanılmamıştır. Ankette bilgi düzeyini ölçen sorulara puan verilmiştir. Doğru cevaplar '1' puan, yanlış cevaplar '0', boş bırakılan ve 'bilmiyorum' cevapları da '0' puan olarak değerlendirilmiştir. Alınan puanlar arttıkça bilgi düzeyi de artmaktadır. CS/ÜS bölümünden en fazla 7, CYBH bölümünden en fazla 27, AP bölümünden en fazla 17, AK ve ESH bölümünden en fazla 17 puan alınabilmektedir. Bölüm 2(CS/ÜS) için bilgi düzeyleri "0-2 puan" yetersiz, "3-5 puan" orta, "5 puan üstü" alanlar yeterli olarak değerlendirildi. Bölüm 3(CYBH) için bilgi düzeyleri "0-9 puan" yetersiz, "10-18 puan" orta, "19-27 puan" alanlar yeterli olarak değerlendirildi. Bölüm 4(AP) ve 5(AK/ESH) için bilgi düzeyleri "0-5 puan" yetersiz, "6-11 puan" orta, "12-17 puan" yeterli olarak değerlendirildi.

3.5. Veri Analizi-İstatistiksel Yöntemler

İstatiksel analiz SPSS 21.0 for Windows (SPSS, Inc.; Chicago, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler sayı (n), yüzde (%), ortalama (Ort.), standart sapma (SD), medyan (ortanca) olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler, Kolmogorov-Smirnov ve Shaphiro-Wilk testleri ile yapılan normallik değerlendirmesine göre normal dağılıma uyduğu yerlerde parametrik testler (independent samples t testi ve ANOVA testi) ile normal dağılıma uymadığı yerlerde ise nonparametrik testler (Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi) ile

karşılaştırılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bu çalışma KSÜ Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin üreme sağlığı, cinsel sağlık ve AK yöntemleri hakkında ki bilgi düzeylerini, tutumlarını ve hizmet gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada bu öğrencilerin üreme sağlığı, cinsel sağlık ve AK hakkında ki bilgi, tutum ve hizmet gereksinimlerinin belirlenmesini, varsa eğitim sistemindeki eksikliklerin tespit edilmesini ve çalışmanın sonuçlarının bu konuda yapılabilecek çalışmalara yol göstermesini amaçlıyoruz



4. BULGULAR

Bu araştırmaya Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 150 tıp öğrencisi ile yine aynı üniversite Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden 90 hemşirelik ve 60 ebelik öğrencisi alınmıştır. 25 yaş üzeri öğrenci sıklığı tıp fakültesi için %9,3, hemşirelik bölümü için %37,8 ve ebelik bölümü için %23,3'tür ($p<0,001$). Ebelik bölümünde hiç erkek öğrenci yokken; hemşirelik bölümündekilerin %32,2'si ve tıp fakültesindekilerin %51,3'ü erkektir ($p<0,001$). Evli/sözlü/nişanlı olan öğrenci yüzdesi sırasıyla tıp fakültesinde %4,0, hemşirelikte %7,8 ve ebelikte %5,0'dır ($p=0,448$). Aylık gelir durumları açısından üç bölüm arasında fark yoktur ($p=0,219$). Tıp öğrencilerinin babalarının %50,7'si üniversite ve üzeri eğitime sahip iken; bu oran hemşirelikte %8,9 ve ebelikte %18,3'tür. Tıp öğrencilerinin annelerinin %30,7'si üniversite ve üzeri eğitime sahip iken; bu oran hemşirelikte %4,4 ve ebelikte %10,0'dır. Anne ve baba eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Bölüm			Toplam n (%)	p*
	Tıp n (%)	Hemşirelik n (%)	Ebelik n (%)		
Yaş					
18-24 yaş	136 (90,7)	56 (62,2)	46 (76,7)	238 (79,3)	<0,001
25 yaş ve üzeri	14 (9,3)	34 (37,8)	14 (23,3)	62 (20,7)	
Cinsiyet					
Kadın	73 (48,7)	61 (67,8)	60 (100,0)	194 (64,7)	<0,001
Erkek	77 (51,3)	29 (32,2)	0 (0,0)	106 (35,3)	
Sınıf					
1 ve 2. Sınıf	67 (44,7)	41 (45,6)	34 (56,7)	142 (47,3)	<0,001
3 ve 4. Sınıf	47 (31,3)	49 (54,4)	26 (43,3)	122 (40,7)	
5 ve 6. Sınıf	36 (24,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	36 (12,0)	
Medeni hal					
Bekâr	144 (96,0)	83 (92,2)	57 (95,0)	284 (94,7)	0,448
Evli/sözlü/nişanlı	6 (4,0)	7 (7,8)	3 (5,0)	16 (5,3)	
Aylık gelir					
Kötü/yetersiz	16 (10,7)	14 (15,6)	4 (6,7)	34 (11,3)	0,219
Orta	92 (61,3)	50 (55,6)	44 (73,3)	186 (62,0)	
İyi	42 (28,0)	26 (28,9)	12 (20,0)	80 (26,7)	
Baba eğitim					
İlköğretim ve altı	34 (22,7)	59 (65,6)	31 (51,7)	124 (41,3)	<0,001
Lise	40 (26,7)	23 (25,6)	18 (30,0)	81 (27,0)	
Üniversite ve üzeri	76 (50,7)	8 (8,9)	11 (18,3)	95 (31,7)	
Anne eğitim					
İlköğretim ve altı	59 (39,3)	75 (83,3)	44 (73,3)	178 (59,3)	<0,001
Lise	45 (30,0)	11 (12,2)	10 (16,7)	66 (22,0)	
Üniversite ve üzeri	46 (30,7)	4 (4,4)	6 (10,0)	56 (18,7)	
Toplam	150 (50,0)	90 (30,0)	60 (20,0)	300 (100,0)	

*Ki-kare testi

Tablo 2’de öğrencilerin okuduğu bölüme göre bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre Bölüm 2(ÜS/CS)’den tıp öğrencileri 4,75±2,01, hemşirelik öğrencileri 4,27±1,90 ve ebelik öğrencileri 4,52±1,82 puan almıştır. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,153).

Bölüm 3(CYBH)’ten tıp öğrencileri 18,37±4,63, hemşirelik öğrencileri 15,70±3,73 ve ebelik öğrencileri 15,63±4,66 puan almıştır. Tıp öğrencilerinin bölüm 3 puanları diğer öğrencilerinkinden anlamlı şekilde daha yüksektir (**p<0,001**).

Bölüm 4(AP)’ten tıp öğrencileri 10,67±5,49, hemşirelik öğrencileri 9,74±4,53 ve ebelik öğrencileri 9,82±4,47 puan almıştır. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,164).

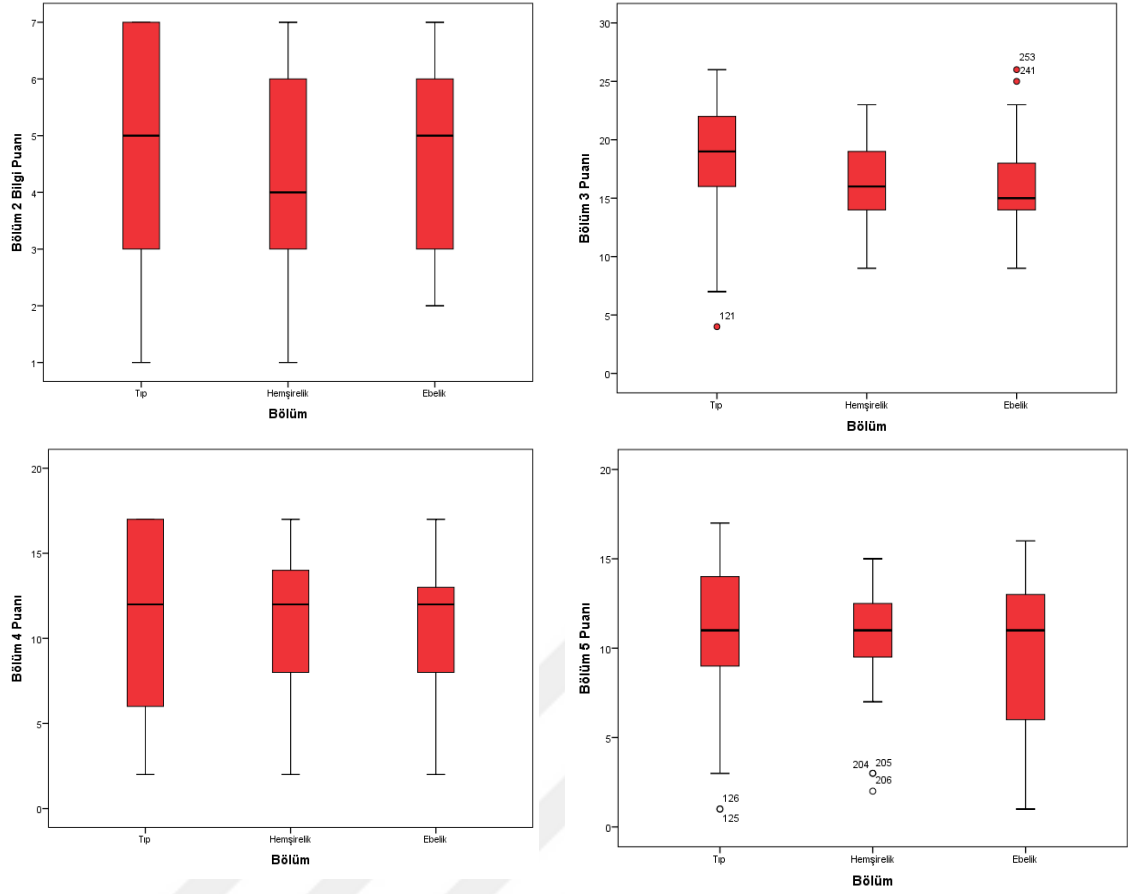
Bölüm 5(AK/ESH)’ten tıp öğrencileri 11,26±3,74, hemşirelik öğrencileri 10,82±2,80 ve ebelik öğrencileri 9,71±4,32 puan almıştır. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,163).

Tablo 2. Öğrencilerin Okuduğu Bölüme Göre Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Bölüm		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
Tıp (n=150)	Ort.±SS	4,75±2,01	18,37±4,63	10,67±5,49	11,26±3,74
	Ortanca	5,00	18,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	4-26	1-17	1-17
Hemşirelik (n=90)	Ort.±SS	4,27±1,90	15,70±3,73	9,74±4,53	10,82±2,80
	Ortanca	4,00	16,00	10,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	8-24	1-17	2-15
Ebelik (n=60)	Ort.±SS	4,52±1,82	15,63±4,66	9,82±4,47	9,71±4,32
	Ortanca	4,00	16,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	2-17	1-16
Toplam	Ort.±SS	4,56±1,94	17,01±4,57	10,22±5,02	10,85±3,69
	Ortanca	4,00	17,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
p*		0,153	<0,001	0,164	0,163

*Kruskal Wallis testi

Şekil 1’de öğrencinin okuduğu bölüme göre bilgi puanlarının karşılaştırılmasına ait kutu-çizgi grafikleri sunulmuştur.

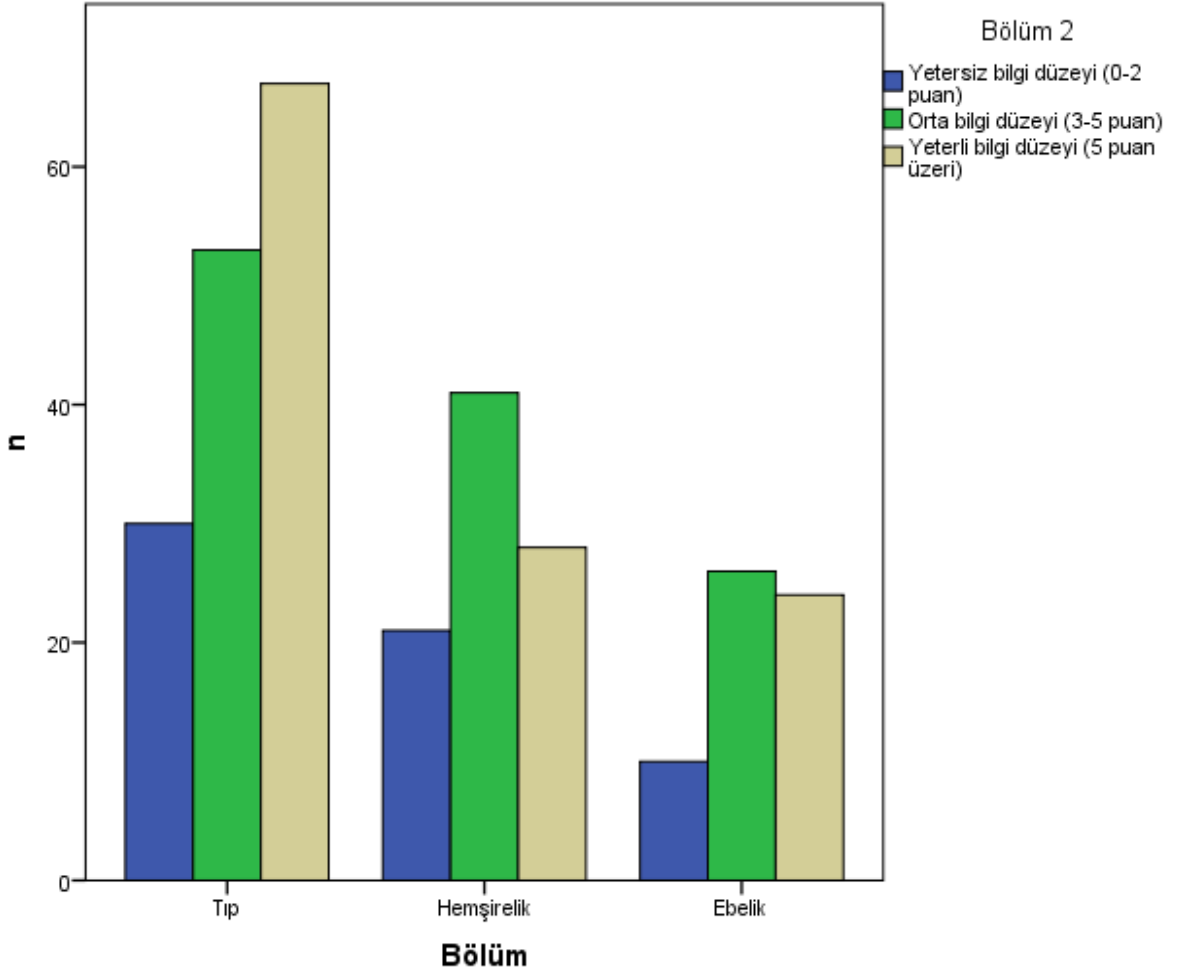


Şekil 1. Öğrencinin Okuduğu Bölüme Göre Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 3'te öğrencinin okuduğu bölüme göre bölüm 2 bilgi düzeyinin değerlendirilmesi verilmiştir. Bölüm 2'den tıp öğrencileri %20,0 yetersiz, %35,3 orta düzey ve %44,7 yeterli bilgi puanı alırken; hemşirelik öğrencileri %23,3 yetersiz, %45,6 orta, %31,1 yeterli puan ve ebelik öğrencileri %16,7 yetersiz, %43,3 orta, %40,0 yeterli puan almıştır. Bölüm 2 bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,278$). Şekil 2'de öğrencinin okuduğu bölüme göre bölüm 2 bilgi düzeyinin karşılaştırılmasına ait çubuk grafiği verilmiştir.

Tablo 3. Öğrencinin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 2 (CS/ÜS) Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

		Bölüm 2 (CS/ÜS) Değerlendirme			X ²	P
		Yetersiz (0-2 puan) n (%)	Orta (3-5 puan) n (%)	Yeterli (5 puan üzeri) n (%)		
Bölüm	Tıp	30 (20,0)	53 (35,3)	67 (44,7)	5,089	0,278
	Hemşirelik	21 (23,3)	41 (45,6)	28 (31,1)		
	Ebelik	10 (16,7)	26 (42,3)	24 (40,0)		
Toplam		61 (20,3)	120 (40,0)	119 (39,7)		

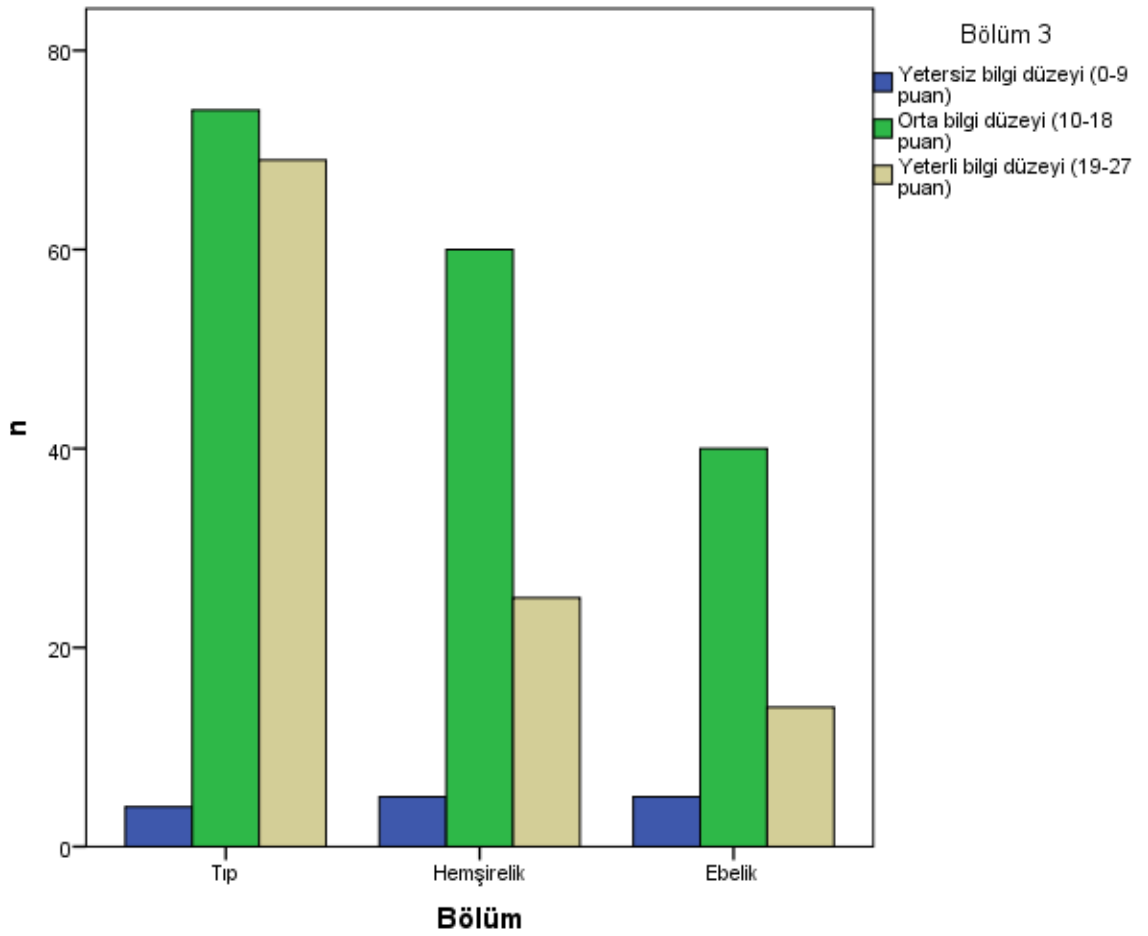


Şekil 2. Öğrencinin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 2 (CS/ÜS) Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 4'te öğrencilerin okuduğu bölüme göre bölüm 3 bilgi düzeyinin değerlendirilmesi verilmiştir. Bölüm 3'ten tıp öğrencileri %2,7 yetersiz, %50,3 orta düzey ve %46,9 yeterli bilgi puanı alırken; hemşirelik öğrencileri %5,6 yetersiz, %66,7 orta, %27,8 yeterli puan ve ebelik öğrencileri %8,5 yetersiz, %67,8 orta, %23,7 yeterli puan almıştır. Bölüm 3 bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır (**p=0,004**). Tıp öğrencilerinde yeterli bilgi puanına sahip olanların oranı anlamlı şekilde daha fazladır. Şekil 3'de öğrencilerin okuduğu bölüme göre bölüm 3 bilgi düzeyinin karşılaştırılmasına ait çubuk grafiği verilmiştir.

Tablo 4. Öğrencilerin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 3 (CYBH) Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

		Bölüm 3 (CYBH) Değerlendirme			X ²	P
		Yetersiz (0-9 puan) n (%)	Orta (10-18 puan) n (%)	Yeterli (19-27 puan) n (%)		
Bölüm	Tıp	4 (2,7)	74 (50,3)	69 (46,9)	15,587	0,004
	Hemşirelik	5 (5,6)	60 (66,7)	25 (27,8)		
	Ebelik	5 (8,5)	40 (67,8)	14 (23,7)		
Toplam		14 (4,7)	174 (58,8)	108 (36,5)		



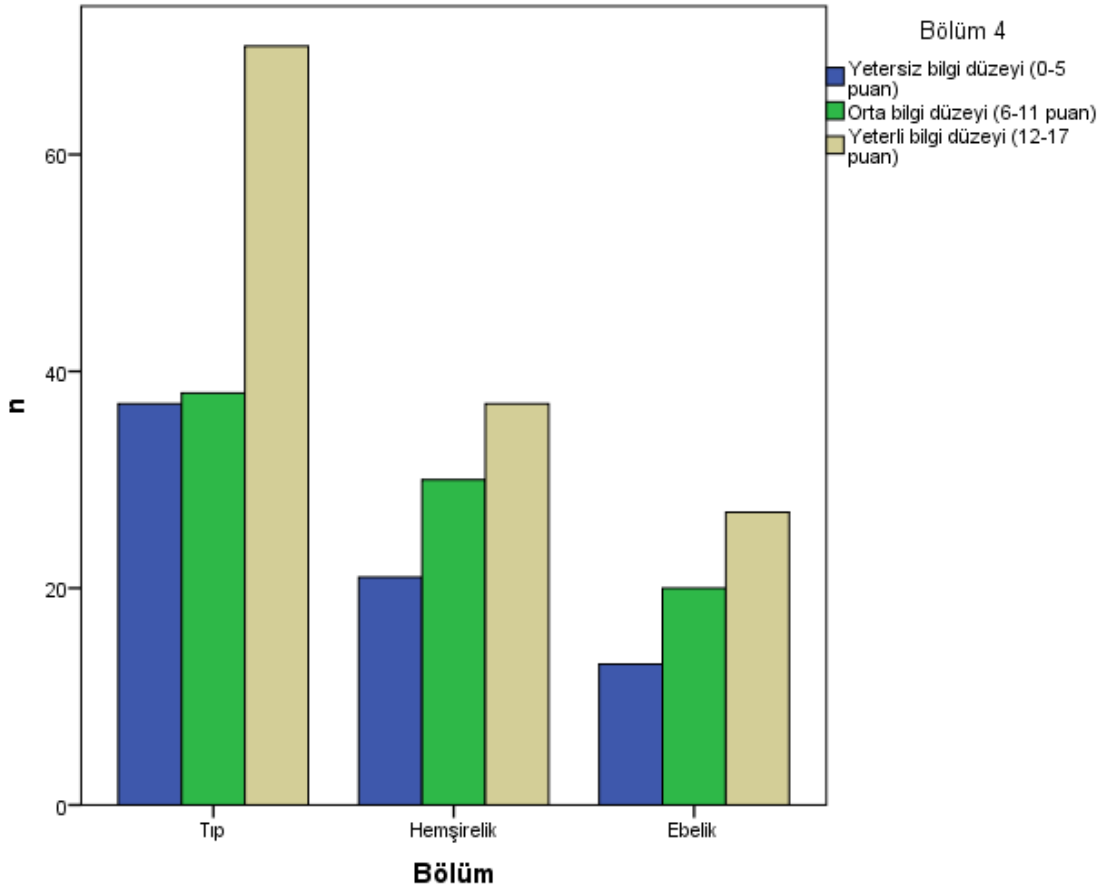
Şekil 3. Öğrencilerin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 3 (CYBH) Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 5'te öğrencilerin okuduğu bölüme göre bölüm 4 bilgi düzeyinin değerlendirilmesi verilmiştir. Bölüm 4'ten tıp öğrencileri %25,5 yetersiz, %26,2 orta düzey ve %48,3 yeterli bilgi puanı alırken; hemşirelik öğrencileri %23,9 yetersiz, %34,1 orta, %42,0 yeterli puan ve ebelik öğrencileri %21,7 yetersiz, %33,3 orta, %45,0 yeterli

puan almıştır. Bölüm 4 bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,709$). Şekil 4'te öğrencilerin okuduğu bölüme göre bölüm 4 bilgi düzeyinin karşılaştırılmasına ait çubuk grafiği verilmiştir.

Tablo 5. Öğrencinin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 4 (AP) Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

		Bölüm 4 (AP) Değerlendirme			X ²	p
		Yetersiz (0-5 puan) n (%)	Orta (6-11 puan) n (%)	Yeterli (12-17 puan) n (%)		
Bölüm	Tıp	37 (25,5)	38 (36,2)	70 (48,3)	2,147	0,709
	Hemşirelik	21 (23,9)	30 (34,1)	37 (42,0)		
	Ebelik	13 (21,7)	20 (33,3)	27 (45,0)		
Toplam		71 (24,2)	88 (30,0)	134 (45,7)		

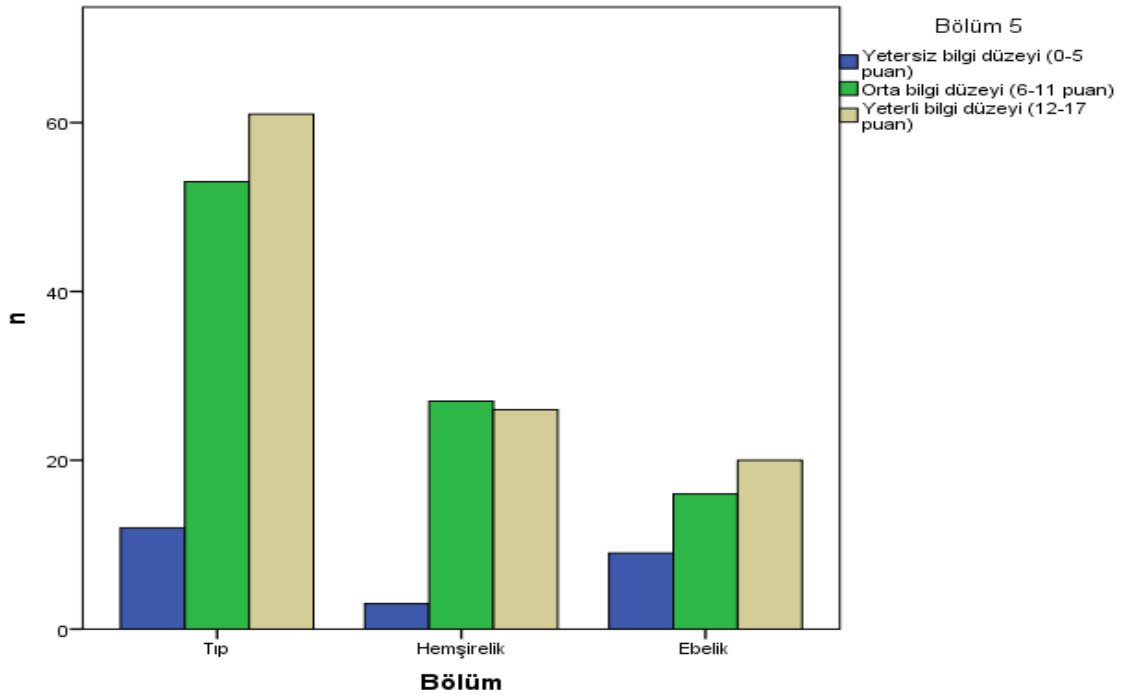


Şekil 4. Öğrencilerin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 4 (AP) Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 6’da öğrencilerin okuduğu bölüme göre bölüm 5 bilgi düzeyinin değerlendirilmesi verilmiştir. Bölüm 4’ten tıp öğrencileri %9,5 yetersiz, %42,1 orta düzey ve %48,4 yeterli bilgi puanı alırken; hemşirelik öğrencileri %5,4 yetersiz, %48,2 orta, %46,4 yeterli puan ve ebelik öğrencileri %20,0 yetersiz, %35,6 orta, %44,4 yeterli puan almıştır. Bölüm 5 bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,170$). Şekil 5’te öğrencilerin okuduğu bölüme göre bölüm 5 bilgi düzeyinin karşılaştırılmasına ait çubuk grafiği verilmiştir.

Tablo 6. Öğrencilerin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 5 (AK/ESH) Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

		Bölüm 5 (AK/ESH) Değerlendirme			X ²	P
		Yetersiz (0-5 puan) n (%)	Orta (6-11 puan) n (%)	Yeterli (12-17puan) n (%)		
Bölüm	Tıp	12 (9,5)	53 (42,1)	61 (48,4)	6,422	0,170
	Hemşirelik	3 (5,4)	27 (48,2)	26 (46,4)		
	Ebelik	9 (20,0)	16 (35,6)	20 (44,4)		
Toplam		24 (10,6)	96 (42,3)	107 (47,1)		



Şekil 5. Öğrencinin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 5 (AK/ESH) Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 7’de yaş gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tıp öğrencileri incelendiğinde; 18-24 yaş grubu bölüm 2’den 4,76±2,00 puan, bölüm 3’ten 18,18±4,78 puan, bölüm 4’ten 10,38±5,59 puan ve bölüm 5’ten 11,11±3,83 puan almıştır. 25 yaş ve üzeri olanlar ise bölüm 2’den 4,64±2,17 puan, bölüm 3’ten 20,14±2,21 puan, bölüm 4’ten 13,36±3,63 puan ve bölüm 5’ten 12,50±2,71 puan almıştır. Tıp öğrencileri içinde yaş grupları arasında bölüm bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; 18-24 yaş grubu bölüm 2’den 4,11±1,89 puan, bölüm 3’ten 15,45±3,96 puan, bölüm 4’ten 8,59±4,41 puan ve bölüm 5’ten 10,83±2,66 puan almıştır. 25 yaş ve üzeri olanlar ise bölüm 2’den 4,53±1,90 puan, bölüm 3’ten 16,12±3,35 puan, bölüm 4’ten 11,56±4,15 puan ve bölüm 5’ten 10,81±2,99 puan almıştır. Hemşirelik öğrencileri içinde yaş grupları arasında sadece bölüm 4 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiştir (**$p=0,002$**). 25 yaş ve üzeri grubun bölüm 4 bilgi puanı, 18-24 yaş grubundan anlamlı şekilde daha yüksektir.

Ebelik öğrencileri incelendiğinde; 18-24 yaş grubu bölüm 2’den 4,37±1,87 puan, bölüm 3’ten 15,11±4,84 puan, bölüm 4’ten 9,07±4,48 puan ve bölüm 5’ten 8,55±4,27 puan almıştır. 25 yaş ve üzeri olanlar ise bölüm 2’den 5,00±1,62 puan, bölüm 3’ten 17,29±3,71 puan, bölüm 4’ten 12,29±3,54 puan ve bölüm 5’ten 12,92±2,50 puan almıştır. Ebelik öğrencileri içinde yaş grupları arasında sadece bölüm 4 ve bölüm 5 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiştir (**$p=0,013$** ; **$p<0,001$**). 25 yaş ve üzeri grubun bölüm 4 ve 5 bilgi puanı, 18-24 yaş grubundan anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 7. Yaş Gruplarına Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Bölüm	Yaş		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
Tıp	18-24 yaş	Ort.±SS	4,76±2,00	18,18±4,78	10,38±5,59	11,11±3,83
		Ortanca	5,00	18,00	10,00	11,00
		Min.-maks	1-7	4-26	1-17	1-17
	25 yaş ve üzeri	Ort.±SS	4,64±2,17	20,14±2,21	13,36±3,63	12,50±2,71
		Ortanca	4,00	20,50	13,50	12,50
		Min.-maks	1-7	17-24	6-17	7-16
p*		0,913	0,134	0,061	0,248	
Hemşirelik	18-24 yaş	Ort.±SS	4,11±1,89	15,45±3,96	8,59±4,41	10,83±2,66
		Ortanca	4,00	15,00	8,50	11,00
		Min.-maks	1-7	8-24	1-16	3-15
	25 yaş ve üzeri	Ort.±SS	4,53±1,90	16,12±3,35	11,56±4,15	10,81±2,99
		Ortanca	4,50	16,00	12,50	11,00
		Min.-maks	1-7	9-22	2-17	2-15
p*		0,297	0,341	0,002	0,740	
Ebelik	18-24 yaş	Ort.±SS	4,37±1,87	15,11±4,84	9,07±4,48	8,55±4,27
		Ortanca	4,00	15,00	9,00	10,00
		Min.-maks	1-7	1-26	2-17	1-16
	25 yaş ve üzeri	Ort.±SS	5,00±1,62	17,29±3,71	12,29±3,54	12,92±2,50
		Ortanca	6,00	17,00	13,00	13,00
		Min.-maks	2-7	9-23	2-17	6-16
p*		0,283	0,075	0,013	<0,001	

*Mann Whitney U testi

Tablo 8’de cinsiyet gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tıp öğrencileri incelendiğinde; kadın grubu bölüm 2’den 4,84±1,83 puan, bölüm 3’ten 18,30±4,68 puan, bölüm 4’ten 10,63±5,44 puan ve bölüm 5’ten 10,92±4,15 puan almıştır. Erkek olanlar ise bölüm 2’den 4,66±2,18 puan, bölüm 3’ten 18,43±4,62 puan, bölüm 4’ten 10,70±5,58 puan ve bölüm 5’ten 11,59±3,28 puan almıştır. Tıp öğrencileri içinde cinsiyetler arasında bölüm bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; kadın grubu bölüm 2’den 4,34±1,90 puan, bölüm 3’ten 15,85±3,94 puan, bölüm 4’ten 10,38±4,49 puan ve bölüm 5’ten 11,05±2,50 puan almıştır. Erkek olanlar ise bölüm 2’den 4,10±1,92 puan, bölüm 3’ten 15,38±3,30 puan, bölüm 4’ten 8,36±4,37 puan ve bölüm 5’ten 10,33±3,36 puan almıştır. Hemşirelik öğrencileri içinde cinsiyet grupları arasında sadece bölüm 4 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiştir (**0,043**). Kadın grubun bölüm 4 bilgi puanı, erkek grubundan anlamlı şekilde daha yüksektir.

Ebelik öğrencileri incelendiğinde; kadın grubu bölüm 2'den $4,52 \pm 1,82$ puan, bölüm 3'ten $15,63 \pm 4,66$ puan, bölüm 4'ten $9,82 \pm 4,47$ puan ve bölüm 5'ten $9,71 \pm 4,32$ puan almıştır.

Tablo 8. Cinsiyet Gruplarına Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Bölüm	Cinsiyet		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
Tıp	Kadın	Ort.±SS	$4,84 \pm 1,83$	$18,30 \pm 4,68$	$10,63 \pm 5,44$	$10,92 \pm 4,15$
		Ortanca	5,00	18,00	10,00	11,00
		Min.-maks	1-7	7-26	1-17	1-17
	Erkek	Ort.±SS	$4,66 \pm 2,18$	$18,43 \pm 4,62$	$10,70 \pm 5,58$	$11,59 \pm 3,28$
		Ortanca	5,00	18,00	11,00	11,00
		Min.-maks	1-7	4-26	1-17	4-17
p*		0,775	0,980	0,962	0,556	
Hemşirelik	Kadın	Ort.±SS	$4,34 \pm 1,90$	$15,85 \pm 3,94$	$10,38 \pm 4,49$	$11,05 \pm 2,50$
		Ortanca	4,00	16,00	11,50	11,50
		Min.-maks	1-7	8-24	1-17	3-15
	Erkek	Ort.±SS	$4,10 \pm 1,92$	$15,38 \pm 3,30$	$8,36 \pm 4,37$	$10,33 \pm 3,36$
		Ortanca	4,00	16,00	8,00	11,00
		Min.-maks	1-7	8-20	2-17	2-15
p*		0,596	0,634	0,043	0,473	
Ebelik	Kadın	Ort.±SS	$4,52 \pm 1,82$	$15,63 \pm 4,66$	$9,82 \pm 4,47$	$9,71 \pm 4,32$
		Ortanca	4,00	16,00	11,00	11,00
		Min.-maks	1-7	1-26	2-17	1-16

*Mann Whitney U testi

Tablo 9'da sınıf gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tıp öğrencileri incelendiğinde; 1 ve 2. sınıf grubu bölüm 2'den $4,67 \pm 1,97$ puan, bölüm 3'ten $15,68 \pm 4,26$ puan, bölüm 4'ten $5,85 \pm 3,08$ puan ve bölüm 5'ten $9,12 \pm 3,17$ puan almıştır. 3 ve 4. sınıf olanlar ise bölüm 2'den $4,53 \pm 2,20$ puan, bölüm 3'ten $19,33 \pm 3,77$ puan, bölüm 4'ten $14,41 \pm 3,61$ puan ve bölüm 5'ten $11,49 \pm 3,64$ puan almıştır. 5 ve 6. sınıf olanlar ise bölüm 2'den $5,17 \pm 1,83$ puan, bölüm 3'ten $22,08 \pm 2,98$ puan, bölüm 4'ten $15,06 \pm 3,19$ puan ve bölüm 5'ten $14,06 \pm 2,52$ puan almıştır. Tıp öğrencileri içinde sınıflar arasında bölüm 2 bilgi puanları açısından anlamlı fark yokken ($p=0,390$), bölüm 3, 4 ve 5 bilgi puanları sınıf yükseldikçe anlamlı şekilde artmaktadır ($p<0,001$).

Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; 1 ve 2. sınıf grubu bölüm 2'den $4,05 \pm 1,86$ puan, bölüm 3'ten $14,73 \pm 3,44$ puan, bölüm 4'ten $6,36 \pm 3,56$ puan ve bölüm 5'ten $10,47 \pm 2,98$ puan almıştır. 3 ve 4. sınıf olanlar ise bölüm 2'den $4,45 \pm 1,93$ puan,

bölüm 3'ten 16,51±3,81 puan, bölüm 4'ten 12,43±3,23 puan ve bölüm 5'ten 10,97±2,74 puan almıştır. Hemşirelik öğrencileri içinde sınıf grupları arasında sadece bölüm 3 ve 4 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiştir (**p=0,027; p<0,001**). Üst sınıfların bölüm 3 ve 4 bilgi puanı, alt sınıflardan anlamlı şekilde daha yüksektir.

Ebelik öğrencileri incelendiğinde; 1 ve 2. sınıf grubu bölüm 2'den 4,32±1,93 puan, bölüm 3'ten 14,64±5,36 puan, bölüm 4'ten 7,32±3,82 puan ve bölüm 5'ten 7,38±4,57 puan almıştır. 3 ve 4. sınıf olanlar ise bölüm 2'den 4,77±1,66 puan, bölüm 3'ten 16,88±3,27 puan, bölüm 4'ten 13,08±2,90 puan ve bölüm 5'ten 11,75±2,88 puan almıştır. Ebelik öğrencileri içinde sınıf grupları arasında sadece bölüm 4 ve bölüm 5 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiştir (**p<0,001; p=0,002**). Üst sınıfların bölüm 4 ve 5 bilgi puanı, alt sınıflardan anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 9. Sınıfa Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Bölüm	Sınıf		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan	
Tıp	1 ve 2. Sınıf	Ort.±SS	4,67±1,97	15,68±4,26	5,85±3,08	9,12±3,17	
		Ortanca	5,00	16,50	5,00	10,00	
		Min.-maks	1-7	4-26	1-17	1-15	
	3 ve 4. Sınıf	Ort.±SS	4,53±2,20	19,33±3,77	14,41±3,61	11,49±3,64	
		Ortanca	4,00	20,00	16,00	12,00	
		Min.-maks	1-7	12-26	2-17	1-17	
	5 ve 6. Sınıf	Ort.±SS	5,17±1,83	22,08±2,98	15,06±3,19	14,06±2,52	
		Ortanca	6,00	22,50	17,00	15,00	
		Min.-maks	2-7	17-26	6-17	7-17	
p*		0,390	<0,001	<0,001	<0,001		
Hemşirelik	1 ve 2. Sınıf	Ort.±SS	4,05±1,86	14,73±3,44	6,36±3,56	10,47±2,98	
		Ortanca	4,00	15,00	6,00	11,00	
		Min.-maks	1-7	8-20	1-16	3-15	
	3 ve 4. Sınıf	Ort.±SS	4,45±1,93	16,51±3,81	12,43±3,23	10,97±2,74	
		Ortanca	4,00	16,00	13,00	11,00	
		Min.-maks	1-7	8-24	2-17	2-15	
	p**		0,344	0,027	<0,001	0,466	
	Ebelik	1 ve 2. Sınıf	Ort.±SS	4,32±1,93	14,64±5,36	7,32±3,82	7,38±4,57
			Ortanca	4,00	14,00	7,50	6,00
Min.-maks			1-7	1-26	2-17	1-14	
3 ve 4. Sınıf		Ort.±SS	4,77±1,66	16,88±3,27	13,08±2,90	11,75±2,88	
		Ortanca	4,50	16,50	13,00	12,00	
		Min.-maks	2-7	10-25	2-17	3-16	
p**			0,363	0,066	<0,001	0,002	

*Kruskal Wallis testi, **Mann Whitney U testi

Tablo 10'da medeni durum gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tıp öğrencileri incelendiğinde; bekâr grubu bölüm 2'den 4,76±1,98 puan, bölüm 3'ten 18,31±4,69 puan, bölüm 4'ten 10,64±5,54 puan ve bölüm 5'ten 11,21±3,78 puan almıştır. Evli/sözlü/nişanlı olanlar ise bölüm 2'den 4,50±2,81

puan, bölüm 3'ten 19,67±3,14 puan, bölüm 4'ten 11,33±4,55 puan ve bölüm 5'ten 12,40±2,51 puan almıştır. Tıp öğrencileri içinde medeni durum grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; bekâr grubu bölüm 2'den 4,22±1,87 puan, bölüm 3'ten 15,61±3,77 puan, bölüm 4'ten 9,80±4,60 puan ve bölüm 5'ten 10,74±2,89 puan almıştır. Evli/sözlü/nişanlı olanlar ise bölüm 2'den 4,86±2,27 puan, bölüm 3'ten 16,71±3,30 puan, bölüm 4'ten 9,00±3,83 puan ve bölüm 5'ten 11,50±1,87 puan almıştır. Hemşirelik öğrencileri içinde medeni durum grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Ebelik öğrencileri incelendiğinde; bekâr grubu bölüm 2'den 4,53±1,78 puan, bölüm 3'ten 15,63±4,73 puan, bölüm 4'ten 9,93±4,48 puan ve bölüm 5'ten 9,58±4,34 puan almıştır. Evli/sözlü/nişanlı olanlar ise bölüm 2'den 4,33±2,89 puan, bölüm 3'ten 15,50±2,12 puan, bölüm 4'ten 7,67±4,51 puan ve bölüm 5'ten 12,50±3,54 puan almıştır. Ebelik öğrencileri içinde medeni durum grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 10. Medeni Duruma Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Bölüm	Medeni hal		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
Tıp	Bekâr	Ort.±SS	4,76±1,98	18,31±4,69	10,64±5,54	11,21±3,78
		Ortanca	5,00	18,00	11,00	11,00
		Min.-maks	1-7	4-26	1-17	1-17
	Evli / sözlü / nişanlı	Ort.±SS	4,50±2,81	19,67±3,14	11,33±4,55	12,40±2,51
		Ortanca	5,00	21,00	11,00	11,00
		Min.-maks	1-7	14-22	4-17	10-16
p*		0,914	0,420	0,869	0,633	
Hemşirelik	Bekâr	Ort.±SS	4,22±1,87	15,61±3,77	9,80±4,60	10,74±2,89
		Ortanca	4,00	16,00	10,00	11,00
		Min.-maks	1-7	8-24	1-17	2-15
	Evli / sözlü / nişanlı	Ort.±SS	4,86±2,27	16,71±3,30	9,00±3,83	11,50±1,87
		Ortanca	4,00	16,00	8,00	11,00
		Min.-maks	1-7	12-20	4-14	10-15
p*		0,347	0,436	0,573	0,862	
Ebelik	Bekâr	Ort.±SS	4,53±1,78	15,63±4,73	9,93±4,48	9,58±4,34
		Ortanca	4,00	16,00	11,00	11,00
		Min.-maks	1-7	1-26	2-17	1-16
	Evli / sözlü / nişanlı	Ort.±SS	4,33±2,89	15,50±2,12	7,67±4,51	12,50±3,54
		Ortanca	6,00	15,50	8,00	12,50
		Min.-maks	1-6	14-17	3-12	10-15
p*		0,918	0,900	0,367	0,406	

*Mann Whitney U testi

Tablo 11’de aylık gelir durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tıp öğrencileri incelendiğinde; kötü/yetersiz gelire sahip olanlar bölüm 2’den $4,00\pm 2,16$ puan, bölüm 3’ten $17,50\pm 4,41$ puan, bölüm 4’ten $10,38\pm 6,02$ puan ve bölüm 5’ten $11,09\pm 2,98$ puan almıştır. Orta gelire sahip olanlar bölüm 2’den $4,99\pm 1,96$ puan, bölüm 3’ten $18,69\pm 4,74$ puan, bölüm 4’ten $10,84\pm 5,51$ puan ve bölüm 5’ten $11,38\pm 3,80$ puan almıştır. İyi gelire sahip olanlar ise bölüm 2’den $4,50\pm 2,02$ puan, bölüm 3’ten $18,00\pm 4,50$ puan, bölüm 4’ten $10,41\pm 5,37$ puan ve bölüm 5’ten $11,06\pm 3,88$ puan almıştır. Tıp öğrencileri içinde aylık gelir durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; kötü/yetersiz gelire sahip olanlar grubu bölüm 2’den $4,86\pm 1,96$ puan, bölüm 3’ten $16,21\pm 2,69$ puan, bölüm 4’ten $9,36\pm 4,72$ puan ve bölüm 5’ten $11,11\pm 1,54$ puan almıştır. Orta gelire sahip olanlar bölüm 2’den $4,36\pm 1,98$ puan, bölüm 3’ten $15,54\pm 3,75$ puan, bölüm 4’ten $10,29\pm 4,21$ puan ve bölüm 5’ten $11,38\pm 3,80$ puan almıştır. İyi gelire sahip olanlar ise bölüm 2’den $15,73\pm 4,26$ puan, bölüm 3’ten $15,73\pm 4,26$ puan, bölüm 4’ten $8,88\pm 5,03$ puan ve bölüm 5’ten $10,87\pm 3,24$ puan almıştır. Hemşirelik öğrencileri içinde aylık gelir durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Ebelik öğrencileri incelendiğinde; kötü/yetersiz gelire sahip olanlar grubu bölüm 2’den $4,00\pm 0,82$ puan, bölüm 3’ten $19,00\pm 4,55$ puan, bölüm 4’ten $11,00\pm 5,89$ puan ve bölüm 5’ten $11,50\pm 5,26$ puan almıştır. Orta gelire sahip olanlar bölüm 2’den $4,30\pm 1,91$ puan, bölüm 3’ten $15,21\pm 4,75$ puan, bölüm 4’ten $9,64\pm 4,65$ puan ve bölüm 5’ten $9,03\pm 4,45$ puan almıştır. İyi gelire sahip olanlar ise bölüm 2’den $5,50\pm 1,38$ puan, bölüm 3’ten $16,00\pm 4,22$ puan, bölüm 4’ten $10,08\pm 3,55$ puan ve bölüm 5’ten $12,00\pm 1,83$ puan almıştır. Ebelik öğrencileri içinde aylık gelir durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 11. Aylık Gelir Durumuna Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Bölüm	Aylık gelir		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
Tıp	Kötü / yetersiz	Ort.±SS	4,00±2,16	17,50±4,41	10,38±6,02	11,09±2,98
		Ortanca	3,50	17,50	11,00	11,00
		Min.-maks	1-7	10-25	2-17	8-17
	Orta	Ort.±SS	4,99±1,96	18,69±4,74	10,84±5,51	11,38±3,80
		Ortanca	5,50	18,00	11,00	11,00
		Min.-maks	1-7	7-26	1-17	3-17
	İyi	Ort.±SS	4,50±2,02	18,00±4,50	10,41±5,37	11,06±3,88
		Ortanca	4,50	17,00	11,00	12,00
		Min.-maks	1-7	4-26	1-17	1-16
p*		0,125	0,421	0,854	0,762	
Hemşirelik	Kötü / yetersiz	Ort.±SS	4,86±1,96	16,21±2,69	9,36±4,72	11,11±1,54
		Ortanca	5,00	16,00	9,50	12,00
		Min.-maks	1-7	12-20	1-17	8-13
	Orta	Ort.±SS	4,36±1,98	15,54±3,75	10,29±4,21	10,71±2,90
		Ortanca	4,00	16,00	11,00	11,00
		Min.-maks	1-7	8-24	1-17	2-15
	İyi	Ort.±SS	3,77±1,63	15,73±4,26	8,88±5,03	10,87±3,24
		Ortanca	4,00	15,50	9,00	11,00
		Min.-maks	1-7	9-23	1-16	3-15
p*		0,210	0,862	0,517	0,944	
Ebelik	Kötü / yetersiz	Ort.±SS	4,00±0,82	19,00±4,55	11,00±5,89	11,50±5,26
		Ortanca	4,00	18,50	12,00	13,00
		Min.-maks	3-5	14-25	3-17	4-16
	Orta	Ort.±SS	4,30±1,91	15,21±4,75	9,64±4,65	9,03±4,45
		Ortanca	4,00	15,00	10,50	10,50
		Min.-maks	1-7	1-26	2-17	1-16
	İyi	Ort.±SS	5,50±1,38	16,00±4,22	10,08±3,55	12,00±1,83
		Ortanca	6,00	17,00	10,00	12,00
		Min.-maks	3-7	6-22	5-17	10-15
p*		0,106	0,244	0,852	0,177	

*Kruskal Wallis testi

Tablo 12’de baba eğitim durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tıp öğrencileri incelendiğinde; ilköğretim ve altı grubu bölüm 2’den 4,97±1,87 puan, bölüm 3’ten 17,59±4,74 puan, bölüm 4’ten 9,55±5,69 puan ve bölüm 5’ten 11,04±3,37 puan almıştır. Lise grubu bölüm 2’den 4,65±1,96 puan, bölüm 3’ten 18,77±4,70 puan, bölüm 4’ten 11,13±5,43 puan ve bölüm 5’ten 10,73±3,89 puan almıştır. Üniversite ve üzeri grubu ise bölüm 2’den 4,70±2,12 puan, bölüm 3’ten 18,51±4,57 puan, bölüm 4’ten 10,93±5,45 puan ve bölüm 5’ten 11,65±3,79 puan almıştır. Tıp öğrencileri içinde baba eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; ilköğretim ve altı grubu bölüm 2’den 4,20±2,01 puan, bölüm 3’ten 15,27±3,71 puan, bölüm 4’ten 9,53±4,67 puan ve bölüm 5’ten 11,14±2,49 puan almıştır. Lise grubu bölüm 2’den 4,70±1,74 puan, bölüm 3’ten

16,65±3,56 puan, bölüm 4'ten 10,18±3,79 puan ve bölüm 5'ten 9,64±3,37 puan almıştır. Üniversite ve üzeri grubu ise bölüm 2'den 3,50±1,20 puan, bölüm 3'ten 16,13±4,29 puan, bölüm 4'ten 10,00±5,78 puan ve bölüm 5'ten 11,57±2,76 puan almıştır. Hemşirelik öğrencileri içinde baba eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Ebelik öğrencileri incelendiğinde; ilköğretim ve altı grubu bölüm 2'den 4,45±2,01 puan, bölüm 3'ten 16,60±3,98 puan, bölüm 4'ten 10,06±4,56 puan ve bölüm 5'ten 9,41±4,61 puan almıştır. Lise grubu olanlar bölüm 2'den 4,22±1,52 puan, bölüm 3'ten 13,56±5,23 puan, bölüm 4'ten 9,17±4,50 puan ve bölüm 5'ten 9,50±3,48 puan almıştır. Üniversite ve üzeri grubu olanlar ise bölüm 2'den 5,18±1,66 puan, bölüm 3'ten 16,36±4,74 puan, bölüm 4'ten 10,18±4,47 puan ve bölüm 5'ten 10,78±5,07 puan almıştır. Ebelik öğrencileri içinde baba eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 12. Baba Eğitim Durumuna Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Bölüm	Baba eğitim		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
Tıp	İlköğretim ve altı	Ort.±SS	4,97±1,87	17,59±4,74	9,55±5,69	11,04±3,37
		Ortanca	5,00	17,00	8,00	11,50
		Min.-maks.	2-7	7-26	2-17	4-16
	Lise	Ort.±SS	4,65±1,96	18,77±4,70	11,13±5,43	10,73±3,89
		Ortanca	4,00	19,00	12,00	11,00
		Min.-maks.	1-7	7-26	3-17	1-17
	Üniversite ve üzeri	Ort.±SS	4,70±2,12	18,51±4,57	10,93±5,45	11,65±3,79
		Ortanca	5,00	18,50	12,00	12,00
		Min.-maks.	1-7	4-26	1-17	1-17
p*		0,757	0,567	0,476	0,446	
Hemşirelik	İlköğretim ve altı	Ort.±SS	4,20±2,01	15,27±3,71	9,53±4,67	11,14±2,49
		Ortanca	4,00	15,00	10,00	11,00
		Min.-maks.	1-7	8-24	1-17	3-15
	Lise	Ort.±SS	4,70±1,74	16,65±3,56	10,18±3,79	9,64±3,37
		Ortanca	5,00	17,00	10,50	10,50
		Min.-maks.	2-7	8-23	1-17	2-13
	Üniversite ve üzeri	Ort.±SS	3,50±1,20	16,13±4,29	10,00±5,78	11,57±2,76
		Ortanca	3,50	17,50	11,50	12,00
		Min.-maks.	2-5	9-21	2-16	8-15
p*		0,287	0,263	0,880	0,299	
Ebelik	İlköğretim ve altı	Ort.±SS	4,45±2,01	16,60±3,98	10,06±4,56	9,41±4,61
		Ortanca	4,00	16,00	11,00	11,00
		Min.-maks.	1-7	9-26	2-17	1-16
	Lise	Ort.±SS	4,22±1,52	13,56±5,23	9,17±4,50	9,50±3,48
		Ortanca	4,00	14,50	10,00	10,50
		Min.-maks.	1-6	1-21	2-17	2-14
	Üniversite ve üzeri	Ort.±SS	5,18±1,66	16,36±4,74	10,18±4,47	10,78±5,07
		Ortanca	6,00	17,00	12,00	13,00
		Min.-maks.	2-7	9-25	4-17	2-16
p*		0,332	0,189	0,621	0,422	

*Kruskal Wallis testi

Tablo 13'te anne eğitim durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tıp öğrencileri incelendiğinde; ilköğretim ve altı grubu bölüm 2'den $4,93\pm 1,85$ puan, bölüm 3'ten $17,83\pm 4,63$ puan, bölüm 4'ten $10,47\pm 5,57$ puan ve bölüm 5'ten $11,15\pm 3,50$ puan almıştır. Lise grubu bölüm 2'den $4,73\pm 2,03$ puan, bölüm 3'ten $18,80\pm 4,45$ puan, bölüm 4'ten $10,93\pm 5,50$ puan ve bölüm 5'ten $11,10\pm 3,44$ puan almıştır. Üniversite ve üzeri grubu ise bölüm 2'den $4,52\pm 2,21$ puan, bölüm 3'ten $18,64\pm 4,83$ puan, bölüm 4'ten $10,65\pm 5,52$ puan ve bölüm 5'ten $11,58\pm 4,36$ puan almıştır. Tıp öğrencileri içinde anne eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; ilköğretim ve altı grubu bölüm 2'den $4,23\pm 1,99$ puan, bölüm 3'ten $15,60\pm 3,70$ puan, bölüm 4'ten $9,64\pm 4,57$ puan ve bölüm 5'ten $10,72\pm 2,86$ puan almıştır. Lise grubu bölüm 2'den $4,55\pm 1,51$ puan, bölüm 3'ten $15,55\pm 4,23$ puan, bölüm 4'ten $10,11\pm 4,65$ puan ve bölüm 5'ten $11,20\pm 2,39$ puan almıştır. Üniversite ve üzeri grubu ise bölüm 2'den $4,25\pm 0,96$ puan, bölüm 3'ten $18,00\pm 2,94$ puan, bölüm 4'ten $10,75\pm 4,43$ puan ve bölüm 5'ten $11,50\pm 3,11$ puan almıştır. Hemşirelik öğrencileri içinde anne eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Ebelik öğrencileri incelendiğinde; ilköğretim ve altı grubu bölüm 2'den $4,39\pm 1,92$ puan, bölüm 3'ten $15,28\pm 4,49$ puan, bölüm 4'ten $9,55\pm 4,56$ puan ve bölüm 5'ten $10,03\pm 4,25$ puan almıştır. Lise grubu olanlar bölüm 2'den $4,60\pm 1,17$ puan, bölüm 3'ten $16,10\pm 6,32$ puan, bölüm 4'ten $9,70\pm 4,79$ puan ve bölüm 5'ten $8,13\pm 5,03$ puan almıştır. Üniversite ve üzeri grubu olanlar ise bölüm 2'den $5,33\pm 1,97$ puan, bölüm 3'ten $17,33\pm 2,50$ puan, bölüm 4'ten $12,00\pm 3,03$ puan ve bölüm 5'ten $10,17\pm 3,92$ puan almıştır. Ebelik öğrencileri içinde anne eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 13. Anne Eğitim Durumuna Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Bölüm	Anne eğitim		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
Tıp	İlköğretim ve altı	Ort.±SS	4,93±1,85	17,83±4,63	10,47±5,57	11,15±3,50
		Ortanca	5,00	17,50	9,00	11,00
		Min.-maks.	1-7	7-26	1-17	1-16
	Lise	Ort.±SS	4,73±2,03	18,80±4,45	10,93±5,50	11,10±3,44
		Ortanca	4,00	17,50	11,00	11,00
		Min.-maks.	1-7	11-26	3-17	3-17
	Üniversite ve üzeri	Ort.±SS	4,52±2,21	18,64±4,83	10,65±5,52	11,58±4,36
		Ortanca	5,00	20,00	12,00	12,00
		Min.-maks.	1-7	4-26	1-17	1-17
p*		0,676	0,566	0,879	0,523	
Hemşirelik	İlköğretim ve altı	Ort.±SS	4,23±1,99	15,60±3,70	9,64±4,57	10,72±2,86
		Ortanca	4,00	16,00	10,00	11,00
		Min.-maks.	1-7	8-24	1-17	2-15
	Lise	Ort.±SS	4,55±1,51	15,55±4,23	10,11±4,65	11,20±2,39
		Ortanca	4,00	16,00	10,00	11,00
		Min.-maks.	3-7	8-22	3-17	8-14
	Üniversite ve üzeri	Ort.±SS	4,25±0,96	18,00±2,94	10,75±4,43	11,50±3,11
		Ortanca	4,50	18,50	11,00	11,50
		Min.-maks.	3-5	14-21	6-15	8-15
p*		0,793	0,439	0,864	0,922	
Ebelik	İlköğretim ve altı	Ort.±SS	4,39±1,92	15,28±4,49	9,55±4,56	10,03±4,25
		Ortanca	4,00	15,00	10,00	11,00
		Min.-maks.	1-7	1-26	2-17	1-16
	Lise	Ort.±SS	4,60±1,17	16,10±6,32	9,70±4,79	8,13±5,03
		Ortanca	4,50	15,50	10,00	9,50
		Min.-maks.	3-6	5-25	3-17	2-16
	Üniversite ve üzeri	Ort.±SS	5,33±1,97	17,33±2,50	12,00±3,03	10,17±3,92
		Ortanca	6,00	16,50	13,00	11,50
		Min.-maks.	2-7	15-22	6-14	3-13
p*		0,480	0,454	0,362	0,413	

*Kruskal Wallis testi

Tablo 14'te tüm öğrencilerde yaş gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; 18-24 yaş grubu bölüm 2'den 4,53±1,96 puan, bölüm 3'ten 16,94±4,81 puan, bölüm 4'ten 9,70±5,17 puan ve bölüm 5'ten 10,57±3,86 puan almıştır. 25 yaş ve üzeri olanlar ise bölüm 2'den 4,66±1,88 puan, bölüm 3'ten 17,29±3,56 puan, bölüm 4'ten 12,13±3,92 puan ve bölüm 5'ten 11,74±2,92 puan almıştır. Bölüm 4 ve 5 bilgi puanları 25 yaş ve üzeri grupta anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,002$; $p=0,041$).

Tablo 14. Tüm Öğrencilerde Yaş Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Yaş		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
18-24 yaş	Ort.±SS	4,53±1,96	16,94±4,81	9,70±5,17	10,57±3,86
	Ortanca	4,00	17,00	9,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
25 yaş ve üzeri	Ort.±SS	4,66±1,88	17,29±3,56	12,13±3,92	11,74±2,92
	Ortanca	4,50	17,50	13,00	12,00
	Min.-maks.	1-7	9-24	2-17	2-16
Toplam	Ort.±SS	4,56±1,94	17,01±4,57	10,22±5,02	10,85±3,69
	Ortanca	4,00	17,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
p*		0,661	0,473	0,002	0,041

*Mann Whitney U testi

Tablo 15’te tüm öğrencilerde cinsiyet gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; kadın grubu bölüm 2’den 4,58±1,85 puan, bölüm 3’ten 16,71±4,60 puan, bölüm 4’ten 10,30±4,85 puan ve bölüm 5’ten 10,58±3,87 puan almıştır. Erkek grubu ise bölüm 2’den 4,51±2,12 puan, bölüm 3’ten 17,57±4,49 puan, bölüm 4’ten 10,06±5,36 puan ve bölüm 5’ten 11,32±3,32 puan almıştır. Bilgi puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 15. Tüm Öğrencilerde Cinsiyet Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
Kadın	Ort.±SS	4,58±1,85	16,71±4,60	10,30±4,85	10,58±3,87
	Ortanca	4,50	17,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
Erkek	Ort.±SS	4,51±2,12	17,57±4,49	10,06±5,36	11,32±3,32
	Ortanca	4,00	17,00	10,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	4-26	1-17	2-17
Toplam	Ort.±SS	4,56±1,94	17,01±4,57	10,22±5,02	10,85±3,69
	Ortanca	4,00	17,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
p*		0,881	0,162	0,814	0,343

*Mann Whitney U testi

Tablo 16’da tüm öğrencilerde sınıflara göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; 1 ve 2. sınıf grubu bölüm 2’den 4,41±1,93 puan, bölüm 3’ten 15,16±4,33 puan, bölüm 4’ten 6,35±3,43 puan ve bölüm 5’ten 8,97±3,63 puan almıştır. 3 ve 4. sınıf grubu bölüm 2’den 4,55±1,97 puan, bölüm 3’ten 17,65±3,89 puan, bölüm 4’ten 13,30±3,40 puan ve bölüm 5’ten 11,36±3,14 puan almıştır. 5 ve 6. sınıf grubu ise bölüm 2’den 5,17±1,83 puan, bölüm 3’ten 22,08±2,98 puan, bölüm 4’ten

15,06±3,19 puan ve bölüm 5'ten 14,06±2,52 puan almıştır. Sınıf yükseldikçe bölüm 3, 4 ve 5 bilgi puanları da anlamlı şekilde artmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 16. Tüm Öğrencilerde Sınıf Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Sınıf		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
1 ve 2. sınıf	Ort.±SS	4,41±1,93	15,16±4,33	6,35±3,43	8,97±3,63
	Ortanca	4,00	15,00	6,00	10,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-15
3 ve 4. sınıf	Ort.±SS	4,55±1,97	17,65±3,89	13,30±3,40	11,36±3,14
	Ortanca	4,00	17,50	14,00	12,00
	Min.-maks.	1-7	8-26	2-17	1-17
5 ve 6. sınıf	Ort.±SS	5,17±1,83	22,08±2,98	15,06±3,19	14,06±2,52
	Ortanca	6,00	22,50	17,00	15,00
	Min.-maks.	2-7	17-26	6-17	7-17
Toplam	Ort.±SS	4,56±1,94	17,01±4,57	10,22±5,02	10,85±3,69
	Ortanca	4,00	17,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
p*		0,109	<0,001	<0,001	<0,001

*Kruskal Wallis testi

Tablo 17'de tüm öğrencilerde medeni durum gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; bekâr grubu bölüm 2'den 4,55±1,92 puan, bölüm 3'ten 16,97±4,63 puan, bölüm 4'ten 10,25±5,07 puan ve bölüm 5'ten 10,78±3,75 puan almıştır. Evli/sözlü/nişanlı grubu ise bölüm 2'den 4,63±2,42 puan, bölüm 3'ten 17,73±3,37 puan, bölüm 4'ten 9,63±4,19 puan ve bölüm 5'ten 12,00±2,20 puan almıştır. Bilgi puanları açısından medeni durum grupları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 17. Tüm Öğrencilerde Medeni Durum Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Medeni hal		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
Bekâr	Ort.±SS	4,55±1,92	16,97±4,63	10,25±5,07	10,78±3,75
	Ortanca	4,00	17,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
Evli/sözlü/nişanlı	Ort.±SS	4,63±2,42	17,73±3,37	9,63±4,19	12,00±2,20
	Ortanca	5,00	18,00	10,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	12-22	3-17	10-16
Toplam	Ort.±SS	4,56±1,94	17,01±4,57	10,22±5,02	10,85±3,69
	Ortanca	4,00	17,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
p*		0,769	0,528	0,556	0,504

*Mann Whitney U testi

Tablo 18’de tüm öğrencilerde aylık gelir durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; kötü / yetersiz grubu bölüm 2’den 4,35±1,97 puan, bölüm 3’ten 17,15±3,80 puan, bölüm 4’ten 10,03±5,36 puan ve bölüm 5’ten 11,17±2,88 puan almıştır. Orta grubu bölüm 2’den 4,66±1,97 puan, bölüm 3’ten 17,01±4,77 puan, bölüm 4’ten 10,40±4,98 puan ve bölüm 5’ten 10,68±3,89 puan almıştır. İyi grubu ise bölüm 2’den 4,41±1,88 puan, bölüm 3’ten 16,95±4,46 puan, bölüm 4’ten 9,87±5,01 puan ve bölüm 5’ten 11,12±3,50 puan almıştır. Bilgi puanları açısından aylık gelir durumu grupları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 18. Tüm Öğrencilerde Aylık Gelir Durumu Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Aylık gelir		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
Kötü / yetersiz	Ort.±SS	4,35±1,97	17,15±3,80	10,03±5,36	11,17±2,88
	Ortanca	4,00	16,50	10,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	10-25	1-17	4-17
Orta	Ort.±SS	4,66±1,97	17,01±4,77	10,40±4,98	10,68±3,89
	Ortanca	5,00	17,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
İyi	Ort.±SS	4,41±1,88	16,95±4,46	9,87±5,01	11,12±3,50
	Ortanca	4,00	17,00	9,00	12,00
	Min.-maks.	1-7	4-26	1-17	1-16
Toplam	Ort.±SS	4,56±1,94	17,01±4,57	10,22±5,02	10,85±3,69
	Ortanca	4,00	17,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
p*		0,517	1,000	0,743	0,748

*Kruskal Wallis testi

Tablo 19’da tüm öğrencilerde baba eğitim durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; İlköğretim ve altı grubu bölüm 2’den 4,48±1,98 puan, bölüm 3’ten 16,24±4,17 puan, bölüm 4’ten 9,67±4,90 puan ve bölüm 5’ten 10,64±3,47 puan almıştır. Lise grubu bölüm 2’den 4,57±1,80 puan, bölüm 3’ten 16,99±4,93 puan, bölüm 4’ten 10,43±4,83 puan ve bölüm 5’ten 10,23±3,69 puan almıştır. Üniversite ve üzeri grubu ise bölüm 2’den 4,65±2,03 puan, bölüm 3’ten 18,05±4,61 puan, bölüm 4’ten 10,76±5,32 puan ve bölüm 5’ten 11,54±3,83 puan almıştır. Babası, üniversite ve üzeri mezunu olanların bölüm 3 ve 5 bilgi puanlarının diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,004$; $p=0,048$).

Tablo 19. Tüm Öğrencilerde Baba Eğitim Durumu Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Baba eğitim		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
İlköğretim ve altı	Ort.±SS	4,48±1,98	16,24±4,17	9,67±4,90	10,64±3,47
	Ortanca	4,00	16,00	10,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	7-26	1-17	1-16
Lise	Ort.±SS	4,57±1,80	16,99±4,93	10,43±4,83	10,23±3,69
	Ortanca	4,00	17,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
Üniversite ve üzeri	Ort.±SS	4,65±2,03	18,05±4,61	10,76±5,32	11,54±3,83
	Ortanca	5,00	18,00	12,00	12,00
	Min.-maks.	1-7	4-26	1-17	1-17
Toplam	Ort.±SS	4,56±1,94	17,01±4,57	10,22±5,02	10,85±3,69
	Ortanca	4,00	17,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
p*		0,794	0,004	0,213	0,048

*Kruskal Wallis testi

Tablo 20’de tüm öğrencilerde anne eğitim durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; İlköğretim ve altı grubu bölüm 2’den 4,50±1,94 puan, bölüm 3’ten 16,26±4,34 puan, bölüm 4’ten 9,89±4,90 puan ve bölüm 5’ten 10,71±3,48 puan almıştır. Lise grubu bölüm 2’den 4,68±1,82 puan, bölüm 3’ten 17,83±4,87 puan, bölüm 4’ten 10,63±5,23 puan ve bölüm 5’ten 10,67±3,72 puan almıştır. Üniversite ve üzeri grubu ise bölüm 2’den 4,59±2,11 puan, bölüm 3’ten 18,45±4,50 puan, bölüm 4’ten 10,81±5,17 puan ve bölüm 5’ten 11,40±4,18 puan almıştır. Anne eğitim düzeyi yükseldikçe bölüm 3 bilgi puanlarının da anlamlı olarak arttığı görülmüştür (**p=0,001**). Anne eğitim grupları arasında diğer bölüm bilgi puanları açısından fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 20. Tüm Öğrencilerde Anne Eğitim Durumu Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Anne eğitim		Bölüm 2 (CS/ÜS) Puan	Bölüm 3 (CYBH) Puan	Bölüm 4 (AP) Puan	Bölüm 5 (AK/ESH) Puan
İlköğretim ve altı	Ort.±SS	4,50±1,94	16,26±4,34	9,89±4,90	10,71±3,48
	Ortanca	4,00	16,00	10,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-16
Lise	Ort.±SS	4,68±1,82	17,83±4,87	10,63±5,23	10,67±3,72
	Ortanca	4,00	17,00	10,50	11,00
	Min.-maks.	1-7	5-26	3-17	2-17
Üniversite ve üzeri	Ort.±SS	4,59±2,11	18,45±4,50	10,81±5,17	11,40±4,18
	Ortanca	5,00	18,00	12,00	12,00
	Min.-maks.	1-7	4-26	1-17	1-17
Toplam	Ort.±SS	4,56±1,94	17,01±4,57	10,22±5,02	10,85±3,69
	Ortanca	4,00	17,00	11,00	11,00
	Min.-maks.	1-7	1-26	1-17	1-17
p*		0,758	0,001	0,312	0,297

*Kruskal Wallis testi

Tablo 21’de tüm öğrencilerde sosyodemografik özellikler arasında bölüm 2 bilgi düzeylerinin karşılaştırılması verilmiştir. 18-24 yaş grubun %39,1’inde, 25 yaş ve üzeri grubun ise %41,9’unda yeterli bilgi düzeyi saptanmıştır. Kadınların %39,2’sinin; erkeklerin ise %40,6’sının yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu görülmüştür. 1 ve 2. sınıfların %36,6’sının, 3 ve 4. sınıfların %39,3’ünün ve 5 ve 6. sınıfların %52,8’inin bilgilerinin yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur. Bekârların %39,1’inde ve evli/sözlü/nişanlı olanların ise %25,0’inde yeterli bilgi düzeyinde olduğu görülmüştür. Aylık gelir durumu kötü/yetersiz olanların %32,4’ünde, gelir durumu orta olanların %43,0’ünde ve gelir düzeyi iyi olanların ise %35,0’inde ise yeterli bilgi düzeyi, baba eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %38,7’sinde, lise olanların %37,0’sinde ve üniversite ve üzeri olanların %43,2’sinde yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Anne eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %39,3’ünde, lise olanların %37,9’unda ve üniversite ve üzeri olanların %42,9’unda yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Sosyodemografik özellikler arasında bölüm 2 bilgi düzeyleri açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 21. Tüm Öğrencilerde Sosyodemografik Özellikler Arasında Bölüm 2 (CS/ÜS) Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Yetersiz (0-2 puan) n (%)	Orta (3-5 puan) n (%)	Yeterli (5 puan üzeri) n (%)	p*
Yaş				
18-24 yaş	51 (21,4)	94 (39,5)	93 (39,1)	0,652
25 yaş ve üzeri	10 (16,1)	26 (41,9)	26 (41,9)	
Cinsiyet				
Kadın	33 (17,0)	85 (43,8)	76 (39,2)	0,082
Erkek	28 (26,4)	35 (33,0)	43 (40,6)	
Sınıf				
1 ve 2. Sınıf	30 (21,1)	60 (42,3)	52 (36,6)	0,505
3 ve 4. Sınıf	26 (21,3)	48 (39,3)	48 (39,3)	
5 ve 6. Sınıf	5 (13,9)	12 (33,3)	19 (52,8)	
Medeni durum				
Bekâr	57 (20,1)	116 (40,8)	111 (39,1)	0,452
Evli/sözlü/nişanlı	4 (25,0)	4 (25,0)	8 (50,0)	
Aylık gelir durumu				
Kötü / yetersiz	7 (20,6)	16 (47,1)	11 (32,4)	0,574
Orta	38 (20,4)	68 (36,6)	80 (43,0)	
İyi	16 (20,0)	36 (45,0)	28 (35,0)	
Baba eğitim				
İlköğretim ve altı	27 (21,8)	49 (39,5)	48 (38,7)	0,541
Lise	13 (16,0)	38 (46,9)	30 (37,0)	
Üniversite ve üzeri	21 (22,1)	33 (34,7)	41 (43,2)	
Anne eğitim				
İlköğretim ve altı	40 (22,5)	68 (38,2)	70 (39,3)	0,113
Lise	7 (10,6)	34 (51,5)	25 (37,9)	
Üniversite ve üzeri	14 (25,0)	18 (32,1)	24 (42,9)	

*Ki-kare testi

Tablo 22’de tüm öğrencilerde sosyodemografik özellikler arasında bölüm 3 bilgi düzeylerinin karşılaştırılması verilmiştir. 18-24 yaş grubun %35,0’inde, 25 yaş ve üzeri grubun ise %41,9’unda yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Kadınların %34,7’sinde, erkeklerin ise %39,8’inde yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. 1 ve 2. sınıfların %20,7’sinde, 3 ve 4. sınıfların %40,8’inde ve 5 ve 6. sınıfların %83,3’ünde yeterli bilgi düzeyi bulunmuştur. Bekârların %35,9’unda ve evli/sözlü/nişanlı olanların ise %46,7’sinde yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Aylık gelir durumu kötü/yetersiz olanların %38,2’sinde, gelir durumu orta olanların %36,1’inde ve gelir düzeyi iyi olanların ise %36,7’sinde ise yeterli bilgi düzeyi saptanmıştır. Baba eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %29,3’ünde, lise olanların %38,8’inde ve üniversite ve üzeri olanların %44,1’inde yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Anne eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %30,1’inde, lise olanların %43,1’inde ve üniversite ve üzeri olanların %49,1’inde yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Sınıf yükseldikçe bölüm 3 bilgi düzeyi de anlamlı şekilde yükselmektedir ($p<0,001$). Diğer değişkenler açısından fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 22. Tüm Öğrencilerde Sosyodemografik Özellikler Arasında Bölüm 3 (CYBH) Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Yetersiz (0-2 puan) n (%)	Orta (3-5 puan) n (%)	Yeterli (5 puan üzeri) n (%)	p*
Yaş				
18-24 yaş	12 (5,1)	140 (59,8)	82 (35,0)	0,543
25 yaş ve üzeri	2 (3,2)	34 (54,8)	26 (41,9)	
Cinsiyet				
Kadın	11 (5,7)	115 (59,6)	67 (34,7)	0,440
Erkek	3 (2,9)	59 (57,3)	41 (39,8)	
Sınıf				
1 ve 2. Sınıf	12 (8,6)	99 (70,7)	29 (20,7)	<0,001
3 ve 4. Sınıf	2 (1,7)	69 (57,5)	49 (40,8)	
5 ve 6. Sınıf	0 (0,0)	6 (16,7)	30 (83,3)	
Medeni durum				
Bekâr	14 (5,0)	166 (59,1)	101 (35,9)	0,528
Evli/sözlü/nişanlı	0 (0,0)	8 (53,3)	7 (46,7)	
Aylık gelir				
Kötü / yetersiz	0 (0,0)	21 (61,8)	13 (38,2)	0,643
Orta	11 (6,0)	106 (57,9)	66 (36,1)	
İyi	3 (3,8)	47 (59,5)	29 (36,7)	
Baba eğitim				
İlköğretim ve altı	5 (4,1)	82 (66,7)	36 (29,3)	0,185
Lise	5 (6,3)	44 (55,0)	31 (38,8)	
Üniversite ve üzeri	4 (4,3)	48 (51,6)	41 (44,1)	
Anne eğitim				
İlköğretim ve altı	9 (5,1)	114 (64,8)	53 (30,1)	0,088
Lise	3 (4,6)	34 (52,3)	28 (43,1)	
Üniversite ve üzeri	2 (3,6)	26 (47,3)	27 (49,1)	

*Ki-kare testi

Tablo 23'te tüm öğrencilerde sosyodemografik özellikler arasında bölüm 4 bilgi düzeylerinin karşılaştırılması verilmiştir. 18-24 yaş grubun %40,3'ünde, 25 yaş ve üzeri grubun ise %66,1'inde yeterli bilgi düzeyi saptanmıştır. Kadınların %47,6'sında, erkeklerin ise %42,2'sinde yeterli bilgi düzeyi saptanmıştır. 1 ve 2. sınıfların %7,2'sinde, 3 ve 4. sınıfların %79,0'unda ve 5 ve 6. sınıfların %85,7'sinde yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Bekârların %46,2'sinde ve evli/sözlü/nişanlı olanların ise %37,5'inde yeterli bilgi düzeyi görülmüştür Aylık gelir durumu kötü/yetersiz olanların %44,1'inde, gelir durumu orta olanların %47,0'sinde ve gelir düzeyi iyi olanların ise %43,6'sında ise yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Baba eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %42,6'sında, lise olanların %43,8'inde ve üniversite ve üzeri olanların %51,6'sında yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Anne eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %43,2'sinde, lise olanların %45,3'ünde ve üniversite ve üzeri olanların %54,7'sinde yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Yaş ve sınıf yükseldikçe bölüm 4 bilgi düzeyi de anlamlı şekilde yükselmektedir ($p<0,001$). Diğer değişkenler açısından fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 23. Tüm Öğrencilerde Sosyodemografik Özellikler Arasında Bölüm 4 (AP) Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Yetersiz (0-2 puan) n (%)	Orta (3-5 puan) n (%)	Yeterli (5 puan üzeri) n (%)	p*
Yaş				
18-24 yaş	67 (29,0)	71 (30,7)	93 (40,3)	<0,001
25 yaş ve üzeri	4 (6,5)	17 (27,4)	41 (66,1)	
Cinsiyet				
Kadın	43 (22,5)	57 (29,8)	91 (47,6)	0,573
Erkek	28 (27,5)	31 (30,4)	43 (42,2)	
Sınıf				
1 ve 2. Sınıf	65 (46,8)	64 (46,0)	10 (7,2)	<0,001
3 ve 4. Sınıf	6 (5,0)	19 (16,0)	94 (79,0)	
5 ve 6. Sınıf	0 (0,0)	5 (14,3)	30 (85,7)	
Medeni durum				
Bekâr	67 (24,2)	82 (29,6)	128 (46,2)	0,752
Evli/sözlü/nişanlı	4 (25,0)	6 (37,5)	6 (37,5)	
Aylık gelir				
Kötü / yetersiz	10 (29,4)	9 (26,5)	15 (44,1)	0,930
Orta	42 (23,2)	54 (29,8)	85 (47,0)	
İyi	19 (24,4)	25 (32,1)	34 (43,6)	
Baba eğitim				
İlköğretim ve altı	34 (27,9)	36 (29,5)	52 (42,6)	0,517
Lise	17 (21,3)	28 (35,0)	35 (43,8)	
Üniversite ve üzeri	20 (22,0)	24 (26,4)	47 (51,6)	
Anne eğitim				
İlköğretim ve altı	45 (25,6)	55 (31,3)	76 (43,2)	0,603
Lise	14 (21,9)	21 (32,8)	29 (45,3)	
Üniversite ve üzeri	12 (22,6)	12 (22,6)	29 (54,7)	

*Ki-kare testi

Tablo 24'te tüm öğrencilerde sosyodemografik özellikler arasında bölüm 5 bilgi düzeylerinin karşılaştırılması verilmiştir. 18-24 yaş grubun %43,1'inde, 25 yaş ve üzeri grubun ise %60,4'ünde yeterli bilgi düzeyi görülmüştür, kadınların %47,6'sında, erkeklerin ise %46,3'ünde yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. 1 ve 2. sınıfların %27,3'ünde, 3 ve 4. sınıfların %51,9'unda ve 5 ve 6. sınıfların %82,9'unda yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Bekârların %47,7'sinde ve evli/sözlü/nişanlı olanların ise %38,5'inde yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Aylık gelir durumu kötü/yetersiz olanların %45,8'inde, gelir durumu orta olanların %45,8'inde ve gelir düzeyi iyi olanların ise %50,8'inde ise yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Baba eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %48,1'inde, lise olanların %38,5'inde ve üniversite ve üzeri olanların %53,1'inde yeterli bilgi düzeyi görülmüştür. Anne eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %47,2'sinde, lise olanların %40,7'sinde ve üniversite ve üzeri olanların %54,2'sinde yeterli bilgi düzeyi saptanmıştır. Yaş ve sınıf yükseldikçe bölüm 5 bilgi düzeyi de anlamlı şekilde yükselmektedir ($p=0,043$; $p<0,001$). Diğer değişkenler açısından fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 24. Tüm Öğrencilerde Sosyodemografik Özellikler Arasında Bölüm 5 (AK/ESH) Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Yetersiz (0-2 puan) n (%)	Orta (3-5 puan) n (%)	Yeterli (5 puan üzeri) n (%)	p*
Yaş				
18-24 yaş	22 (12,6)	77 (44,3)	75 (43,1)	0,043
25 yaş ve üzeri	2 (3,8)	19 (35,8)	32 (60,4)	
Cinsiyet				
Kadın	18 (12,4)	58 (40,0)	69 (47,6)	0,406
Erkek	6 (7,3)	38 (46,3)	38 (46,3)	
Sınıf				
1 ve 2. Sınıf	18 (20,5)	46 (52,3)	24 (27,3)	<0,001
3 ve 4. Sınıf	6 (5,8)	44 (42,3)	54 (51,9)	
5 ve 6. Sınıf	0 (0,0)	6 (17,1)	29 (82,9)	
Medeni durum				
Bekâr	24 (11,2)	88 (41,1)	102 (47,7)	0,236
Evli/sözlü/nişanlı	0 (0,0)	8 (61,5)	5 (38,5)	
Aylık gelir				
Kötü / yetersiz	1 (4,2)	12 (50,0)	11 (45,8)	0,680
Orta	18 (12,5)	60 (41,7)	66 (45,8)	
İyi	5 (8,5)	24 (40,7)	30 (50,8)	
Baba eğitim				
İlköğretim ve altı	8 (9,9)	34 (42,0)	39 (48,1)	0,526
Lise	8 (12,3)	32 (49,2)	25 (38,5)	
Üniversite ve üzeri	8 (9,9)	30 (37,0)	43 (53,1)	
Anne eğitim				
İlköğretim ve altı	11 (8,8)	55 (44,0)	59 (47,2)	0,406
Lise	6 (11,1)	26 (48,1)	22 (40,7)	
Üniversite ve üzeri	7 (14,6)	15 (31,3)	26 (54,2)	

*Ki-kare testi

Bölüm 2 (CS/ÜS) Sorularını Karşılaştırma

Tablo 25'te öğrencilerin 'size göre cinsel sağlık/üreme sağlığı ne demektir' sorusuna verdikleri yanıtlar verilmiştir. Buna göre; 'sağlıklı cinsellik' deme oranı tıp öğrencilerinde %73,3, hemşirelikte %66,7 ve ebelikte %73,3'tür. 'Üreme organlarının sağlığı' deme oranı tıp öğrencilerinde %67,3, hemşirelikte %70,0 ve ebelikte %71,7'dir. 'Üreme organlarının temizliği' deme oranı tıp öğrencilerinde %55,3, hemşirelikte %44,4 ve ebelikte %46,7'dir. 'CYBH'den korunma' deme oranı tıpta %70,7, hemşirelikte %57,8 ve ebelikte %69,3'tür. 'Güvenli aile planlaması yöntemlerinin sağlanması' deme oranı tıp öğrencilerinde %58,0, hemşirelikte %61,1 ve ebelikte %63,3'tür. 'üreme sağlığına ilişkin problemler' deme oranı tıp öğrencilerinde %60,0, hemşirelikte %36,7 ve ebelikte %36,7'dir. Sadece 'üreme sağlığına ilişkin problemler' seçeneği açısından bölümler arasında anlamlı fark vardır. Tıp okuyanlar diğer öğrencilere göre anlamlı şekilde daha fazla bu önermeye 'evet' demiştir ($p<0,001$).

Tablo 25. Öğrencilerin 'Size Göre Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Ne Demektir' Sorusuna Verdikleri Yanıtlar

	Bölüm						Toplam		p*
	Tıp		Hemşirelik		Ebelik		N	%	
	n	%	n	%	n	%			
Sağlıklı cinsellik									
Evet	110	73,3	60	66,7	44	73,3	214	71,3	0,504
Hayır	40	26,7	30	33,3	16	26,7	86	28,7	
Üreme organlarının sağlığı									
Evet	101	67,3	63	70,0	43	71,7	207	69,0	0,804
Hayır	49	32,7	27	30,0	17	28,3	93	31,0	
Üreme organlarının temizliği									
Evet	83	55,3	40	44,4	28	46,7	151	50,3	0,215
Hayır	67	44,7	50	55,6	32	53,3	149	49,7	
CYBH'den korunma									
Evet	106	70,7	52	57,8	41	68,3	199	66,3	0,115
Hayır	44	29,3	38	42,2	19	31,7	101	33,7	
Güvenli AP yöntemlerinin sağlanması									
Evet	87	58,0	55	61,1	38	63,3	180	60,0	0,750
Hayır	63	42,0	35	38,9	22	36,7	120	40,0	
Üreme sağlığına ilişkin problemler									
Evet	90	60,0	33	36,7	22	36,7	145	48,3	<0,001
Hayır	60	40,0	57	63,3	38	63,3	155	51,7	

*Ki-kare testi

Tablo 26'da öğrencilerin 'cinsel sağlık/üreme sağlığıyla ilgili olarak herhangi bir yer ve/veya kişiden bilgi aldınız mı' ve 'bilgi kaynağınız nedir' sorularına verdikleri yanıtlar verilmiştir. Buna göre; 'bilgi aldınız mı' sorusuna evet deme oranı tıp fakültesinde %56,7, hemşirelikte %62,2 ve ebelikte %68,3'tür. 'Bilgi kaynağınız nedir' sorusuna ise 'gazete/dergi' deme oranı tıp fakültesinde %20,8, hemşirelikte %13,3 ve ebelikte %10,0'dur. 'Arkadaş' deme oranı tıpta %20,1, hemşirelikte %16,7 ve ebelikte

%6,7'dir. 'Aile' deme oranı tıpta %13,4, hemşirelikte %16,7 ve ebellekte %8,3'tür. 'Lise' deme oranı tıpta %16,8, hemşirelikte %12,2 ve ebellekte %15,0'dir. 'Üniversite' deme oranı tıpta %48,3, hemşirelikte %70,0 ve ebellekte %75,0'dir. 'İnternet' deme oranı tıpta %45,6, hemşirelikte %41,1 ve ebellekte %35,0'dir. 'TV' deme oranı tıpta %14,8, hemşirelikte %8,9 ve ebellekte %5,0'dir. 'Doktor' deme oranı tıpta %26,8, hemşirelikte %16,7 ve ebellekte %13,3'tür. 'Cinsel deneyim' deme oranı tıpta %4,7, hemşirelikte %3,3 ve ebellekte %3,3'tür. 'Bilgim yok' deme oranı tıpta %7,4, hemşirelikte %10,0 ve ebellekte %3,3'tür. Sadece 'üniversite' ve 'doktor' seçeneği açısından bölümler arasında anlamlı fark vardır. 'Üniversite' deme oranı tıp okuyanlarda anlamlı şekilde daha düşük iken ($p<0,001$) 'doktor' deme oranı tam tersine tıp okuyanlarda anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,045$). Diğer önermeler açısından bölümler arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 26. Öğrencilerin 'Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığıyla İlgili Olarak Herhangi Bir Yer ve/veya Kişiden Bilgi Aldınız mı' ve 'Bilgi Kaynağınız Nedir' Sorularına Verdikleri Yanıtlar

	Bölüm						Toplam	P	
	Tıp		Hemşirelik		Ebelik				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bilgi aldınız mı?									
Evet	85	56,7	56	62,2	41	68,3	182	60,7	0,276
Hayır	65	43,3	34	37,8	19	31,7	118	39,3	
Bilgi kaynağı gazete/dergi									
Evet	31	20,8	12	13,3	6	10,0	49	16,4	0,104
Hayır	118	79,2	78	86,7	54	90,0	250	83,6	
Bilgi kaynağı arkadaş									
Evet	30	20,1	15	16,7	4	6,7	49	16,4	0,059
Hayır	119	79,9	75	83,3	56	93,3	250	83,6	
Bilgi kaynağı aile									
Evet	20	13,4	15	16,7	5	8,3	40	13,4	0,340
Hayır	129	86,6	75	83,3	55	91,7	259	86,6	
Bilgi kaynağı lise									
Evet	25	16,8	11	12,2	9	15,0	45	15,1	0,634
Hayır	124	83,2	79	87,8	51	85,0	254	84,9	
Bilgi kaynağı üniversite									
Evet	72	48,3	63	70,0	45	75,0	180	60,2	<0,001
Hayır	77	51,7	27	30,0	15	25,0	119	39,8	
Bilgi kaynağı internet									
Evet	68	45,6	37	41,1	21	35,0	126	42,1	0,360
Hayır	81	54,4	53	58,9	39	65,0	173	57,9	
Bilgi kaynağı TV									
Evet	22	14,8	8	8,9	3	5,0	33	11,0	0,093
Hayır	127	85,2	82	91,1	57	95,0	266	89,0	
Bilgi kaynağı doktor									
Evet	40	26,8	15	16,7	8	13,3	63	21,1	0,045
Hayır	109	73,2	75	83,3	52	86,7	236	78,9	
Bilgi kaynağı cinsel deneyim									
Evet	7	4,7	3	3,3	2	3,3	12	4,0	0,835
Hayır	142	95,3	87	96,7	58	96,7	287	96,0	
Bilgim yok									
Evet	11	7,4	9	10,0	2	3,3	22	7,4	0,309
Hayır	138	92,6	81	90,0	58	96,7	277	92,6	

*Ki-kare testi

Tablo 27’de öğrencilerin ‘cinsel sağlık/üreme sağlığı hizmetleri nerede verilmelidir’ sorusuna verdikleri yanıtlar verilmiştir. Buna göre; ‘hastanelerde’ deme oranı tıpta %39,3, hemşirelikte %48,9 ve ebelikte %57,6’dır. ‘Hastanelerde’ deme oranı hemşirelikte tıpa göre; ebelikte de hemşireliğe göre anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,045). ‘Aile sağlığı merkezlerinde’ deme oranı tıpta %65,3, hemşirelikte %80,0 ve ebelikte %88,3’tür. Tıpta okuyanlar bu önermeye diğer öğrencilere göre anlamlı şekilde daha az ‘evet’ yanıtı vermiştir (p=0,001). ‘Lisede’ deme oranı tıpta %50,7, hemşirelikte %32,2 ve ebelikte %33,3’tür. Bu seçeneğe de tıpta okuyanlar anlamlı şekilde daha yüksek oranda evet demiştir (p=0,007). ‘Üniversitede’ deme oranı tıpta %43,3, hemşirelikte %58,9 ve ebelikte %58,3’tür. Bu önermeye tıpta okuyanlar daha az evet demiştir (p=0,029). ‘Bu hizmetlerin verilmesine gerek yok’ deme oranı tıpta %2,0, hemşirelikte %0,0 ve ebelikte %1,7’dir. Bu önerme açısından bölümler arasında anlamlı fark yoktur (p=0,412).

Tablo 27. Öğrencilerin ‘Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hizmetleri Nerede Verilmelidir’ Sorusuna Verdikleri Yanıtlar

	Bölüm						Toplam		P
	Tıp		Hemşirelik		Ebelik		n	%	
	n	%	N	%	n	%			
Hastanelerde									
Evet	59	39,3	44	48,9	34	57,6	137	45,8	0,045
Hayır	91	60,7	46	51,1	25	42,4	162	54,2	
Aile sağlığı merkezlerinde									
Evet	98	65,3	72	80,0	53	88,3	223	74,3	0,001
Hayır	52	34,7	18	20,0	7	11,7	77	25,7	
Lisede									
Evet	76	50,7	29	32,2	20	33,3	125	41,7	0,007
Hayır	74	49,3	61	67,8	40	66,7	175	58,3	
Üniversitede									
Evet	65	43,3	53	58,9	35	58,3	153	51,0	0,029
Hayır	85	56,7	37	41,1	25	41,7	147	49,0	
Bu hizmetlerin verilmesine gerek yok									
Evet	3	2,0	0	0,0	1	1,7	4	1,3	0,412
Hayır	147	98,0	90	100,0	59	98,3	296	98,7	

*Ki-kare testi

Tablo 28’de öğrencilerin ‘sizce cinsel ilişki sırasında gebelikten korunmak kimin sorumluluğundadır’ sorusuna verdikleri yanıtlar verilmiştir. Tıpta okuyanların %2,7’si ‘erkek’, %4,0’ı ‘kadın’, %90,0’ı ‘her ikisi’ ve %3,3’ü ‘gebelikten korunmaya gerek yok’ yanıtı vermiştir. Hemşirelikte okuyanların %2,2’si ‘erkek’, %5,6’sı ‘kadın’, %90,0’ı ‘her ikisi’ ve %2,2’si ‘gebelikten korunmaya gerek yok’ yanıtı vermiştir. Ebelikte okuyanların %5,0’ı ‘erkek’, %3,3’ü ‘kadın’, %91,7’si ‘her ikisi’ ve %0,0’ı

‘gebelikten korunmaya gerek yok’ yanıtı vermiştir. Öğrenci grupları arasında bu soru açısından anlamlı fark saptanamamıştır ($p=0,732$).

Tablo 28. Öğrencilerin ‘Sizce Cinsel İlişki Sırasında Gebelikten Korunmak Kimin Sorumluluğundadır’ Sorusuna Verdikleri Yanıtlar

Bölüm	Gebelik sorumluluğu				P
	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Her ikisi n (%)	Gebelikten korunmaya gerek yok n (%)	
Tıp	4 (2,7)	6 (4,0)	135 (90,0)	5 (3,3)	0,732
Hemşirelik	2 (2,2)	5 (5,6)	81 (90,0)	2 (2,2)	
Ebelik	3 (5,0)	2 (3,3)	55 (91,7)	0 (0,0)	
Toplam	9 (3,0)	13 (4,3)	271 (90,3)	7 (2,3)	

Ki-kare testi

Tablo 29’da öğrencilerin ‘cinsel sağlık/üreme sağlığı hakkında bilgi almak ister misiniz’ sorusuna verdikleri yanıtlar verilmiştir. Tıpta okuyanların %72,5’i ‘evet’, %15,4’ü ‘hayır’ ve %12,1’i ‘bilmiyorum’ yanıtı vermiştir. Hemşirelikte okuyanların %75,6’sı ‘evet’, %10,0’ı ‘hayır’ ve %14,4’ü ‘bilmiyorum’ yanıtı vermiştir. Ebelikte okuyanların %75,0’ı ‘evet’, %5,0’ı ‘hayır’ ve %20,0’ı ‘bilmiyorum’ yanıtı vermiştir. Öğrenci grupları arasında bu soru açısından anlamlı fark saptanamamıştır ($p=0,181$).

Tablo 29. Öğrencilerin ‘Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hakkında Bilgi Almak İster misiniz’ Sorusuna Verdikleri Yanıtlar

Bölüm	Evet n (%)	Hayır n (%)	Bilmiyorum n (%)	p
Tıp	108 (72,5)	23 (15,4)	18 (12,1)	0,181
Hemşirelik	68 (75,6)	9 (10,0)	13 (14,4)	
Ebelik	45 (75,0)	3 (5,0)	12 (20,0)	
Toplam	221 (73,9)	35 (11,7)	43 (14,4)	

Ki-kare testi

Tablo 30’da öğrencilerin ‘cinsel sağlık/üreme sağlığı hakkında bilgiyi nereden almak istersiniz’ sorusuna verdikleri yanıtlar verilmiştir. Buna göre; ‘gazete/dergi’ deme oranı tıpta %7,9, hemşirelikte %12,5 ve ebelikte %10,3’tür. ‘Arkadaş’ deme oranı tıpta %7,1, hemşirelikte %9,1 ve ebelikte %3,4’tür. ‘Aile’ deme oranı tıpta %12,9, hemşirelikte %14,8 ve ebelikte %8,6’dır. ‘Okul’ deme oranı tıpta %35,0, hemşirelikte %30,7 ve ebelikte %22,4’tür. ‘İnternet’ deme oranı tıpta %17,9, hemşirelikte %9,1 ve ebelikte %10,3’tür. ‘TV’ deme oranı tıpta %6,4, hemşirelikte %8,0 ve ebelikte

%1,7'dir. 'Doktor' deme oranı tıpta %67,4, hemşirelikte %45,5 ve ebelikte %48,3'tür. 'Ebe/hemşire' deme oranı tıpta %8,6, hemşirelikte %53,4 ve ebelikte %86,2'dir. 'Konferans/seminer' deme oranı tıpta %42,1, hemşirelikte %36,4 ve ebelikte %34,5'tir. Sadece 'doktor' ve 'ebe/hemşire' seçeneği açısından bölümler arasında anlamlı fark bulunmuştur. 'Doktor' deme oranı tıp okuyanlarda anlamlı şekilde daha yüksek iken ($p=0,002$), 'ebe/hemşire' deme oranı tıp okuyanlarda anlamlı şekilde en düşük ve ebelik okuyanlarda ise anlamlı şekilde en yüksektir ($p<0,001$). Diğer önermeler açısından bölümler arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 30. Öğrencilerin 'Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hakkında Bilgiyi Nerden Almak İstersiniz' Sorusuna Verdikleri Yanıtlar

	Bölüm						Toplam		p*
	Tıp		Hemşirelik		Ebelik		n	%	
	n	%	N	%	n	%			
Gazete/dergi									
Evet	11	7,9	11	12,5	6	10,3	28	9,8	0,511
Hayır	129	92,1	77	87,5	52	89,7	258	90,2	
Arkadaş									
Evet	10	7,1	8	9,1	2	3,4	20	7,0	0,423
Hayır	130	92,9	80	90,9	56	96,6	266	93,0	
Aile									
Evet	18	12,9	13	14,8	5	8,6	36	12,6	0,543
Hayır	122	87,1	75	85,2	53	91,4	250	87,4	
Okul									
Evet	49	35,0	27	30,7	13	22,4	89	31,1	0,218
Hayır	91	65,0	61	69,3	45	77,6	197	68,9	
İnternet									
Evet	25	17,9	8	9,1	6	10,3	39	13,6	0,123
Hayır	115	82,1	80	90,9	52	89,7	247	86,4	
TV									
Evet	9	6,4	7	8,0	1	1,7	17	5,9	0,280
Hayır	131	93,6	81	92,0	57	98,3	269	94,1	
Doktor									
Evet	93	67,4	40	45,5	28	48,3	161	56,7	0,002
Hayır	45	32,6	48	54,5	30	51,7	123	43,3	
Ebe/hemşire									
Evet	12	8,6	47	53,4	50	86,2	109	38,1	<0,001
Hayır	128	91,4	41	46,6	8	13,8	177	61,9	
Konferans/seminer									
Evet	59	42,1	32	36,4	20	34,5	111	38,8	0,513
Hayır	81	57,9	56	63,6	38	65,5	175	61,2	

* Ki-kare testi

Tablo 31'de bölüm 6 (Kendi Cinsel Yaşamları) anket sorularına verilen yanıtlar yer almaktadır. Öğrencilerin %5,3'ünün daha önce cinsel deneyimi olmuş, %4,0'ı acil kontrasepsiyon yöntemi kullanmış, %2,3'ü ise ertesi sabah hapı kullanmıştır. Öğrencilerin %5,3'ü gebelikten korunmak için bilgiye ihtiyacı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 31. Bölüm 6 (Kendi Cinsel Yaşamları) Sorularına Verilen Cevaplar

	N	%
Cinsel deneyim oldu mu?		
Evet	16	5,3
Hayır	249	83,0
Cevap vermek istemiyorum	35	11,7
Siz ya da partneriniz AK kullandınız mı?		
Evet	12	4,0
Hayır	252	84,0
Cevap vermek istemiyorum	36	12,0
ESH kullandınız mı?		
Evet	7	2,3
Hayır	269	89,7
Cevap vermek istemiyorum	24	8,0
Gebelikten korunmak için bilgiye ihtiyacınız oldu mu?		
Evet	16	5,3
Hayır	258	86,0
Cevap vermek istemiyorum	26	8,7

AK=acil kontrasepsiyon, ESH=ertesi sabah hapı

Tablo 32’de öğrencilerin bazı bölüm 7 sorularına verdiği cevaplar verilmiştir. Buna göre; öğrencilerin %74’ü ESH’yı duyduğunu belirtmiş, %12,4’ü ESH hakkında korku duymakta, %29,7’si ESH kullanacağını veya tavsiye edeceğini belirtmekte, %59,2’si ise ESH hakkında daha fazla bilgi edinmek istemektedir. Katılımcıların %51,2’sine göre ESH kötüye kullanılmakta, %58,9’una göre de ESH CYBH’den korumamaktadır.

Tablo 32. Bölüm 7 (ESH Hakkında Tutum) Sorularına Verilen Cevaplar

	N	%
ESH’ni duyduunuz mu?		
Evet	222	74
Hayır	76	25,3
ESH hakkında korku var mı?		
Evet	37	12,4
Hayır	84	28,1
Fikrim yok	178	59,5
ESH kullanır mısınız ya da tavsiye eder misiniz?		
Evet	89	29,7
Hayır	50	16,7
Emin değilim	161	53,7
ESH bilgi ister misiniz?		
Evet	177	59,2
Hayır	71	23,7
Bilmiyorum	51	17,1
ESH kötü kullanılır mı?		
Evet	153	51,2
Hayır	33	11,0
Bilmiyorum	113	37,8

Tablo 33'te öğrencilerin 'ertesi sabah hapı hakkında bilgi edinmenin en iyi yolu sizce nedir?' sorusuna verdikleri yanıtlar verilmiştir. En çok tercih edilen seçenekler %72,0 ile 'doktor', %42,1 ile 'hemşire' ve %27,3 ile 'konferans' seçeneği olmuştur.

Tablo 33. Öğrencilerin 'Ertesi Sabah Hapı hakkında bilgi edinmenin en iyi yolu sizce nedir?' Sorusuna Verdikleri Yanıtlar

	N	%
Broşür		
Evet	24	8,0
Hayır	275	92,0
Gazete		
Evet	26	8,7
Hayır	274	91,3
Poster		
Evet	6	2,0
Hayır	294	98,0
TV		
Evet	22	7,3
Hayır	278	92,7
Radyo		
Evet	5	1,7
Hayır	295	98,3
İnternet		
Evet	55	18,3
Hayır	245	81,7
Okul		
Evet	49	16,4
Hayır	250	83,6
Doktor		
Evet	216	72,0
Hayır	84	28,0
Hemşire		
Evet	126	42,1
Hayır	173	57,9
Konferans		
Evet	82	27,3
Hayır	218	72,7
Ücretsiz telefon danışma hattı		
Evet	36	12,0
Hayır	264	88,0

Tablo 34'de öğrencilerin ertesi sabah hapı (ESH) konusunda verilen ifadelere katılma durumu yer almaktadır. Tamamen katılma yüzdeleri sırasıyla 'eczanelerde bulunması gerekir' ifadesine %43,3, 'ahlaki yönden sakıncalıdır' ifadesine %8,3, 'gençlere ESH kullanma sorumluluğu verilmeli' ifadesine %19,7, 'ESH kadınların güvenliğini artıracak' ifadesine %18,0'dir. Ayrıca 'ESH kadınların üreme kontrolünü artıracak' ifadesine %19,3, 'tüm kadınlar ESH'dan haberdar olmalı' ifadesine %34,0, 'ESH kondom kadar iyi bilinmeli' ifadesine %30,3, 'AP danışmanlığında ESH

bahsedilmeli' ifadesine %38,0, 'tüm erkekler ESH bilmeli' ifadesine %30,8 ve 'okullarda ESH'dan bahsedilmeli' ifadesine %29,3 tamamen katılıyorum demiştir.

Tablo 34. Öğrencilerin Ertesi Sabah Hapı (ESH) Konusunda Verilen İfadelere Katılma Durumu - 1

	n	%
ESH eczanelerde bulunması gerekir		
Tamamen katılıyorum	130	43,3
Katılıyorum	85	28,3
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	68	22,7
Katılmıyorum	13	4,3
Karşıyım	2	0,7
Tamamen karşıyım	2	0,7
ESH ahlaki yönden sakıncalıdır		
Tamamen katılıyorum	25	8,3
Katılıyorum	40	13,3
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	106	35,3
Katılmıyorum	90	30,0
Karşıyım	7	2,3
Tamamen karşıyım	32	10,7
Gençlere ESH kullanma sorumluluğu verilmeli		
Tamamen katılıyorum	59	19,7
Katılıyorum	69	23,0
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	104	34,7
Katılmıyorum	45	15,0
Karşıyım	9	3,0
Tamamen karşıyım	14	4,7
ESH kadınların güvenliğini artıracak		
Tamamen katılıyorum	54	18,0
Katılıyorum	79	26,3
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	111	37,0
Katılmıyorum	46	15,3
Karşıyım	3	1,0
Tamamen karşıyım	7	2,3
ESH kadınların üreme kontrolünü artıracak		
Tamamen katılıyorum	58	19,3
Katılıyorum	90	30,0
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	98	32,7
Katılmıyorum	42	14,0
Karşıyım	4	1,3
Tamamen karşıyım	8	2,7
Tüm kadınlar ESH'dan haberdar olmalı		
Tamamen katılıyorum	102	34,0
Katılıyorum	102	34,0
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	75	25,0
Katılmıyorum	15	5,0
Karşıyım	2	,7
Tamamen karşıyım	4	1,3

Tablo 34. Devamı

	n	%
ESH kondom kadar iyi bilinmeli		
Tamamen katılıyorum	91	30,3
Katılıyorum	99	33,0
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	84	28,0
Katılmıyorum	21	7,0
Karşıyım	2	,7
Tamamen karşıyım	3	1,0
AP danışmanlığında ESH bahsedilmeli		
Tamamen katılıyorum	114	38,0
Katılıyorum	97	32,3
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	70	23,3
Katılmıyorum	12	4,0
Karşıyım	3	1,0
Tamamen karşıyım	4	1,3
Tüm erkekler ESH bilmeli		
Tamamen katılıyorum	92	30,8
Katılıyorum	91	30,4
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	86	28,8
Katılmıyorum	22	7,4
Karşıyım	5	1,7
Tamamen karşıyım	3	1,0
Okullarda ESH bahsedilmeli		
Tamamen katılıyorum	88	29,3
Katılıyorum	83	27,7
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	86	28,7
Katılmıyorum	31	10,3
Karşıyım	4	1,3
Tamamen karşıyım	8	2,7

Tablo 35’de öğrencilerin ertesi sabah hapı (ESH) konusunda verilen ifadelere katılma durumu yer almaktadır. Tamamen katılma yüzdeleri sırasıyla ‘eczanelerde reçetesiz satılmalı’ ifadesine %17,3, ‘sadece kadınlara satılmalı’ ifadesine %8,3, ‘sadece kondom ile satılmalı’ ifadesine %4,7, ‘ESH süpermarkette satılmalı’ ifadesine %7,0, ‘ESH ucuz olmalı’ ifadesine %12,3’dür. Ayrıca, ‘ESH sağlık ocaklarında ücretsiz verilmeli’ ifadesine %21,3, ‘erkekler ESH öğrenirse kondom kullanmak istemez’ ifadesine %20,3, ‘ESH bilgi artarsa güvensiz ilişki artar’ ifadesine %23,3, ‘CYBH sıklığı artacak’ ifadesine %21,0 ve ‘ESH yaygınlaşması ile kadınlar zorlanır’ ifadesine %25,4 tamamen katılıyorum demiştir.

Tablo 35. Öğrencilerin Ertesi Sabah Hapı (ESH) Konusunda Verilen İfadelere Katılma Durumu - 2

	n	%
ESH eczanelerde reçetesiz satılmalı		
Tamamen katılıyorum	52	17,3
Katılıyorum	51	17,0
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	94	31,3
Katılmıyorum	65	21,7
Karşıyım	7	2,3
Tamamen karşıyım	31	10,3
ESH sadece kadınlara satılmalı		
Tamamen katılıyorum	25	8,3
Katılıyorum	32	10,7
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	105	35,0
Katılmıyorum	93	31,0
Karşıyım	7	2,3
Tamamen karşıyım	38	12,7
ESH sadece kondom ile satılmalı		
Tamamen katılıyorum	14	4,7
Katılıyorum	31	10,3
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	111	37,0
Katılmıyorum	102	34,0
Karşıyım	10	3,3
Tamamen karşıyım	32	10,7
ESH süpermarkette satılmalı		
Tamamen katılıyorum	21	7,0
Katılıyorum	30	10,0
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	76	25,3
Katılmıyorum	96	32,0
Karşıyım	21	7,0
Tamamen karşıyım	56	18,7
ESH ucuz olmalı		
Tamamen katılıyorum	37	12,3
Katılıyorum	34	11,3
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	91	30,3
Katılmıyorum	76	25,3
Karşıyım	19	6,3
Tamamen karşıyım	43	14,3
ESH sağlık ocaklarında ücretsiz verilmeli		
Tamamen katılıyorum	64	21,3
Katılıyorum	49	16,3
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	97	32,3
Katılmıyorum	62	20,7
Karşıyım	7	2,3
Tamamen karşıyım	21	7,0

Tablo 35. Devamı

	n	%
Erkekler ESH öğrenirse kondom kullanmak istemez		
Tamamen katılıyorum	61	20,3
Katılıyorum	80	26,7
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	110	36,7
Katılmıyorum	38	12,7
Karşıyım	3	1,0
Tamamen karşıyım	8	2,7
ESH bilgi artarsa güvensiz ilişki artar		
Tamamen katılıyorum	70	23,3
Katılıyorum	83	27,7
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	98	32,7
Katılmıyorum	40	13,3
Karşıyım	3	1,0
Tamamen karşıyım	6	2,0
CYBH sıklığı artacak		
Tamamen katılıyorum	63	21,0
Katılıyorum	80	26,7
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	100	33,3
Katılmıyorum	46	15,3
Karşıyım	4	1,3
Tamamen karşıyım	7	2,3
ESH yaygınlaşması ile kadınlar zorlanır		
Tamamen katılıyorum	76	25,4
Katılıyorum	87	29,1
Biraz katılıyor biraz katılmıyorum	93	31,1
Katılmıyorum	25	8,4
Karşıyım	5	1,7
Tamamen karşıyım	13	4,3

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinde öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 15 tıp öğrencisi, 90 hemşirelik öğrencisi, 60 ebelik öğrencisi olmak üzere toplam 300 öğrenci katılmıştır. Ebelik bölümünde hiç erkek öğrenci yokken; hemşirelik bölümündekilerin %32,2'si ve tıp fakültesindekilerin %51,3'ü erkektir. Tıp fakültesindeki erkek oranı anlamlı derecede yüksektir ($p<0,001$). Toplamda katılımcıların %64,7'si kadın, %35,3'ü erkekti. Çelik M. ve ark.'ın 2005'te yaptığı çalışmada öğrencilerin tamamı %100 kadındı (131). Sezer B.'nin çalışmasında 516 öğrencinin %50,6'sı kadın %49,4'ü erkekti (132). Bizim çalışmamızda kadın oranının fazla olması ebelik bölümünde hiç erkek öğrenci bulunmaması ve hemşirelik bölümünde erkek öğrenci mevcudunun az olmasıyla açıklanabilir.

25 yaş üzeri öğrenci sıklığı tıp fakültesi için %9,3, hemşirelik bölümü için %37,8 ve ebelik bölümü için %23,3'tür. 25 yaş üzeri öğrenci sıklığı tıp fakültesi için diğer fakültelere kıyasla anlamlı derecede düşük olarak bulunmuştur ($p<0,001$).

Çalışmamızdaki öğrencilerin evli/sözlü/nişanlı olma yüzdesi sırasıyla tıp fakültesinde %4,0, hemşirelikte %7,8 ve ebelikte %5,0'dır. Medeni durum bakımından bölümler arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,448$). Toplamda öğrencilerin %5,3'ü evli/sözlü/nişanlı, %94,7'si bekârdır. Sezer B.'nin yaptığı çalışmada öğrencilerin %3,3'ü evli/sözlü/nişanlı, %24,2'sinin kız/erkek arkadaşı varken %72,4'ünün herhangi bir ilişkisi yoktu (132). Medeni durumların benzer oranlarda çıkması katılımcıların ortalama aynı yaş grubunda ve üniversite öğrencisi olmalarıyla açıklanabilir.

Öğrencilere ailelerinin sosyoekonomik durumunu sorduğumuzda bölümler arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Öğrencilerin %11,3'ü kötü/yetersiz, %62,0'ı orta, %26,7'si iyi yanıtını verdi. Akın ve Özvarış'ın (133) çalışmasında öğrencilerin sosyoekonomik durumları %5,9'u zengin/çok zengin, %82,1'i orta, %12'si fakir/çok fakir olarak belirtilmiştir. Sezer B.'nin çalışmasında öğrencilerin %2,6'sı düşük gelir, %82,8'i orta, %14,6'sı yüksek gelir yanıtını vermiştir (132). Bizim çalışmamız da literatürdeki bu çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte sosyo-ekonomik olarak benzer gruplardan oluşmaktadır.

Çalışmamızda tıp fakültesindeki öğrencilerinin babalarının %50,7'si üniversite ve üzeri eğitime sahip iken; bu oran hemşirelikte %8,9 ve ebelikte %18,3'tür. Tıp

fakültesi öğrencilerinin annelerinin %30,7'si üniversite ve üzeri eğitime sahip iken; bu oran hemşirelikte %4,4 ve ebelikte %10,0'dır. Anne ve baba eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Tıp fakültesindeki öğrencilerin anne babalarının daha eğitilmiş oldukları görülmüştür. Eğitilmiş ebeveynlerin çocuklarının eğitime daha fazla ilgili olduğu düşünülebilir. Kocaman O.'nun çalışmasında öğrencilerin annelerinin yarısı ilköğretim mezunu iken; babalarının daha yüksek oranda lise mezunu olduğu, aynı zamanda annelerin babalara oranla daha fazla okul bitirmediği bulunmuştur (134). Sezer B.'nin çalışmasında annelerin %4,8'i okur-yazar, %27,8'i ilkokul mezunu, %13'ü ortaokul mezunu, %24'ü lise mezunu, %28,6'sı üniversite mezunu, babaların %2,6'sı okur-yazar, %15,8'i ilkokul mezunu, %6,8'i ortaokul mezunu, %23,8'i lise mezunu, %50,9'u üniversite mezunu olduğu belirtilmiştir (132). Bizim çalışmamızda da babaların annelere göre daha eğitilmiş olduğu bulunmuştur. Bu durum ülkemizdeki kadın erkek arasındaki eğitim farkını göstermektedir.

Bölüm 2'de CS/ÜS bilgi düzeyini ölçen sorular yer almaktadır. Bu bölümde 'Size göre cinsel sağlık nedir' sorusunda 'Sağlıklı cinsellik', 'Üreme organ sağlığı', 'Üreme organ temizliği', 'CYBH' den korunma', 'Güvenli AP yöntemlerinin sağlanması', 'Cinsellik ve üreme organ sağlığına ilişkin problemler' cevaplarını işaretleyenlere her bir şık için '1' puan verildi. İşaretlemeyenlere '0' puan verildi. 'Cinsel ilişki sırasında gebelikten korunmak kimin sorumluluğundadır' sorusunda 'her ikisi' cevabını verenlere '1' puan verildi. 'Erkek' veya 'Kadın' cevabını verenlere '0' puan verildi. Bölüm 2 için '0-2' puan alanlar yetersiz, '3-5' puan alanlar orta '5' üstü puan alanlar yeterli olarak değerlendirildi.

Bölüm 2'de öğrencilerin okuduğu bölüme göre bilgi puanları karşılaştırıldığında; gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,153$).

Bölüm 3'te CYBH hakkındaki bilgi düzeyini ölçen sorular yer almaktadır. Bu bölümde 'Aşağıdakilerin hangisi cinsel yolla bulaşan hastalıktır?' sorusunda 'AIDS', 'Hepatit B', 'Hepatit C', 'Frengi (Sfiliz)', 'Bel soğukluğu (Gonore)', 'Yumuşak çiban(Şankroid)', 'Genitalherpes', 'Klamidyoz', 'Genital siğiller', 'Trikomoniyazis' cevaplarını işaretleyenlere her bir şık için '1' puan verildi. İşaretlemeyenlere '0' puan verildi. 'CYBH'lerin cinsel ilişki dışında hangi bulaşma yolları vardır?' sorusunda 'Kan yolu ile bulaşır', 'Doku ve organ nakli ile bulaşabilir', 'Açık yaranın vücut sıvılarıyla teması halinde bulaşabilir', 'Doğum sırasında anneden bebeğe bulaşabilir' cevaplarını

işaretleyenlere her bir şık için '1' puan verildi. 'El ele tutuşmakla ve tokalaşmakla bulaşabilir' yanlış ibareleri içeren şıkları işaretleyenlere her bir şık için '0' puan verildi. İşaretlemeyenlere de '0' puan verildi. 'CYBH ileride kalıcı sağlık problemine yol açar mı?' sorusuna 'Evet' cevabını verenlere '1' puan verildi. 'CYBH'si olan kişide ileride ne tür bir hastalık görülebilir' sorusunda 'Kısırlık', 'Üreme sistemi enfeksiyonu', 'Kanser', 'Ölüm', 'Karaciğer hasarı', 'İdrar yolları enfeksiyonu' cevaplarını işaretleyenlere her bir şık için '1' puan verildi. 'Bilmiyorum' diyenlere '0' puan verildi. 'Tek bir cinsel partnere sahip olmak koruyucudur', 'Her yeni cinsel ilişkide yeni bir kondom (prezervatif) kullanmak gerekir', 'Hastalığın varlığında eşlerin birlikte muayene olması gerekir', 'Hastalığı bulaştırma ihtimali olan riskli kişilerle cinsel ilişkiye girmemek gereklidir', 'Diş çektirme, dövme, manikür yaptırma sırasında kullanılan aletlerin temizliğine dikkat edilmeli' önermelerine 'Doğru' diyenlere her bir önerme için '1' puan verildi. 'Bilmiyorum' veya 'Yanlış' diyenlere '0' puan verildi. '0-9' puan alanlar yetersiz, '10-18' puan alanlar orta, '19-27' puan alanlar yeterli olarak değerlendirildi.

Tıp öğrencilerinin bölüm 3 puanları diğer öğrencilerinkinden anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,001$).

Bölüm 4'te AP ve kontrasepsiyon hakkında bilgi düzeyini ölçen sorular vardır. Bu bölümde 'Kadınların gebe kalma ihtimalleri menstrüel siklusun neresinde daha fazladır' sorusunda 'Ortasında' diyenlere '1' puan verildi. 'Başında' veya 'Sonunda' diyenlere '0' puan verildi. 'Bildiğiniz gebelikten korunma yöntemleri nelerdir' sorusuna, 'Koitus interruptus', 'Laktasyon', 'Kondom', 'Periyodik takvim', 'Sperisitler ve Sünger', 'Diyafra/Kapak', Paragard (bakır) spiral, 'Mirena', 'Oral kontraseptifler', 'Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA)', 'İmplant', 'Aylık hormon iğneleri', 'Tüp ligasyonu', 'Vazektomi', 'AK' seçeneklerini işaretleyenlere her bir şık için '1' puan verildi. '0-5' puan alanlar yetersiz, '6-11' puan alanlar orta, '12-17' puan alanlar yeterli olarak değerlendirildi.

Bölüm 4'te öğrencilerin okuduğu bölüme göre bilgi puanları karşılaştırıldığında; gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,164$).

Bölüm 5'te AK ve ESH hakkındaki bilgi düzeyini ölçen sorular vardır. Bu bölümde 'ESH'yi duydunuz mu?' sorusuna 'evet' yanıtını veren 'ESH'nin içeriğini biliyor musunuz?' sorusuna 'Evet' yanıtını veren, 'Bu ilacın etki mekanizmasını biliyor

musunuz?’ sorusuna ‘Evet’ yanıtını veren, ‘Bu ilacın yan etkilerini biliyor musunuz?’ sorusuna ‘Evet’ yanıtını veren, ‘Bu ilaç Türkiye’de varmı?’ sorusuna ‘Var’ yanıtını veren, ‘Bu ilaç nereden alınabilir’ sorusuna ‘Eczane’ yanıtını veren öğrencilere her bir soru için ‘1’ puan verildi. ‘ESH korunmasız bir ilişkiden 72 saat önce alınmalıdır’ önermesine ‘Hayır’, ‘ESH korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için hemen alınmalıdır’ önermesine ‘Doğru’, ‘ESH’nin etkili olabilmesi için korunmasız bir ilişkiden sonra 72 saat içinde alınmalıdır.’ önermesine ‘Doğru’, ‘ESH’nin korunmasız bir ilişkiden sonra ilk 12 saat içinde alınması daha etkilidir.’ önermesine ‘Doğru’, ‘ESH gebelik başladıktan sonra etkisizdir.’ önermesine ‘Doğru’, ‘ESH oluşmuş bir gebeliği sonlandırmaz.’ Önermesine ‘Doğru’, ‘ESH’nin içinde doğum kontrol haplarında kullanılan maddeler var’ önermesine ‘Doğru’, ‘ESH düzenli bir kontraseptif yöntem olarak kullanılabilir’ önermesine ‘Yanlış’ cevabını verenlere ‘1’ puan verildi. ‘ESH CYBH’den korur mu?’ sorusuna ‘Hayır’ cevabını verenlere ‘1’ puan verildi. ‘AK yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?’ sorusunda ‘ESH’, ‘Doğum kontrol haplarının yüksek doz alınması’, RİA seçeneklerini işaretleyenlere ‘1’ puan verildi. ‘0-5’ puan alanlar yetersiz, ‘6-11’ puan alanlar orta, ‘12-17’ puan alanlar yeterli olarak değerlendirildi. Bölüm 5’te gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,163$)

Çalışmamızda Bölüm 3 dışında bölümler arasında anlamlı fark olmaması tüm öğrencilerin sağlıkla ilgili bölümde okuyor olması ve bu konularda eğitim almış olmalarıyla açıklanabilir. Kocaman O.’nun çalışmasında öğrencilerin öğrenim gördükleri fakülterele göre CS/ÜS bilgi düzeyi incelendiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Diş Hekimliği Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesinin aldığı puan ortalamaları birbirine benzer olarak bulunmuştur. Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin puan ortalaması en yüksek, İslami İlimler Fakültesi öğrencilerinin ortalama puanı en düşük olarak saptanmıştır (134). Metin Z.’nin ve Geçici F.’nin yaptıkları benzer çalışmalarda da, bölümler arasında anlamlı farklar bulunmuştur (32,135). Bu durum sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin aldıkları eğitimden dolayı bilgi puanlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Tıp öğrencilerinin CYBH hakkında bilgi düzeylerinin daha yüksek olması Tıp Fakültesinde verilen eğitimin daha detaylı ve kapsamlı olmasıyla ve öğrencilerin bunu klinik stajlarında devamlı olarak pekiştirmeleriyle açıklanabilir.

Öğrencilerin okuduğu bölümlere göre bölüm bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde; bölüm 2’den tüm öğrenciler toplamda %20,3 yetersiz, %40,0 orta,

%39,7 yeterli puan almıştır. Tıp öğrencileri %20,0 yetersiz, %35,3 orta düzey ve %44,7 yeterli bilgi puanı alırken; hemşirelik öğrencileri %23,3 yetersiz, %45,6 orta, %31,1 yeterli puan ve ebelik öğrencileri %16,7 yetersiz, %43,3 orta, %40,0 yeterli puan almıştır. Bölüm 2 bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,278$). Bilgi düzeyleri açısından anlamlı fark olmamasına rağmen yeterli bilgi düzeyine sahip öğrenci oranı tıp öğrencilerinde daha yüksektir.

Bölüm 3'ten tüm öğrenciler toplamda %4,7 yetersiz, %58,8 orta, %36,5 yeterli puan almıştır. Tıp öğrencileri %2,7 yetersiz, %50,3 orta düzey ve %46,9 yeterli bilgi puanı alırken; hemşirelik öğrencileri %5,6 yetersiz, %66,7 orta, %27,8 yeterli puan ve ebelik öğrencileri %8,5 yetersiz, %67,8 orta, %23,7 yeterli puan almıştır. Bölüm 3 bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır ($p=0,004$). Tıp öğrencilerinde yeterli bilgi düzeyine sahip olanların oranı anlamlı şekilde daha yüksektir. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeyi oranları birbirine çok yakındır. Bu bölümde CYBH hakkında bilgi düzeyi değerlendirildiği için CYBH konusunda tıp öğrencilerine verilen eğitimin sağlık bilimleri fakültesine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Hemşirelik öğrencileri ve ebelik öğrencilerinin bilgi düzeyi oranlarının birbirine çok yakın olması da bu durumu desteklemektedir.

Bölüm 4'ten tüm öğrenciler toplamda %24,2 yetersiz, %30,0 orta, %45,7 yeterli puan almıştır. Tıp öğrencileri %25,5 yetersiz, %26,2 orta düzey ve %48,3 yeterli bilgi puanı alırken; hemşirelik öğrencileri %23,9 yetersiz, %34,1 orta, %42,0 yeterli puan ve ebelik öğrencileri %21,7 yetersiz, %33,3 orta, %45,0 yeterli puan almıştır. Bölüm 4 bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,709$).

Bölüm 5'ten tüm öğrenciler toplamda %10,6 yetersiz, %42,3 orta, %47,1 yeterli puan almıştır. Tıp öğrencileri %9,5 yetersiz, %42,1 orta düzey ve %48,4 yeterli bilgi puanı alırken; hemşirelik öğrencileri %5,4 yetersiz, %48,2 orta, %46,4 yeterli puan ve ebelik öğrencileri %20,0 yetersiz, %35,6 orta, %44,4 yeterli puan almıştır. Bölüm 5 bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,170$).

Tıp öğrencileri, ebelik öğrencileri ve hemşirelik öğrencileri arasında Bölüm 3 dışında bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark olmamasına rağmen Bölüm 2, Bölüm 4 ve Bölüm 5'te tıp öğrencilerinde yeterli bilgi düzeyine sahip olanların oranı daha yüksektir. Bu durum tıp fakültesinde eğitim süresinin 6 yıl olması ve öğrencilerin bu konulardaki bilgileri daha iyi pekiştirmiş olabilmesiyle açıklanabilir.

Yaş gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında tıp öğrencileri içinde yaş grupları arasında bölüm bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Hemşirelik öğrencileri içinde yaş grupları arasında sadece bölüm 4 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,002$). Ebelik öğrencileri içinde yaş grupları arasında sadece bölüm 4 ve bölüm 5 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,013$; $p<0,001$). 25 yaş ve üzeri grubun bölüm 4 ve 5 bilgi puanı, 18-24 yaş grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksektir. Tıp öğrencilerinde yaşla bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen ebelik ve hemşirelik bölümünde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum 25 yaş ve üzeri grubun daha çok hemşirelerde ve ebelerde yoğunlaşmasıyla ve yaşla birlikte deneyim ve tecrübelerin de bilgi düzeyine katkıda bulunmasıyla açıklanabilir.

Tüm öğrencilerde yaş gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında Bölüm 4 ve 5 bilgi puanları 25 yaş ve üzeri grupta anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,002$; $p=0,041$). Fakülteler incelendiğinde; tıp öğrencilerinde 25 yaş ve üzeri 14 öğrenciden 1 kişi 1.sınıf, 1 kişi 3.sınıf, 1 kişi 4.sınıf 13 kişi 6.sınıf öğrencisidir. Hemşirelik öğrencilerinde 25 yaş ve üzeri 34 öğrenciden 1 kişi 1.sınıf, 5 kişi 2.sınıf, 8 kişi 3.sınıf, 20 kişi 4.sınıf öğrencisidir. Ebelik öğrencilerinde 25 yaş ve üzeri 14 öğrenciden 1 kişi 1.sınıf, 1 kişi 2.sınıf, 2 kişi 3.sınıf, 10 kişi 4.sınıf öğrencisidir. Yaş arttıkça kontrasepsiyon ve AK bilgi düzeyinin arttığı görülmüştür. Bu durum 25 yaş ve üzeri öğrencilerin çoğunluğunun üst sınıflarda olmasıyla ve aldıkları eğitimle açıklanabilir. Bizim toplumumuzda cinsellik yaşı çok erken olmadığı için yaş arttıkça öğrencilerin kendilerinin ve çevrelerindeki kişilerin kontraseptif yöntemlere ihtiyaçlarının oluşmasıyla ihtiyaca yönelik bilgi düzeyi de artmış olabilir. Kocaman O.'nun çalışmasına göre yaş grupları ile CS/ÜS bilgi düzeyi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Her iki grubunda aldığı puan ortalamaları birbirine benzer olarak bulunmuştur. Metin Z., Geçici F. ve Pınar G.'nin yaptıkları çalışmalarda da yaş grubu ile CS/ÜS bilgi düzeyinde anlamlı fark bulunamamıştır (32,135,136). Bu çalışmalarla bizim çalışmamız CS/ÜS bilgi düzeyinde yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmaması yönünden benzerdir. Bunu teknolojinin gelişmesiyle beraber her yaş grubundan kişilerin iletişim araçlarına ve bilgiye eskiye nazaran daha kolay ulaşabilmesine bağlayabiliriz.

Cinsiyet gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; Tıp öğrencileri içinde cinsiyetler arasında bölüm bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelik öğrencileri içinde cinsiyet grupları arasında sadece bölüm 4 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,043$). Erkek grubun bölüm 4 bilgi puanı, kadın grubundan anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tüm öğrencilerde cinsiyet gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; bilgi puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Kocaman O.'nun çalışmasında kız öğrencilerin ortalama puanı erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Metin Z., Koluvaçık S. ve Geçici F.'nin yaptıkları çalışmalarda, kız öğrencilerin ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur (32,135,137). Bizim çalışmamız literatürdeki bu çalışmalardan cinsiyetler arasında fark bulunamaması yönüyle ayrılmaktadır. Bu durum katılımcıların cinsiyet açısından eşit dağılmamasından, ebelik fakültesinde hiç erkek öğrenci bulunmamasından, buna bağlı olarak puan ortalamalarının etkilenmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Sınıf gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında tıp öğrencileri incelendiğinde; tıp öğrencileri içinde sınıflar arasında bölüm 2 bilgi puanları açısından anlamlı fark yokken ($p=0,390$), bölüm 3, 4 ve 5 bilgi puanları sınıf yükseldikçe anlamlı şekilde artmaktadır ($p<0,001$). Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; hemşirelik öğrencileri içinde sınıf grupları arasında sadece bölüm 3 ve 4 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,027$; $p<0,001$). Üst sınıfların bölüm 3 ve 4 bilgi puanı, alt sınıflardan anlamlı şekilde daha yüksektir. Ebelik öğrencileri incelendiğinde; ebelik öğrencileri içinde sınıf grupları arasında sadece bölüm 4 ve bölüm 5 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,001$; $p=0,002$). Üst sınıfların bölüm 4 ve 5 bilgi puanı, alt sınıflardan anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tüm öğrencilerde sınıflara göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; sınıf yükseldikçe bölüm 3, 4 ve 5 bilgi puanları da anlamlı şekilde artmaktadır ($p<0,001$). Koluvaçık ve ark. İnönü Üni. öğrencilerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin yaşları ve sınıfları ilerledikçe cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeylerinin de arttığını tespit etmişlerdir (142). Sınıflarına göre CS/ÜS konusundaki bilgi düzeylerine bakıldığında, 1.sınıf öğrencilerinin %48,7'sinin, 4.sınıf öğrencilerinin ise %62,9'unun bu konudaki bilgisi "iyi" olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışma bizim çalışmamızla uyumlu olup üç grup içinde üst sınıfların bilgi puanlarının aldıkları eğitim doğrultusunda yüksek olması beklenen bir durumdur. Bölüm 2'de CS/ÜS bilgi düzeyinde sınıflar arasında fark olmaması sorulan soruların daha basit ve üniversite öncesinde öğrenilen bilgilerle de yapılabilecek sorular olmasıyla açıklanabilir.

Medeni durum gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; tıp öğrencileri içinde medeni durum grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; hemşirelik öğrencileri içinde medeni durum grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Ebelik öğrencileri incelendiğinde; ebelik öğrencileri içinde medeni durum grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Tüm öğrencilerde medeni durum gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; bilgi puanları açısından medeni durum grupları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Kocaman O.'nun çalışmasında nişanlı/sözlü olarak cevap veren katılımcılar en yüksek puan ortalamasına sahipken; bekâr olanların puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Aynı şekilde flört ile birlikte cevabını veren katılımcıların da puan ortalaması bekâr cevabını verenlerden yüksek bulunmuştur (134). Toplumda sevgili veya partnere sahip olan genç nüfusun cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda daha duyarlı olduğu ve medeni durumlarına göre ihtiyaçları doğrultusunda bu konulardaki bilgi düzeylerinin arttığı düşünülebilir. Bu çalışmalardaki sonuçlarla bizim çalışmamızın sonuçları uyumlu değildir. Bizim çalışmamızda öğrencilerden evli/sözlü/nişanlı olanların oranının çok düşük olması böyle bir sonuç çıkmasının sebeplerinden biri olabilir.

Aylık gelir durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; tıp öğrencileri içinde aylık gelir durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; hemşirelik öğrencileri içinde aylık gelir durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ebelik öğrencileri incelendiğinde; ebelik öğrencileri içinde aylık gelir durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark saptanamamıştır ($p>0,05$). Tüm öğrencilerde aylık gelir durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; bilgi puanları açısından aylık gelir durumu grupları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0,05$). Kocaman O.'nun çalışmasında aile gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur (134). Bu sonuç bizim çalışmamızla uyumlu değildir. Biz çalışmamızda öğrencilerin aylık gelir durumunu kişinin düşüncesine göre kötü/orta/iyi şeklinde değerlendirdiğimiz ve rakamlarla sınırlandırmadığımız için cevapların nicel bir karşılığı yoktur. Bu yüzden verilen cevaplar yanıltıcı olabilir ve gerçekçi değerlendirmemizi kısıtlamış olabilir.

Baba eğitim durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; tıp öğrencileri içinde baba eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı

fark yoktur ($p>0,05$). Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; hemşirelik öğrencileri içinde baba eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ebelik öğrencileri incelendiğinde; ebelik öğrencileri içinde baba eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tüm öğrencilerde baba eğitim durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; babası, üniversite ve üzeri mezunu olanların bölüm 3 ve 5 bilgi puanlarının diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,004$; $p=0,048$). Koluçık ve ark.'ın yaptıkları çalışmada öğrencilerin babalarının öğrenim durumları ile cinsel sağlık bilgi düzeyleri arasındaki farkı anlamlı bulmuştur (137). Bu durum bizim çalışmamızla uyumlu bir sonuçtur. Babaların eğitim düzeyi arttıkça çocukların bilgi düzeyinin artması; çocukların cinsellikle ilgili konuları evde babalarıyla daha rahat bir şekilde konuştuğu, babaların çocuklarıyla daha bilinçli ve ilgili iletişim kurduğu düşünülebilir açıklanabilir.

Anne eğitim durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; tıp öğrencileri içinde anne eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; hemşirelik öğrencileri içinde anne eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0,05$). Ebelik öğrencileri incelendiğinde; ebelik öğrencileri içinde anne eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Tüm öğrencilerde anne eğitim durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; anne eğitim düzeyi yükseldikçe bölüm 3 bilgi puanlarının da anlamlı olarak arttığı görülmüştür ($p=0,001$). Kocaman O.'nun çalışmasında öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim durumlarına bakıldığında; annesinin ve babasının eğitim durumu üniversite ve üzeri olan öğrencilerin aldığı ortalama puan en yüksek bulunurken, diğer grup (öğrenim bitirmemiş) olanların aldığı ortalama puan en düşük bulunmuştur (134). Gölbaşı Z. Mıhçıokur S. ve Metin Z.'nin çalışma bulgularında da benzer sonuçlar çıkmıştır (135,138,139). Pınar G'nin çalışmasında anne eğitim durumunun CS/ÜS bilgi düzeyini etkilemediği saptanmış ancak, anne öğrenim durumu yüksek olanların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (136). Bizim çalışmamızda da tüm öğrenciler sağlık bölümlerinde okumalarına rağmen anne-baba eğitim durumunun öğrencilerin bilgi düzeyi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Anne ve babaların eğitim düzeylerinin yüksek olması çocukların hem akademik, hem

sosyal hem de duygusal gelişimlerini olumlu olarak etkilemektedir. Annelerin ve babaların eğitim seviyesi yükseldikçe, çocukları ile daha fazla iletişime geçecekleri ve cinsellikle ilgili konuları daha fazla konuşacakları düşünülmektedir.

Tüm öğrencilerde sosyodemografik özellikler arasında bölüm 2 bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında 18-24 yaş grubun %39,1'inde, 25 yaş ve üzeri grubun ise %41,9'unda yeterli bilgi düzeyi bulunmuştur. Kadınların %39,2'sinin; erkeklerin ise %40,6'sının yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu görülmüştür. 1 ve 2. sınıfların %36,6'sının, 3 ve 4. sınıfların %39,3'ünün ve 5 ve 6. sınıfların %52,8'inin bilgilerinin yeterli düzeyde olduğu gözlenmiştir. Bekârların %39,1'i ve evli/sözlü/nişanlı olanların ise %25,0'ı yeterli bilgi düzeyine sahiptir. Aylık gelir durumu kötü/yetersiz olanların %32,4'ünde, gelir durumu orta olanların %43,0'ında ve gelir düzeyi iyi olanların ise %35,0'ında ise yeterli bilgi düzeyi saptanmıştır. Baba eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %38,7'si, lise olanların %37,0'si ve üniversite ve üzeri olanların %43,2'sinin bilgi düzeyi yeterlidir. Anne eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %39,3'ünün, lise olanların %37,9'unun ve üniversite ve üzeri olanların %42,9'unun bilgi düzeylerinin yeterli olduğu gözlenmiştir. Sosyodemografik özellikler arasında bölüm 2 bilgi düzeyi açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Anlamlı fark olmamasına rağmen 25 yaş ve üzeri olanlar diğerlerine göre, üst sınıflar alt sınıflara göre, erkekler kadınlara göre, bekârlar evlilere göre, anne ve baba eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanlar diğerlerine göre daha yüksek oranda yeterli bilgi düzeyine sahiptir.

Tüm öğrencilerde sosyodemografik özellikler arasında bölüm 3 bilgi düzeylerinin karşılaştırılması yapılmış olup 18-24 yaş grubun %35,0'ında, 25 yaş ve üzeri grubun ise %41,9'unda yeterli bilgi düzeyi saptanmıştır. Kadınların %34,7'sinin, erkeklerin ise %39,8'inin bilgi düzeylerinin yeterli olduğu görülmüştür. 1 ve 2. sınıfların %20,7'sinin, 3 ve 4. sınıfların %40,8'inin ve 5 ve 6. sınıfların %83,3'ünün bilgi düzeyleri yeterli olarak tespit edilmiştir. Bekârların %35,9'unun ve evli/sözlü/nişanlı olanların ise %46,7'sinin bilgi düzeylerinin yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aylık gelir durumu kötü/yetersiz olanların %38,2'sinde, gelir durumu orta olanların %36,1'inde ve gelir düzeyi iyi olanların ise %36,7'sinde ise yeterli bilgi düzeyi saptanmıştır. Baba eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %29,3'ünün, lise olanların %38,8'inin ve üniversite ve üzeri olanların %44,1'inin bilgi düzeyleri yeterli olarak bulunmuştur. Anne eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %30,1'inde, lise olanların %43,1'inde ve üniversite ve üzeri olanların %49,1'inde yeterli bilgi düzeyi

saptanmıştır. Sınıf yükseldikçe bölüm 3 bilgi düzeyi de anlamlı şekilde yükselmektedir ($p<0,001$). Diğer değişkenler açısından fark yoktur ($p>0,05$). Öğrencilerin sınıf yükseldikçe bilgi düzeylerinin artmış olması beklenen bir durumdur. Bu durum üst sınıflara geçtikçe verilen bilgilerin artması, daha geniş kapsamlı olmasıyla ve öğrencilerin zamanla bu bilgileri daha iyi özümsemesiyle açıklanabilir. Diğer parametreler açısından anlamlı bir fark olmasa da 25 yaş ve üzeri grup diğerlerine göre, erkekler kadınlara göre, evli olanlar bekâr olanlara göre, anne ve babası üniversite ve üzeri eğitilmiş olanlar diğerlerine göre daha yüksek oranda yeterli bilgi düzeyine sahiptir.

Tüm öğrencilerde sosyodemografik özellikler arasında bölüm 4 bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında 18-24 yaş grubun %40,3'ü, 25 yaş ve üzeri grubun ise %66,1'i yeterli bilgi düzeyine sahiptir. Kadınların %47,6'sında, erkeklerin ise %42,2'sinde yeterli bilgi düzeyine ulaşıldığı görülmüştür. 1 ve 2. sınıfların %7,2'si, 3 ve 4. sınıfların %79,0'ı ve 5 ve 6. sınıfların %85,7'sinin bilgi düzeyleri yeterlidir. Bekârların %46,2'sinin ve evli/sözlü/nişanlı olanların ise %37,5'inin bilgi düzeylerinin yeterli olduğu tespit edilmiştir. Aylık gelir durumu kötü/yetersiz olanların %44,1'inde, gelir durumu orta olanların %47,0'ında ve gelir düzeyi iyi olanların ise %43,6'sında ise yeterli bilgi düzeyi gözlenmiştir. Baba eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %42,6'sında, lise olanların %43,8'inde ve üniversite ve üzeri olanların %51,6'sında yeterli bilgi düzeyi bulunmuştur. Anne eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %43,2'sinin, lise olanların %45,3'ünün ve üniversite ve üzeri olanların %54,7'sinin bilgi düzeyleri yeterlidir. Yaş ve sınıf yükseldikçe bölüm 4 bilgi düzeyi de anlamlı şekilde yükselmektedir ($p<0,001$). Diğer değişkenler açısından fark yoktur ($p>0,05$). Sınıf yükseldikçe verilen eğitimin artması ve öğrencilerde belli bir bilgi birikiminin oluşması dolayısıyla üst sınıflara geçildikçe bilgi düzeyinin artmış olması beklenen bir durumdur. Yaş arttıkça kontrasepsiyon bilgi düzeylerinin artması kontrasepsiyon yöntemlerine olan ihtiyacın ve bu yöntemleri kullanma konusunda tecrübenin artmış olabilmesiyle açıklanabilir. Diğer parametreler arasında anlamlı bir fark olmamasına karşın bekâr olanlar evli olanlara göre, kadınlar erkeklere göre, anne ve baba eğitim durumları üniversite ve üzeri olanlar diğerlerine göre daha yüksek oranda yeterli bilgi düzeyine sahiptir.

Tüm öğrencilerde sosyodemografik özellikler arasında bölüm 5 bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında 18-24 yaş grubun %43,1'i, 25 yaş ve üzeri grubun ise %60,4'ü

yeterli bilgi düzeyine sahiptir. Kadınların %47,6'sında, erkeklerin ise %46,3'ünde bilgi düzeylerinin yeterli olduğu tespit edilmiştir. 1 ve 2. sınıfların %27,3'ünde, 3 ve 4. sınıfların %51,9'unda ve 5 ve 6. sınıfların %82,9'unda bilgi düzeyleri yeterli bulunmuştur. Bekârların %47,7'sinin ve evli/sözlü/nişanlı olanların ise %38,5'inin yeterli bilgi düzeyinde olduğu görülmüştür. Aylık gelir durumu kötü/yetersiz olanların %45,8'inin, gelir durumu orta olanların %45,8'inin ve gelir düzeyi iyi olanların ise %50,8'inin bilgi düzeyi yeterli bulunmuştur. Baba eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %48,1'inde, lise olanların %38,5'inde ve üniversite ve üzeri olanların %53,1'inde yeterli bilgi düzeyine ulaşıldığı görülmüştür. Anne eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %47,2'sinin, lise olanların %40,7'sinin ve üniversite ve üzeri olanların %54,2'sinin bilgi düzeylerinin yeterli olduğu görülmüştür. Yaş ve sınıf yükseldikçe bölüm 5 bilgi düzeyi de anlamlı şekilde yükselmektedir (**p=0,043; p<0,001**). Diğer değişkenler açısından fark yoktur (p>0,05). Sınıf yükseldikçe verilen eğitime paralel bilgi düzeyinin atmış olması beklenen ve olması gereken bir durumdur. Yaşla birlikte tecrübenin artmasının bilgi düzeyine katkı sağladığı düşünülebilir. Ve yaşla birlikte kontraseptif yöntemlere duyulan ihtiyacın artmış olmasının da bilgi düzeyine katkı sağladığı düşünülebilir.

Çalışmamızda öğrencilerin 'size göre CS/ÜS ne demektir' sorusuna verdikleri yanıtlar verilmiştir. Buna göre; 'sağlıklı cinsellik' deme oranı tıp öğrencilerinde %73,3, hemşirelikte %66,7 ve ebelikte %73,3'tür. Toplamda ise bu oran %71,3'tür. 'Üreme organlarının sağlığı' deme oranı tıp öğrencilerinde %67,3, hemşirelikte %70,0 ve ebelikte %71,7'dir. Toplamda %69'dur. 'Üreme organlarının temizliği' deme oranı tıp öğrencilerinde %55,3, hemşirelikte %44,4 ve ebelikte %46,7'dir. Toplamda %50'dir. 'CYBH'den korunma' deme oranı tıp öğrencilerinde %70,7, hemşirelikte %57,8 ve ebelikte %69,3'tür. Toplamda %66'dır. 'Güvenli AP yöntemlerinin sağlanması' deme oranı tıp öğrencilerinde %58,0, hemşirelikte %61,1 ve ebelikte %63,3'tür. Toplamda %60'dır. 'Üreme sağlığına ilişkin problemler' deme oranı tıp öğrencilerinde %60,0, hemşirelikte %36,7 ve ebelikte %36,7'dir. Toplamda %48'dir. Sadece 'üreme sağlığına ilişkin problemler' seçeneği açısından bölümler arasında anlamlı fark vardır. Tıp okuyanlar diğer öğrencilere göre anlamlı şekilde daha fazla bu önermeye 'evet' demiştir (p<0,001). Buna göre sağlıklı cinsellik en çok bilinen, üreme organ temizliği ve üreme organ sağlığına ilişkin problemler en az bilinen doğru cevap olmuştur. Sezer B.'nin çalışmasında katılımcılara "CS/ÜS size ne ifade ediyor?" diye sorulduğunda en yüksek

oranda işaretlenen seçenekler %74,8'i tarafından "Sağlıklı cinsellik/sağlıklı üreme" seçeneği, %43,4 oranla "Cinsellik ve üreme sağlığına ilişkin problemler/bunlara ilişkin bilgiler" olmuştur. %28,5 oranla "Doğurganlığın düzenlenmesi/gebelikten korunma" seçeneği en az bilinen şık olmuştur. Kolucaık ve ark.'ın yaptıkları çalışmada "Sağlıklı cinsellik/sağlıklı üreme" %71,8, "CYBH'den korunmak" %43,9 oranında en çok bilinen seçenekler olmuştur (137). "Doğurganlığın düzenlenmesi/gebelikten korunma" %14,2 en az bilinen seçenek olmuştur. Bu çalışmalara bakıldığında Sağlıklı cinsellik/sağlıklı üreme en çok kabul edilen önerme olmuştur. Bizim çalışmamızla uyumludur. Bizim çalışmamızda bu önermelere daha yüksek oranda doğru cevap verilmesinin nedeni katılımcıların tıp fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi öğrencisi olmasıyla ve bu konulardaki bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin 'CS/ÜS ile ilgili olarak 'herhangi bir yer ve/veya kişiden bilgi aldınız mı?' sorusuna evet deme oranları tıp öğrencilerinde %56,7, hemşirelikte %62,2 ve ebelikte %68,3, toplamda %60,7, hayır deme oranı toplamda 39,3 dür. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması tüm bölümlerin sağlıkla ilgili bölüm olmasıyla ve kendi fakültelerinde eğitim almış olmalarıyla açıklanabilir. Sezer B.'nin çalışmasında öğrencilere daha önce AP ve cinsellikle ilgili herhangi bir bilgi alıp almadığı sorulduğunda %57,2'si bilgi aldığını, %42,8'i bilgi almadığını belirtmiştir. Tıp öğrencilerinin hukuk öğrencilerine göre sırasıyla %59,6, %48,1 daha fazla oranda bilgi aldığı belirlenmiştir (132). Yıldırım'ın çalışmasında öğrenciler yüksek oranda AP ve cinsellik hakkında herhangi bir kaynaktan bilgi aldığını, %26,8'i ise hiçbir kaynaktan bilgi almadığını belirtmişlerdir (140). Korkmaz'ın çalışmasında da öğrencilerin büyük kısmı AP ve cinsellik hakkında herhangi bir kaynaktan bilgi aldığını, %14,5'i ise hiçbir kaynaktan bilgi almadığını belirtmiştir (141). Koç ve Sağlam'ın çalışmasında katılımcıların neredeyse tamamı CS/ÜS hakkında bilgi aldığını belirtmiş, %4,9'u ise bilgi almadığını belirtmiştir. (142). Tekgül ve ark.'ın ilköğretim öğrencilerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin büyük çoğunluğu cinsel konularla ilgili daha önce bilgi aldığını belirtmiştir (143). Bu çalışmalarla bizim çalışmalar karşılaştırıldığında daha önce cinsel sağlıkla ilgili bilgi alınma oranının farklı olması Türkiye'nin coğrafi olarak farklı bölgelerinde yapılmış olması ve cinselliğin hala bazı yerlerde bir tabu olmasıyla açıklanabilir.

"Bilgi kaynağınız nedir" sorusuna ise 'gazete/dergi' deme oranı toplamda %16,4 'Arkadaş' deme oranında toplamda %16,4'tür. 'Aile' deme oranı toplamda %13,4 iken

'Lise' deme toplamda %15,1'dir. 'Üniversite' deme oranı toplamda %60, 'İnternet' deme oranı toplamda %42'dir. 'TV' deme oranı toplamda %11 iken 'Doktor' deme oranı toplamda %21'dir. 'Cinsel deneyim' deme oranı tıp toplamda %4, 'Bilgim yok' deme oranı toplamda %7,4'tür. Sadece 'üniversite' ve 'doktor' seçeneği açısından bölümler arasında anlamlı fark vardır. 'Üniversite' deme oranı tıp okuyanlarda anlamlı şekilde daha düşük iken ($p<0,001$) 'doktor' deme oranı tam tersine tıp okuyanlarda anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,045$). Bu fark tıp fakültesinde okuyanların derslerine giren öğretmenlerinin doktor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Diğer önermeler açısından bölümler arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Bilgi edinilen kaynak olarak ilk sırada üniversite, ikinci sırada internet yer alırken son sıralarda cinsel deneyim ve aile gelmektedir. Bu durum bizim toplumumuzda cinselliğin hala aile içinde konuşulmayan bir tabu olduğunu göstermektedir. Akın ve Özvarış'ın çalışmasında kitap/dergi/ansiklopedi ilk sıradayken akran/arkadaş ikinci sıradadır (133). Bu sonuç bizim çalışmamızla uyumlu değildir. Gelişen teknolojiyle birlikte bilgi kaynağı olarak kitap/ansiklopedinin yerini internet almıştır. Sezer B.'nin çalışmasında öğrencilerin CS/ÜS konularındaki bilgi kaynakları sorguladığında ilk sıralarda kitap/dergi/ansiklopedi, akran-arkadaş, internet (%36,2), okul/öğretmen (%31,4), yer alırken, cinsel deneyim ve kız-erkek kardeş/ailenin diğer üyelerinden bilgi edinme son sıralardadır (132). Bu çalışmadan çıkan sonuçların bizim çalışmamızla benzer tarafları vardır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda teknolojinin gelişmesiyle birlikte bilgi kaynağı olarak yüksek oranda internetin kullanıldığını görmekteyiz. Sezer B.'nin çalışmasında bilgi kaynakları fakültelerine göre karşılaştırıldığında, Tıp Fakültesi öğrencileri Hukuk Fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla kaynak olarak okul/öğretmen ve doktor/uzman derken Hukuk Fakültesi öğrencileri ise anlamlı bir farkla kaynak olarak TV/video/kaset, cinsel deneyim ve erotik/pornografik yayını daha fazla kullandığını belirtmiştir (132). Bu durum bizim çalışmamızla tıp fakültesi öğrencilerinin bilgi kaynağının yüksek oranda doktor/uzman/okul/öğretmen olmasıyla uyumludur.

Kocaman O.'nun çalışmasında öğrencilerin CS/ÜS bilgilerini daha çok iletişim araçlarından, ikinci sırada da arkadaşlarından aldıkları bulunmuştur. Öğrencilerin en az bilgiyi ise kardeşlerinden aldığı görülmüştür (134). Bu durumda gençlerin üreme sağlığı konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olmamaları, iletişim araçları yoluyla çelişkili mesajlar alabilmeleri açısından oldukça önemlidir. Planlı eğitim programları yapılarak

sağlık personellerinden bilgi alma oranı artırılabilir. Son zamanlardaki teknik alandaki gelişmeler, internet, televizyon ve yazılı medyaya kolay ulaşım gençlerin cinsellikle ilgili bilgilere hızla ulaşmasına katkıda bulunmaktadır. Medyanın gençlerin kendi cinsellikleri hakkında bilinçli karar vermelerini destekleyebilen doğru bir bilgi kaynak olması gerekirken, sıklıkla yanlış bilgiler içermekte ve gençleri yanlış yönlendirebilmektedir (138,143,144). Çoğu çocuk ailelerinin geleneksel tutumlarından dolayı cinsel konularda aileleriyle konuşmaya pek açık değildir. Pek çok aile çocukların ergenlik döneminde yaşadıkları sıkıntıları bilerek ya da bilmeyerek göz ardı edilebilmektedir. Tüm bu durumlar gençlerin CS/ÜS konularında bilgilerinin yetersiz olmasına neden olmaktadır. Ve bu sebeplerden dolayı bireyler CYBH, adölesan gebelikler, yasa dışı kürtaj ve istenmeyen gebelikler gibi olumsuz sonuçlarla karşı karşıya kalabilmektedirler (138). Bu konuda yapılan uluslararası çalışmalara bakıldığında Melaku ve ark.'ın Etiyopya'da kız öğrencilere yaptıkları çalışmada CS/ÜS ile ilgili konularda, araştırmanın yapıldığı tarihten önceki altı ay içinde katılımcıların %43,5'i ebeveynleriyle görüştüğünü belirtirken, %61,1'i akranları ile görüştüğünü belirtmiştir (146). Yari ve ark.'ın İran'da 25 kız öğrenci ve üniversitenin kilit üyeleriyle yaptıkları çalışmada katılımcılar arasından genç bir kız öğrenci "Üreme, CYBH ve riskli cinsel davranışlar hakkında daha fazla bilgi almak istiyorum. Bu şeyleri evde sormaktan rahat değilim. Bu yüzden genellikle bilgileri arkadaşlarımdan, internetten, dergilerden veya kitaplardan alıyorum." demiştir. On dokuz yaşındaki bir başka kız öğrenci kız "Üreme sağlığı hizmetleri konusunda tıbbi olmayan kitaplarımız yok. Böyle şeyler için özel bir kitabımızın olmasını isterdim." demiştir. İran'da yapılan çalışmalar da onlar için cinselliğin aile içinde konuşulmayan bir tabu olduğunu göstermektedir ve bu durum bizim çalışmamızla benzerdir (147). Somba ve ark.'ın Tanzanya'da üniversitede okuyan kadın öğrencilerle yaptıkları çalışmada kontrasepsiyon ile ilgili temel bilgi kaynakları ilk sıralarda arkadaş (%39,5), radyo (%36) ve okuldur (%24) (148). Ajah ve ark.'ın Nijerya'da lisede okuyan kız öğrencilerle yaptıkları çalışmada anneler kızlarının ergenlik konularındaki eğitiminin ana kaynağı iken, arkadaşlar ve kitle iletişim araçları kontrasepsiyon konusundaki bilgilerin ana kaynağıdır (149). Annelerden bilgi edinme bizim çalışmamızla uyumlu değildir. Bizim çalışmamızda belki üniversite öncesinde öğrenciler için anneler daha yüksek oranda bilgi kaynağıydı. Üniversitede okudukları bölüm dolayısıyla profesyonel anlamda bilgi kaynağı okul olduğu için bilgi kaynağının oranları değişmiş olabilir.

Öğrencilerin “CS/ÜS hizmetleri nerede verilmelidir” sorusuna verdikleri yanıtlarda; ‘hastanelerde’ denme oranı toplamda %45,8’dir (Tıp öğrencilerinde %39,3, hemşirelikte %48,9 ve ebelikte %57,6’dır). ‘Hastanelerde’ denme oranı hemşirelikte tıp öğrencilerine göre; ebelikte de hemşireliğe göre anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,045$). ‘Aile sağlığı merkezlerinde’ denme oranı toplamda %74’tür ve bu oran hastanelerden fazladır (Tıp öğrencilerinde %65,3, hemşirelikte %80,0 ve ebelikte %88,3’tür). Tıp öğrencileri bu önermeye diğer öğrencilere göre anlamlı şekilde daha az ‘evet’ yanıtı vermiştir ($p=0,001$). ‘Lisede’ denme oranı toplamda %41,7’dir (Tıp öğrencilerinde %50,7, hemşirelikte %32,2 ve ebelikte %33,3’tür). Bu seçeneğe de tıp öğrencileri anlamlı şekilde daha yüksek oranda evet demiştir ($p=0,007$). ‘Üniversitede’ denme oranı toplamda %51’dir (Tıp öğrencilerinde %43,3, hemşirelikte %58,9 ve ebelikte %58,3’tür). Bu seçeneğe tıp öğrencileri daha az evet demiştir ($p=0,029$). ‘Bu hizmetlerin verilmesine gerek yok’ denme oranı tıp öğrencilerinde %2,0, hemşirelikte %0,0 ve ebelikte %1,7’dir. Bu önerme açısından bölümler arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,412$) ancak bu kısımda bu hizmete gerek olmadığını düşünenlerin büyük kısmını tıp öğrencilerinin oluşturması dikkat çekicidir. Sezer B.’nin çalışmasında “CS/ÜS hizmetleri nerelerde verilmelidir?” sorusuna öğrencilerin %69,8’i ASM’lerde, %50,4’ü okullarda, %49’u hastanelerde, %34,9’u mediko-sosyal merkezlerinde, %23,4’ü sadece bu hizmeti veren bağımsız danışma merkezlerinde verilmesi gerektiğini ifade ederken, %1,4’ü bu hizmetlerin verilmesine gerek olmadığını düşünüyordu (132). Akın ve Özvarış’ın çalışmasında bu soruya öğrencilerin %56,3’ü okullarda, %50,6’sı mediko-sosyal merkezlerinde, %36,1’i sadece bu hizmeti veren bağımsız danışma merkezlerinde, %28,4’ü hastanelerde, %16’sı ASM’lerde yanıtını vermişlerdir (133). Kocaman O.’nun çalışmasında öğrencilerin büyük çoğunluğu okullarda cinsel eğitim verilmesini istediklerini belirtmişlerdir (134). Geçici F. ve Metin Z.’nin yaptıkları çalışmalarda okullarda eğitim isteği yüksektir (32,135). Sonuçlar birbiriyle uyumludur. Çalışmamızdan çıkan sonuçta katılımcılar cinsel sağlık hizmetinin okullarda, hastanelerde, ASM’lerde verilmesi gerektiğini düşünmüşlerdir. En fazla ASM’lerde verilmesi gerektiğini düşünmeleri ise birinci basamağın rolünün ve öneminin sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrenciler tarafından yeterince anlaşıldığını gösteren olumlu ve önemli bir sonuçtur.

Öğrencilerin “sizce cinsel ilişki sırasında gebelikten korunmak kimin sorumluluğundadır” sorusuna verdikleri yanıtlar; Tıp öğrencilerinde %2,7’si “erkek”,

%4,0'ı "kadın", %90,0'ı "her ikisi" ve %3,3'ü "gebelikten korunmaya gerek yok" yanıtını vermiştir. Hemşirelikte okuyanların %2,2'si "erkek", %5,6'sı "kadın", %90,0'ı "her ikisi" ve %2,2'si "gebelikten korunmaya gerek yok" yanıtını vermiştir. Ebelikte okuyanların %5,0'ı "erkek", %3,3'ü "kadın", %91,7'si "her ikisi" ve %0,0'ı "gebelikten korunmaya gerek yok" yanıtını vermiştir. Öğrenci grupları arasında bu soru açısından anlamlı fark saptanamamıştır ($p=0,732$). Anlamlı fark bulunmamış olsa da ebelik öğrencilerinin doğru yanıtları tıp ve hemşirelik öğrencilerine göre daha fazladır. Öğrenciler toplamda %90,3 oranında "her ikisi" diyerek doğru cevap vermişlerdir. Sezer B.'nin çalışmasında "Gebelikten korunmak kimin sorumluluğundadır?" sorusunu öğrencilerin çoğunluğu "Her ikisinin de" diye yanıtlarken, %1,8'i "Erkeğin", %3,7'si "Kadının", %11,7'si "İkisinden biri olabilir/fark etmez", %1,2'si gebelikten korunmaya gerek olmadığını ifade etmişlerdir (132). Akın ve Özvarış'ın çalışmasında bu soruyu öğrencilerin %3,9'u "Erkeğin", %5,1'i "Kadının", %5,2'si "İkisinden biri olabilir/fark etmez", %85,8'i "Her ikisinin de" diye yanıtlarken bir kişi gebelikten korunmaya gerek olmadığını ifade etmiştir (133). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumlu olmakla birlikte bizim sonuçlarımızda bu soruya verilen yanıtların doğruluk oranı literatürdeki çalışmalardan daha fazladır. Bunun nedeni öğrencilerin sağlıkla ilgili bölümlerde okuyor olmaları ve okudukları bölümlerden dolayı bilgi düzeylerinin yüksek olmasıyla açıklanabilir.

"CS/ÜS hakkında bilgi almak ister misiniz" sorusuna tıp öğrencileri %72,5 'evet', %15,4'ü 'hayır' ve %12,1 oranında 'bilmiyorum' yanıtlarını vermiştir. Hemşirelikte okuyanların %75,6'sı 'evet', %10,0'ı 'hayır' ve %14,4'ü 'bilmiyorum' yanıtlarını verirken ebelikte okuyanların %75,0'ı 'evet', %5,0'ı 'hayır' ve %20,0'ı 'bilmiyorum' yanıtı vermiştir. Öğrenci grupları arasında bu soru açısından anlamlı fark saptanamamıştır ($p=0,181$). Anlamlı fark bulunmasada tıp öğrencileri diğer bölümlere göre daha az oranda bilgi almak istediklerini belirtmiştir. Toplamda öğrenciler %73,9 'evet', %11,7 'hayır', %14,4 'bilmiyorum' yanıtını vermiştir. Öğrenciler okudukları bölüm dolayısıyla 'CS/ÜS' hakkında belli eğitimler alsalar da yüksek oranda CS/ÜS hakkında bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Sezer B.'nin çalışmasında tıp fakültesinde okuyan öğrenciler, hukuk fakültesindeki öğrencilere göre daha fazla bilgi almak istediğini belirtmiştir (132). Öğrencilerin yüksek oranda bilgi almak istemeleri bizim çalışmamızla uyumludur fakat bizim çalışmamızda tıp öğrencileri diğer bölümlere göre daha az oranda bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Bu durumun

nedeni Tıp Fakültesinde okuyan öğrencilerin zaten bu konu hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünmeleri ve kendilerini bu alanda yeterli görmeleri olabilir. Sağlık bilimleri ve tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin cinsellikle ilgili yüksek oranda bilgi almak istemesi, meslek hayatları boyunca bu bilgilerin kendilerine gerek olacağını düşünmeleri ve bir sağlık personeli olarak bu durumdan sorumlu olduklarının bilincinde olmalarından kaynaklanabilir.

Tüm öğrenciler ‘CS/ÜS hakkında bilgiyi nerden almak istersiniz?’ sorusuna %5,9’la en düşük oranla ‘TV’ demişlerdir. Doktor deme oranı %56,7’dir. (‘Doktor’ deme oranı tıpta %67,4, hemşirelikte %45,5 ve ebelikte %48,3’tür). ‘Ebe/hemşire’ deme oranı %38,1’dir. (‘Ebe/hemşire’ deme oranı tıpta %8,6, hemşirelikte %53,4 ve ebelikte %86,2’dir). ‘Konferans/seminer’ deme oranı tıpta %42,1, hemşirelikte %36,4 ve ebelikte %34,5’tir. Sadece ‘doktor’ ve ‘ebe/hemşire’ seçeneği açısından bölümler arasında anlamlı fark bulunmuştur. ‘Doktor’ deme oranı tıp okuyanlarda anlamlı şekilde daha yüksek iken ($p=0,002$), ‘ebe/hemşire’ deme oranı tıp okuyanlarda anlamlı şekilde en düşük ve ebelik okuyanlarda ise anlamlı şekilde en yüksektir ($p<0,001$). Diğer önermeler açısından bölümler arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Okudukları bölüm dolayısı ile öğrencilerin doktor, ebe/hemşire deme oranlarının yüksek olması ileride meslek hayatları boyunca gerekli olacak bilgiler olduğu için daha profesyonel bilgi almak istediklerinden olabilir. Öğrencilerin kendi bölümündeki öğretim üyelerinden eğitim almak istemeleri bölümlerindeki aldıkları eğitimden memnun olduklarını göstermektedir. Katılımcıların çoğu Konferans/seminer gibi bilimsel toplantılardan bilgi almak istemektedir. Bu durum toplu alanda cinsellik hakkında bilgi almanın daha rahatlatıcı olduğunu, kişilerin kendini daha rahat hissettiğini gösterebilir. Kocaman O.’nun çalışmasında öğrencilerin yarısı CS/ÜS ile ilgili bilgilerini sağlık personelinde almak istediğini belirtmiştir. Ebeveynlerinden bilgi almak istediğini belirten öğrencilerin oranı düşük bulunmuştur (134). Bu durum bizim çalışmamızla uyumludur. Bunun nedenini toplumumuzda çoğu ailenin geleneksel tutumları ile cinsel konularda çocuklarıyla konuşmaya açık olmaması şeklinde yorumlayabiliriz. Metin Z. ve Geçici F.’nin çalışmasında, katılımcılar CS/ÜS bilgilerini %39,4 oranında sağlık personelinde almak istediklerini belirtmişlerdir (32,135). Öğrencilerin geleneksel anlamda aileden ve arkadaşlardan bilgi almayı yeterli görmedikleri için sağlık personellerinden bilgi almak istedikleri söylenebilir. Bu çalışmanın sonuçları da gösteriyor ki; bizim çalışmamızda olduğu gibi öğrencilerin bilgi almak istedikleri ilk

kaynak sağlık personelidir. Kaya ve ark.'ın yaptıkları çalışmada; öğrencilerin uzman hekim ve/veya hemşireden eğitim alma isteği bizim çalışmamızla uyumlu yüksek bulunmuştur (150). Öğrencilerin geleneksel anlamda aileden ve arkadaşlardan bilgi almayı yeterli görmedikleri için sağlık personellerinden bilgi almak istedikleri söylenbilir.

Bölüm 6' da öğrencilerin kendi cinsel yaşamlarını ve cinsel yaşamlarında AK'ye ihtiyaç duyup duymadıklarını sorguladık. Öğrencilerin %5,3'ünün daha önce cinsel deneyimi olmuş, %11,7' si bu soruya cevap vermek istemiyorum demiştir. nsal ve ark.'ın 2005'te yaptıkları çalışmada kız öğrencilerin %20,8'inin, erkek öğrencilerin ise %70,9'unun cinsel beraberlik deneyimledikleri ve cinsel beraberlik deneyimleme açısından kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı bir fark olduğunu bulmuşlardır (151). Siyez ve Siyez'in yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %27'sinin cinsel ilişkide bulunduğu ve cinsel ilişkide bulunanların %28,1'ini kızların, %71,9'unu ise erkeklerin oluşturduğu belirlenmiştir (152). Ülkemizde Coşkun ve ark., Deniz ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda, niversite ğrencilerinde cinsel ilişkide bulunma sıklığının %16 ile %24 arasında değiştiği, Karaduman ve Terzioğlu'nun çalışmasında, öğrencilerin %45'inin cinsel deneyimi olduğu ve cinsel deneyimi olanlar içerisinde %54,4'ünün halen cinsel yaşamına düzenli olarak devam ettiği belirlenmiştir (153,154,155). etin ve ark.'ın çalışmasında, erkek ergenlerin cinsel ilişkiye girme oranlarının yıllar içinde arttığı bulunmuştur (156). Göz ardı edilmemesi gereken önemli bir faktör de araştırmaların yapıldığı üniversitelerin buldukları şehirlerdir. Bu açıdan bakıldığında, Yurdakul ve ark.'ın yaptıkları çalışmada, Mersin niversitesi son sınıf ğrencilerinin %19,4' cinsel deneyim yaşarken, bu oran Aras ve ark.'ın İzmir'de niversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada %36,4 olarak bulunmuştur (157,158). Kaya ve ark.'ın yaptıkları çalışmada cinsel ilişki yaşama oranı kızlarda %4,2, erkeklerde %58,0 olarak saptanmıştır (150). Bu alışmalar, ülkemizde evlilik öncesinde erkeklerin kızlara göre daha fazla cinsel ilişkide bulunduğunu göstermektedir. Bizim alışmamızda öğrencilerin cinsel deneyimde bulunma oranı daha az sayıdadır. Kahramanmaraş Türkiye'nin Doğu Akdeniz bölgesinde ve kültürel olarak güneydoğu Anadolu bölgesine yakın bir ildir. Türkiye'nin doğu bölgesi batı bölgesine göre daha muhafazakr ve daha fazla tabuları olan bir bölge olduğu için cinsel deneyim oranının az olması bu durumla açıklanabilir. Bu da bize, cinsel beraberlik açısından bölgesel farklılıkların olduğunu göstermektedir. alışmalara göre bizim toplumumuzda cinsel deneyim yaşının erken olmadığını

söyleyebiliriz. Çoğunluğu Müslümanlardan oluşan bir toplumda yaşadığımız için bu durumda dini değerlerin de etkili olduğu düşünülebilir. Bizim çalışmamızda öğrencilerin bazıları ‘Cinsel deneyim yaşadınız mı?’ sorusuna cevap vermek istememiştir. Bu sonuç toplumda kalıplaşmış belli tabulardan dolayı öğrencilerin bu durumu belirtmekten çekinmiş olmalarıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin %4,0’ı AK yöntemi kullanmış, %12,0’ı bu soruya cevap vermek istemiyorum demiştir. Ünsal A.Ş’nin çalışmasında öğrencilerin büyük çoğunluğu AK’yi kullanmadıklarını söylemiştir (151). Karaduman ve Terzioğlu’nun çalışmasında, aktif cinsel yaşamı olduğunu ifade eden öğrencilerin %5,4’ü (%3’ü kız, %2,4’ü erkek) kendilerinin ya da cinsel partnerlerinin AK yöntemini kullandığını ve %77,8’sinin bir defadan fazla kullandıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (155). Bu sonuçlar bizim çalışmamız ile büyük oranda uyumludur. Çalışmamızda öğrencilerin %2,3’ü ise ESH kullanmış, %8’i bu soruya cevap vermek istemiyorum demiştir. Öğrencilerin %5,3’ü gebelikten korunmak için bilgiye ihtiyacı olduğunu, %8,7’si ise bu soruya cevap vermek istemediğini belirtmiştir.

‘ESH’yi duydunuz mu?’ sorusunda öğrencilerin %74’ü ESH’yi duyduğunu belirtmiştir. Çelik ve arkadaşlarının 2005’te KSÜ Sağlık bilimleri fakültesinde yaptığı çalışmada yüz on dört katılımcı (% 54,3) ESH’yi duymuştur (131). ESH 2005’te Türkiye’ye geldiği için zaman geçmesiyle birlikte bilinirliğinin artması uyumlu bir sonuçtur. Bu konuyla ilgili farklı ülkelerden öğrenciler arasında yapılan araştırmalar, Nijerya’da %58’inin, Jamaika’da %84’ünün, Gana’da %43,2’sinin, Güney Afrika’da %56,5’inin ve İsveç’te %79,7’sinin ESH’yi duyduğunu göstermiştir (159,160,161,162,163). Bizim çalışmamızdaki duyulma oranları çoğu ülkeden daha yüksek olup İsveç’in oranları ile benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin ESH hakkındaki tutumları değerlendirildiğinde; %12,4’ü ESH hakkında korku duymakta olup ‘Gerektiğinde ESH’yi kullanır mısınız ya da tavsiye eder misiniz?’ sorusuna %29,7’si evet, %16,7’si hayır, %53,7’si emin değilim cevabını vermiştir. Çelik M.’nin çalışmasında öğrencilerin %8,6’sı gerektiğinde ESH kullanmayacağını veya bir arkadaşına tavsiye etmeyeceğini söylerken, %51,9’u bu konuda emin değildir (135). Bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında bu soruya ‘hayır’ ve ‘emin değilim’ diyenlerin oranı artmıştır. Öğrencilerin %12,4’ü ESH hakkında korku duymakta, %59,2’si ise ESH hakkında daha fazla bilgi edinmek istemektedir. Bu durum

ESH hakkındaki bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu ve bu konudaki eğitim eksikliğini düşündürmektedir.

Öğrencilerin 'ESH hakkında bilgi edinmenin en iyi yolu sizce nedir?' sorusuna verdikleri yanıtlar ; %72,0 ile 'doktor', %42,1 ile 'hemşire' ve %27,3 ile 'konferans' seçeneği olmuştur. Öğrenciler 'doktor' ve 'hemşire' diyerek bilgiyi yüksek oranda profesyonel kişilerden edinmek istediklerini belirtmişlerdir. Bu durum öğrencilerin hepsi sağlık personeli adayları oldukları için meslek hayatları boyunca kullanacakları bilgiyi daha doğru ve güvenilir kaynaktan almak istemeleriyle açıklanabilir. Yüksek oranda konferans denmesinin sebebi kendilerini rahat hissedecekleri kalabalık bir ortam olmasından kaynaklanabilir.

Öğrencilerin ESH hakkındaki tutumları değerlendirildiğinde 'Eczanelerde bulunması gerekir' ifadesine öğrencilerin %71,6'sı olumlu, %5,7'si olumsuz yanıt verirken, Çelik M.'nin çalışmasında %79 olumlu, %11,9 olumsuz, 'Ahlaki yönden sakıncalıdır' ifadesine bizim çalışmamızda %21,6 olumlu, %43 olumsuz, Çelik M.'nin çalışmasında %23,8 olumlu, %61 olumsuz, 'Gençlere ESH kullanma sorumluluğu verilmeli' ifadesine bizim çalışmamızda %42,7 olumlu, %22,7 olumsuz, Çelik M.'nin çalışmasında %46,7 olumlu, %37,1 olumsuz, 'ESH kadınların güvenliğini artıracak' ifadesine bizim çalışmamızda %44,3 olumlu, %18,6 olumsuz, Çelik M.'nin çalışmasında %67,1 olumlu, %16,2 olumsuz, 'ESH kadınların üreme kontrolünü artıracak' ifadesine %49,3 olumlu, %18 olumsuz, Çelik M.'nin çalışmasında %67,1 olumlu, %13,3 olumsuz, 'tüm kadınlar ESH'dan haberdar olmalı', ifadesine bizim çalışmamızda %68 olumlu, %13,3 olumsuz, Çelik M.'nin çalışmasında %85,2 olumlu, %4,3 olumsuz, 'tüm erkekler ESH bilmeli' ifadesine bizim çalışmamızda %61,2 olumlu, %10,1 olumsuz, Çelik M.'nin çalışmasında %69,5 olumlu, %18,1 olumsuz, 'ESH kondom kadar iyi bilinmeli' ifadesine bizim çalışmamızda %63,3 olumlu , %15 olumsuz, Çelik M.'nin çalışmasında %81,9 olumlu, %5,7 olumsuz, 'AP danışmanlığında ESH' dan bahsedilmeli' ifadesine, bizim çalışmamızda %70,3 olumlu, %6,3 olumsuz, Çelik M.'nin çalışmasında %90,0 olumlu, %2,9 olumsuz, 'Okullarda ESH' dan bahsedilmeli' ifadesine bizim çalışmamızda %57 olumlu, %14,3 olumsuz, Çelik M.'nin çalışmasında %64,8 olumlu, %22,4 olumsuz, 'Eczanelerde reçetesiz satılmalı' ifadesine bizim çalışmamızda %34,3 olumlu, %34,3 olumsuz, Çelik M.'nin çalışmasında %41,4 olumlu, %43,8 olumsuz, 'Sadece kadınlara satılmalı' ifadesine bizim çalışmamızda %19 olumlu %46 olumsuz, Çelik M.'nin çalışmasında %33 olumlu,

%50,5 olumsuz, ‘Sadece kondom ile satılmalı’ ifadesine bizim çalışmamızda %15 olumlu, %48 olumsuz, Çelik M.’nin çalışmasında %39,5 olumlu %39,5 olumsuz, ‘ESH süpermarkette satılmalı’ ifadesine bizim çalışmamızda %17,0 olumlu, %57,7 olumsuz, Çelik M.’nin çalışmasında %10,5 olumlu, %72,4 olumsuz, ‘ESH ucuz olmalı’ ifadesine bizim çalışmamızda %23,6 olumlu, %45,9 olumsuz, Çelik M.’nin çalışmasında %30,5 olumlu, %54,7 olumsuz, ‘ESH sağlık ocaklarında ücretsiz verilmeli’ ifadesine bizim çalışmamızda %37,6 olumlu, %30 olumsuz, Çelik M.’nin çalışmasında %67,6 olumlu, %18,6 olumsuz, ‘Erkekler ESH öğrenirse kondom kullanmak istemez’ ifadesine bizim çalışmamızda %47 olumlu, %16,4 olumsuz, Çelik M.’nin çalışmasında %76,7 olumlu, %5,7 olumsuz, , ‘ESH bilgi artarsa güvensiz ilişki artar’ ifadesine bizim çalışmamızda %51 olumlu, %15,3 olumsuz, Çelik M.’nin çalışmasında %72,9 olumlu, %11 olumsuz , ‘CYBH sıklığı artacak’ ifadesine bizim çalışmamızda %47,7 olumlu %18,9 olumsuz, Çelik M.’nin çalışmasında %75,2 olumlu, %10 olumsuz ve ‘ESH yaygınlaşması ile kadınlar zorlanır’ ifadesine bizim çalışmamızda %54,5 olumlu, %14,4 olumsuz, Çelik M.’nin çalışmasında %80,5 olumlu, %7,1 olumsuz yanıtlar verilmiştir (135). Öğrencilerin 2005 ve 2019’ da ESH’nin kullanımı ile ilgili sorulan aynı sorulara oranlar değişse de verdikleri cevaplar aynı paralelliktedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Çalışmamıza Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinde öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 tıp öğrencisi, 90 hemşirelik öğrencisi, 60 ebelik öğrencisi olmak üzere toplam 300 öğrenci katılmıştır.
2. Ebelik bölümünde hiç erkek öğrenci yokken; hemşirelik bölümündekilerin %32,2'si ve tıp fakültesindekilerin %51,3'ü erkekti. Toplamda katılımcıların %64,7'si (n=194) kadın, %35,3'ü (n=106) erkekti. Tıp fakültesindeki erkek oranı anlamlı derecede yüksekti. (**p<0,001**).
4. Tıp fakültesindeki öğrencilerin %9,3'ü, hemşirelik öğrencilerinin için %37,8'i ve ebelik öğrencilerinin %23,3'ü 25 yaş ve üzerindediydi. 25 yaş üzeri öğrenci sıklığı tıp fakültesi için anlamlı derecede azdı (**p<0,001**).
5. Tıp fakültesindeki öğrencilerin %4,0'ı, hemşirelik öğrencilerinin %7,8'i ve ebelik öğrencilerinin %5,0'ı evli/sözlü/nişanlıydı. Toplamda öğrencilerin %5,3'ü (n=16) evli/sözlü/nişanlı, %94,7'si (n=284) bekârdı.
6. Öğrencilerin ailelerinin sosyoekonomik durumunda anlamlı fark yoktu. Toplamda %11,3'ü (n=34) kötü/yetersiz, %62,0'ı (n=186) orta, %26,7'si (n=80) iyiydi.
7. Tıp fakültesindeki öğrencilerinin babalarının %50,7'si üniversite ve üzeri eğitime sahip iken; bu oran hemşirelikte %8,9 ve ebelikte %18,3'tü. Tıp fakültesi öğrencilerinin annelerinin %30,7'si üniversite ve üzeri eğitime sahip iken; bu oran hemşirelikte %4,4 ve ebelikte %10,0'dı. Anne ve baba eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (**p<0,001**). Tıp fakültesindeki öğrencilerin anne babaları anlamlı derecede daha eğitilmişlerdi.
8. CS/ÜS bilgi düzeyini ölçen soruların bulunduğu Bölüm 2'den tıp öğrencileri 4,75±2,01, hemşirelik öğrencileri 4,27±1,90 ve ebelik öğrencileri 4,52±1,82 puan almıştı. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu (**p=0,153**).
9. CYBH hakkında bilgi düzeyi ölçen soruların bulunduğu Bölüm 3'ten tıp öğrencileri 18,37±4,63, hemşirelik öğrencileri 15,70±3,73 ve ebelik öğrencileri 15,63±4,66 puan almıştı. Tıp öğrencilerinin bölüm 3 puanları diğer öğrencilerinkinden anlamlı şekilde daha yüksekti (**p<0,001**).

10. AP ve kontrasepsiyon bilgi düzeylerini ölçen soruların bulunduğu Bölüm 4'ten tıp öğrencileri $10,67\pm 5,49$, hemşirelik öğrencileri $9,74\pm 4,53$ ve ebellek öğrencileri $9,82\pm 4,47$ puan almıştı. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,164$).
11. AK ve ESH hakkında bilgi düzeyi ölçen soruların bulunduğu Bölüm 5'ten tıp öğrencileri $11,26\pm 3,74$, hemşirelik öğrencileri $10,82\pm 2,80$ ve ebellek öğrencileri $9,71\pm 4,32$ puan almıştı. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,163$).
12. Öğrencilerin okuduğu bölümlere göre bölüm bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde; bölüm 2'den tüm öğrenciler toplamda %20,3 yetersiz, %40,0 orta, %39,7 yeterli puan aldı. Tıp öğrencileri %20,0 yetersiz, %35,3 orta düzey ve %44,7 yeterli bilgi puanı alırken; hemşirelik öğrencileri %23,3 yetersiz, %45,6 orta, %31,1 yeterli puan ve ebellek öğrencileri %16,7 yetersiz, %43,3 orta, %40,0 yeterli puan almıştı. Bölüm 2 bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,278$).
13. Bölüm 3'ten tüm öğrenciler toplamda %4,7 yetersiz, %58,8 orta, %36,5 yeterli puan almıştı. Tıp öğrencileri %2,7 yetersiz, %50,3 orta düzey ve %46,9 yeterli bilgi puanı alırken; hemşirelik öğrencileri %5,6 yetersiz, %66,7 orta, %27,8 yeterli puan ve ebellek öğrencileri %8,5 yetersiz, %67,8 orta, %23,7 yeterli puan almıştır. Bölüm 3 bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark vardı (**$p=0,004$**). Tıp öğrencilerinde yeterli bilgi puanına sahip olanların oranı anlamlı şekilde daha fazlaydı.
14. Bölüm 4'ten tüm öğrenciler toplamda %24,2 yetersiz, %30,0 orta, %45,7 yeterli puan almıştı. Tıp öğrencileri %25,5 yetersiz, %26,2 orta düzey ve %48,3 yeterli bilgi puanı alırken; hemşirelik öğrencileri %23,9 yetersiz, %34,1 orta, %42,0 yeterli puan ve ebellek öğrencileri %21,7 yetersiz, %33,3 orta, %45,0 yeterli puan almıştır. Bölüm 4 bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,709$).
15. Bölüm 5'ten tüm öğrenciler toplamda %10,6 yetersiz, %42,3 orta, %47,1 yeterli puan almıştı. Tıp öğrencileri %9,5 yetersiz, %42,1 orta düzey ve %48,4 yeterli bilgi puanı alırken; hemşirelik öğrencileri %5,4 yetersiz, %48,2 orta, %46,4 yeterli puan ve ebellek öğrencileri %20,0 yetersiz, %35,6 orta, %44,4 yeterli puan almıştır. Bölüm 5'ten tıp öğrencileri $11,26\pm 3,74$, hemşirelik öğrencileri $10,82\pm 2,80$ ve ebellek öğrencileri $9,71\pm 4,32$ puan almıştı. Bölüm 5 bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,163$).

16. Tıp öğrencileri içinde yaş grupları arasında bölüm bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Hemşirelik öğrencileri içinde yaş grupları arasında sadece bölüm 4 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmişti ($p=0,002$). Ebelik öğrencileri içinde yaş grupları arasında sadece bölüm 4 ve bölüm 5 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmişti ($p=0,013$; $p<0,001$). 25 yaş ve üzeri grubun bölüm 4 ve 5 bilgi puanı, 18-24 yaş grubundan anlamlı şekilde daha yüksekti.
17. Tüm öğrencilerde yaş gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında Bölüm 4 ve 5 bilgi puanları 25 yaş ve üzeri grupta anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,002$; $p=0,041$).
18. Tıp öğrencileri içinde cinsiyetler arasında bölüm bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Hemşirelik öğrencileri içinde cinsiyet grupları arasında sadece bölüm 4 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmişti ($p=0,043$). Erkeklerin bölüm 4 bilgi puanı, kadınlarınkinden anlamlı şekilde daha yüksekti. Ebelik bölümünde erkek öğrenci olmadığı için karşılaştırma yapılmadı.
19. Tıp öğrencileri incelendiğinde; tıp öğrencileri içinde sınıflar arasında bölüm 2 bilgi puanları açısından anlamlı fark yokken ($p=0,390$), bölüm 3, 4 ve 5 bilgi puanları sınıf yükseldikçe anlamlı şekilde artmaktaydı ($p<0,001$).
20. Hemşirelik öğrencileri içinde sınıf grupları arasında sadece bölüm 3 ve 4 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmişti ($p=0,027$; $p<0,001$). Üst sınıfların bölüm 3 ve 4 bilgi puanı, alt sınıflardan anlamlı şekilde daha yüksekti.
21. Ebelik öğrencileri içinde sınıf grupları arasında sadece bölüm 4 ve bölüm 5 bilgi puanları açısından anlamlı fark tespit edilmişti ($p<0,001$; $p=0,002$). Üst sınıfların bölüm 4 ve 5 bilgi puanı, alt sınıflardan anlamlı şekilde daha yüksekti.
22. Tüm öğrencilerde sınıflara göre bölüm bilgi puanlarının karşılaştırıldığında; sınıf yükseldikçe bölüm 3, 4 ve 5 bilgi puanları da anlamlı şekilde arttığı gözlemlendi ($p<0,001$).
23. Tıp öğrencileri içinde medeni durum grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Hemşirelik öğrencileri içinde medeni durum grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$). Ebelik öğrencileri içinde medeni durum grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Tüm öğrencilerde medeni durum gruplarına göre bölüm

bilgi puanlarının karşılaştırıldığında; bilgi puanları açısından medeni durum grupları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

24. Aylık gelir durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; Tıp öğrencileri içinde aylık gelir durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; hemşirelik öğrencileri içinde aylık gelir durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Ebelik öğrencileri incelendiğinde; ebelik öğrencileri içinde aylık gelir durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Tüm öğrencilerde aylık gelir durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; bilgi puanları açısından aylık gelir durumu grupları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

25. Tıp öğrencileri içinde baba eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; hemşirelik öğrencileri içinde baba eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$). Ebelik öğrencileri incelendiğinde; ebelik öğrencileri içinde baba eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Tüm öğrencilerde baba eğitim durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; babası, üniversite ve üzeri mezunu olanların bölüm 3 ve 5 bilgi puanlarının diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştü ($p=0,004$; $p=0,048$).

26. Tıp öğrencileri içinde anne eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Hemşirelik öğrencileri incelendiğinde; hemşirelik öğrencileri içinde anne eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Ebelik öğrencileri incelendiğinde; Ebelik öğrencileri içinde anne eğitim durumu grupları arasında bilgi puanları açısından anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$). Tüm öğrencilerde anne eğitim durumu gruplarına göre bölüm bilgi puanları karşılaştırıldığında; anne eğitim düzeyi yükseldikçe bölüm 3 bilgi puanlarının da anlamlı şekilde arttığı gözlemlendi ($p=0,001$).

27. Tüm öğrencilerde sosyodemografik özellikler arasında bölüm 2 bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında yaş durumuna göre; 18-24 yaş grubun %39,1'inde, 25 yaş ve üzeri grubun ise %41,9'unda yeterli bilgi düzeyi saptandı.

28. Bölüm 2'den cinsiyete göre kadınların %39,2'si; erkeklerin ise %40,6'sı yeterli bilgi düzeyine sahipti.
29. Bölüm 2'den sınıflara göre; 1 ve 2. sınıfların %36,6'sı, 3 ve 4. sınıfların %39,3'ü ve 5 ve 6. sınıfların %52,8'i yeterli bilgi düzeyine sahipti.
30. Bölüm 2'den medeni duruma göre; bekârların %39,1'i ve evli/sözlü/nişanlı olanların ise %25,0'ı yeterli bilgi düzeyine sahipti.
31. Bölüm 2'den aylık gelir durumuna göre; gelir durumu kötü/yetersiz olanların %32,4'ü, gelir durumu orta olanların %43,0'ı ve gelir düzeyi iyi olanların ise %35,0'ı yeterli bilgi düzeyine sahipti.
32. Bölüm 2'den baba eğitim durumuna göre; eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %38,7'si, lise olanların %37,0'ı ve üniversite ve üzeri olanların %43,2'si yeterli bilgi düzeyine sahipti.
33. Bölüm 2'den anne eğitim durumuna göre; eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %39,3'ü, lise olanların %37,9'u ve üniversite ve üzeri olanların %42,9'u yeterli bilgi düzeyine sahipti. Sosyodemografik özellikler arasında bölüm 2 bilgi düzeyi açısından anlamlı fark yoktu.
34. Tüm öğrencilerde sosyodemografik özellikler arasında bölüm 3 bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında; yaş durumuna göre 18-24 yaş grubun %35,0'ı, 25 yaş ve üzeri grubun ise %41,9'u yeterli bilgi düzeyine sahipti.
35. Bölüm 3'ten cinsiyete göre; kadınların %34,7'si, erkeklerin ise %39,8'i yeterli bilgi düzeyine sahipti.
36. Bölüm 3'ten sınıflara göre; 1 ve 2. sınıfların %20,7'si, 3 ve 4. sınıfların %40,8'i ve 5 ve 6. sınıfların %83,3'ü yeterli bilgi düzeyine sahipti.
37. Bölüm 3'ten medeni duruma göre; bekârların %35,9'u ve evli/sözlü/nişanlı olanların ise %46,7'si yeterli bilgi düzeyine sahipti.
38. Bölüm 3'ten aylık gelir durumuna göre; gelir durumu kötü/yetersiz olanların %38,2'si, gelir durumu orta olanların %36,1'i ve gelir düzeyi iyi olanların ise %36,7'si ise yeterli bilgi düzeyine sahipti.

39. Bölüm 3'ten baba eğitim durumuna göre; eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %29,3'ü, lise olanların %38,8'i ve üniversite ve üzeri olanların %44,1'i yeterli bilgi düzeyine sahipti.
40. Bölüm 3'ten anne eğitim durumuna göre eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %30,1'i, lise olanların %43,1'i ve üniversite ve üzeri olanların %49,1'i yeterli bilgi düzeyine sahipti. Sınıf yükseldikçe bölüm 3 bilgi düzeyi de anlamlı şekilde yükselmektedir ($p<0,001$). Diğer değişkenler açısından fark yoktur ($p>0,05$).
41. Tüm öğrencilerde sosyodemografik özellikler arasında bölüm 4 bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında bölüm 4'ten yaş durumuna göre; 18-24 yaş grubun %40,3'ü, 25 yaş ve üzeri grubun ise %66,1'i yeterli bilgi düzeyine sahipti.
42. Bölüm 4'ten cinsiyete göre; kadınların %47,6'sı, erkeklerin ise %42,2'si yeterli bilgi düzeyine sahipti. Sınıfa göre; 1 ve 2. sınıfların %7,2'si, 3 ve 4. sınıfların %79,0'ı ve 5 ve 6. sınıfların %85,7'si yeterli bilgi düzeyine sahipti.
43. Bölüm 4'ten medeni duruma göre; bekârların %46,2'si ve evli/sözlü/nişanlı olanların ise %37,5'i yeterli bilgi düzeyine sahipti.
44. Bölüm 4'ten aylık gelir durumuna göre; gelir durumu kötü/yetersiz olanların %44,1'i, gelir durumu orta olanların %47,0'ı ve gelir düzeyi iyi olanların %43,6'sı ise yeterli bilgi düzeyine sahipti.
45. Bölüm 4'ten baba eğitim durumuna göre; eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %42,6'sı, lise olanların %43,8'inde ve üniversite ve üzeri olanların %51,6'sında yeterli bilgi düzeyi saptanmıştır. Anne eğitim durumuna göre; eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %43,2'sinde, lise olanların %45,3'ü ve üniversite ve üzeri olanların %54,7'si yeterli bilgi düzeyine sahipti. Yaş ve sınıf yükseldikçe bölüm 4 bilgi düzeyi de anlamlı şekilde yükselmektedir ($p<0,001$). Diğer değişkenler açısından fark yoktur ($p>0,05$).
46. Tüm öğrencilerde sosyodemografik özellikler arasında bölüm 5 bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında Bölüm 5'ten yaş durumuna göre; 18-24 yaş grubun %43,1'i, 25 yaş ve üzeri grubun ise %60,4'ü yeterli bilgi düzeyine sahipti.
47. Bölüm 5'ten cinsiyete göre kadınların %47,6'sı, erkeklerin ise %46,3'ü yeterli bilgi düzeyine sahipti. Sınıfa göre 1 ve 2. sınıfların %27,3'ü, 3 ve 4. sınıfların %51,9'u ve 5 ve 6. sınıfların %82,9'u yeterli bilgi düzeyine sahipti.

48. Bölüm 5'ten medeni duruma göre; bekârların %47,7'si ve evli/sözlü/nişanlı olanların ise %38,5'i yeterli bilgi düzeyine sahipti.
49. Bölüm 5'ten aylık gelir durumuna göre; gelir durumu kötü/yetersiz olanların %45,8'i, gelir durumu orta olanların %45,8'i ve gelir düzeyi iyi olanların ise %50,8'i ise yeterli bilgi düzeyine sahipti.
50. Bölüm 5'ten baba eğitim durumuna göre; eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %48,1'i, lise olanların %38,5'i ve üniversite ve üzeri olanların %53,1'i yeterli bilgi düzeyine sahipti.
51. Bölüm 5'ten anne eğitim durumuna göre; eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların %47,2'si, lise olanların %40,7'si ve üniversite ve üzeri olanların %54,2'si yeterli bilgi düzeyine sahipti. Yaş ve sınıf yükseldikçe bölüm 5 bilgi düzeyi de anlamlı şekilde yükselmektedir ($p=0,043$; $p<0,001$). Diğer değişkenler açısından fark yoktu ($p>0,05$).
52. Öğrencilerin 'Size göre CS/ÜS ne demektir' sorusuna; 'Sağlıklı cinsellik' deme oranı tıp öğrencilerinde %73,3, hemşirelikte %66,7 ve ebelikte %73,3'tü. Toplamda %71,3'tü. 'Üreme organlarının sağlığı' deme oranı tıp öğrencilerinde %67,3, hemşirelikte %70,0 ve ebelikte %71,7'di. Toplamda %69'du. 'Üreme organlarının temizliği' deme oranı tıp öğrencilerinde %55,3, hemşirelikte %44,4 ve ebelikte %46,7'yd. Toplamda %50'yd. 'CYBH'den korunma' deme oranı tıp öğrencilerinde %70,7, hemşirelikte %57,8 ve ebelikte %69,3'tü. Toplamda %66'yd. 'Güvenli AP yöntemlerinin sağlanması' deme oranı tıp öğrencilerinde %58,0, hemşirelikte %61,1 ve ebelikte %63,3'tü. Toplamda %60'dı. 'Üreme sağlığına ilişkin problemler' deme oranı tıp öğrencilerinde %60,0, hemşirelikte %36,7 ve ebelikte %36,7'dir. Toplamda %48'di. Sadece 'üreme sağlığına ilişkin problemler' seçeneği açısından bölümler arasında anlamlı fark vardı. Tıp okuyanlar diğer öğrencilere göre anlamlı şekilde daha fazla bu önermeye 'evet' demişti ($p<0,001$).
53. 'Bilgi kaynağınız nedir' sorusuna ise 'gazete/dergi' deme oranı toplamda %16,4'tü. 'Arkadaş' deme oranı toplamda %16,4', 'Aile' deme oranı toplamda %13,4, 'Lise' deme toplamda %15,1', 'Üniversite' deme oranı toplamda %60', 'İnternet' deme oranı toplamda %42', 'TV' deme oranı toplamda %11, 'Doktor' deme oranı toplamda %21, 'Cinsel deneyim' deme oranı tıp toplamda %4'tür. 'Bilgim yok' deme oranı toplamda %7,4'tü. Sadece 'üniversite' ve 'doktor' seçeneği açısından

bölümler arasında anlamlı fark vardı. ‘Üniversite’ deme oranı tıp okuyanlarda anlamlı şekilde daha düşük iken ($p<0,001$) ‘doktor’ deme oranı tam tersine tıp okuyanlarda anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,045$).

54. Öğrencilerin ‘CS/ÜS hizmetleri nerede verilmelidir’ sorusuna verdikleri yanıtlar; ‘hastanelerde’ deme oranı toplamda %45,8’di.(Tıp öğrencilerinde %39,3, hemşirelikte %48,9 ve ebelikte %57,6). ‘Hastanelerde’ deme oranı hemşirelikte tıp öğrencilerine göre; ebelikte de hemşireliğe göre anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0,045$). ‘Aile sağlığı merkezlerinde’ deme oranı toplamda%74’tü (Tıp öğrencilerinde %65,3, hemşirelikte %80,0 ve ebelikte %88,3). Tıp öğrencileri bu önermeye diğer öğrencilere göre anlamlı şekilde daha az ‘evet’ yanıtı vermişti ($p=0,001$). ‘Lisede’ deme oranı toplamda %41,7’ydi. (Tıp öğrencilerinde %50,7, hemşirelikte %32,2 ve ebelikte %33,3). Bu seçeneğe de tıp öğrencileri anlamlı şekilde daha yüksek oranda evet demişti ($p=0,007$). ‘Üniversitede’ deme oranı toplamda %51’di.(Tıp öğrencilerinde %43,3, hemşirelikte %58,9 ve ebelikte %58,3). Bu seçeneğe tıp öğrencileri daha az evet demişti ($p=0,029$). ‘Bu hizmetlerin verilmesine gerek yok’ deme oranı tıp öğrencilerinde %2,0, hemşirelikte %0,0 ve ebelikte %1,7’ydi. Bu önerme açısından bölümler arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,412$).

55. Öğrencilerin ‘sizce cinsel ilişki sırasında gebelikten korunmak kimin sorumluluğundadır’ sorusuna; tıp öğrencilerininin %2,7’si ‘erkek’, %4,0’ı ‘kadın’, %90,0’ı ‘her ikisi’ ve %3,3’ü ‘gebelikten korunmaya gerek yok’ yanıtı vermişti. Hemşirelikte okuyanların %2,2’si ‘erkek’, %5,6’sı ‘kadın’, %90,0’ı ‘her ikisi’ ve %2,2’si ‘gebelikten korunmaya gerek yok’ yanıtı vermişti. Ebelikte okuyanların %5,0’ı ‘erkek’, %3,3’ü ‘kadın’, %91,7’si ‘her ikisi’ ve %0,0’ı ‘gebelikten korunmaya gerek yok’ yanıtı vermişti. Öğrenci grupları arasında bu soru açısından anlamlı fark yoktu ($p=0,732$). Öğrenciler toplamda %90,3 oranında ‘her ikisi’ diyerek doğru cevap verdiler.

56. Öğrencilerin ‘CS/ÜS hakkında bilgi almak ister misiniz’ sorusuna; tıpta okuyanların %72,5’i ‘evet’, %15,4’ü ‘hayır’ ve %12,1’i ‘bilmiyorum’ yanıtı vermişti. Hemşirelikte okuyanların %75,6’sı ‘evet’, %10,0’ı ‘hayır’ ve %14,4’ü ‘bilmiyorum’ yanıtı vermişti. Ebelikte okuyanların %75,0’ı ‘evet’, %5,0’ı ‘hayır’ ve %20,0’ı ‘bilmiyorum’ yanıtı vermişti. Öğrenci grupları arasında bu soru açısından anlamlı

fark yoktu ($p=0,181$). Toplamda öğrencilerin %73,9'u 'evet', %11,7'si 'hayır', %14,4'ü 'bilmiyorum' yanıtını verdiler.

57. Tüm öğrencilerin 'CS/ÜS hakkında bilgiyi nerden almak istersiniz' sorusuna verdikleri yanıtlar 'gazete/dergi' deme oranı %9,8, 'Arkadaş' deme oranı %7,0, 'Aile' deme oranı %12,6, 'Okul' deme oranı %31,1, 'İnternet' deme oranı %13,6, 'TV' deme oranı %5,9, 'Doktor' deme oranı %56,7'ydi. ('Doktor' deme oranı tıpta %67,4, hemşirelikte %45,5 ve ebelikte %48,3'tü). 'Ebe/hemşire' deme oranı %38,1'di ('Ebe/hemşire' deme oranı tıpta %8,6, hemşirelikte %53,4 ve ebelikte %86,2'ydi). 'Konferans/seminer' deme oranı tıpta %42,1, hemşirelikte %36,4 ve ebelikte %34,5'ti. Sadece 'doktor' ve 'ebe/hemşire' seçeneği açısından bölümler arasında anlamlı fark bulunmuştu. 'Doktor' deme oranı tıp okuyanlarda anlamlı şekilde daha yüksek iken ($p=0,002$), 'ebe/hemşire' deme oranı tıp okuyanlarda anlamlı şekilde en düşük ve ebelik okuyanlarda ise anlamlı şekilde en yüksekti ($p<0,001$). Diğer önermeler açısından bölümler arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).
58. 'Şimdiye kadar cinsel deneyiminiz oldu mu?' sorusuna öğrencilerin %5,3'ü 'Evet', %83,0'ı 'Hayır', %11,7' si 'Bu soruya cevap vermek istemiyorum' cevaplarını verdi.
59. 'Siz ya da partneriniz AK yöntemi kullandınız mı?' sorusuna öğrencilerin %4,0'ı 'Evet', %94'ü 'Hayır', %12,0'ı 'bu soruya cevap vermek istemiyorum' cevaplarını verdi.
60. 'Siz ya da partneriniz 'ESH' kullandınız mı?' sorusuna %2,3'ü 'Evet', %89,7'si 'Hayır', %8'i 'Bu soruya cevap vermek istemiyorum' cevaplarını verdi.
61. 'Şimdiye kadar kendiniz için gebelikten korunmak için ihtiyacınız oldu mu?' sorusuna %5,3'ü 'Evet', %86'sı 'Hayır', %8,7'si 'Bu soruya cevap vermek istemiyorum' cevaplarını verdi.
62. Öğrencilerin %74'ü ESH'yi duyduğunu belirtti.
63. Öğrencilerin %12,4'ü ESH hakkında korku duymaktaydı.
64. 'Gerektiğinde ESH'yi kullanır mısınız ya da tavsiye eder misiniz?' sorusuna öğrencilerin %29,7'si evet, %16,7'si hayır, %53,7'si emin değilim cevabını verdi.

65. ‘ESH hakkında bilgi edinmenin en iyi yolu sizce nedir?’ sorusuna öğrencilerin verdikleri yanıtlar ; %72,0 ile ‘doktor’, %42,1 ile ‘hemşire’ ve %27,3 ile ‘konferans’ seçeneği olmuştu.
66. Öğrencilerin ESH hakkındaki tutumları değerlendirildiğinde ‘Eczanelerde bulunması gerekir’ ifadesine öğrencilerin %71,6’sı olumlu, %5,7’si ‘Ahlaki yönden sakıncalıdır’ ifadesine %21,6 olumlu, %43 olumsuz, ‘Gençlere ESH kullanma sorumluluğu verilmeli’ ifadesine %42,7 olumlu, %22,7 olumsuz, ‘ESH kadınların güvenliğini artıracak’ ifadesine %44,3 olumlu, %18,6 olumsuz, ‘ESH kadınların üreme kontrolünü artıracak’ ifadesine %49,3 olumlu, %18 olumsuz, ‘tüm kadınlar ESH’ dan haberdar olmalı’, %68 olumlu, %13,3 olumsuz, ‘tüm erkekler ESH bilmeli’ ifadesine %61,2 olumlu, %10,1 olumsuz, ‘ESH kondom kadar iyi bilinmeli’, ifadesine %63,3 olumlu, %15 olumsuz, ‘AP danışmanlığında ESH’den bahsedilmeli’ ifadesine, %70,3 olumlu, %6,3 olumsuz, ‘Okullarda ESH’den bahsedilmeli’ ifadesine %57 olumlu, %14,3 olumsuz, ‘Eczanelerde reçetesiz satılmalı’ ifadesine bizim çalışmamızda %34,3 olumlu, %34,3 olumsuz, ‘Sadece kadınlara satılmalı’ ifadesine %19 olumlu %46 olumsuz, ‘Sadece kondom ile satılmalı’ ifadesine bizim çalışmamızda %15 olumlu, %48 olumsuz ‘ESH süpermarkette satılmalı’ ifadesine %17,0 olumlu, %57,7 olumsuz, ‘ESH ucuz olmalı’ ifadesine bizim çalışmamızda %23,6 olumlu, %45,9 olumsuz yanıtlar verilmiştir.

ÖNERİLER

1. Gençlerin cinsel ve üreme hakları temel insan haklarıdır. Gençlerin cinsel ve üreme haklarına saygı duyulmalı, onların cinsellikleri görmezden gelinmemeli ve gereksinimleri önemsenmelidir. Bu konuda gerekli hizmet, eğitim ve destek verilmelidir.
2. Ülkemizde “üreme, cinsellik, AP” gibi konuların ayıp, günah olarak görülmesi ve bu konunun tabu halini alması, insanların aile içinde hem de bu hizmetlerin verildiği birimlerde bu konularda isteklerini ve sorunlarını ifade edememesine sebep olmaktadır. Zorunlu olmadıkça bu konularda sağlık kurumlarından ya da sağlık personelinde yardım alamamaktadırlar.
3. Evlilik öncesi cinsel deneyimin arttığını görmekteyiz. Bu durum beraberinde istenmeyen gebeliklerin ve küretaj oranının artmasına sebep olacaktır. Gençlere CS/ÜS sağlığı eğitimi ortaöğretimde verilmeye başlanmalıdır.

4. Gençler internet üzerinden ulaşımın kolay olması ve kendini rahat hissedeceği bir ortam olması dolayısıyla cinsellikle ilgili tam da doğru olmayan kendilerini yanlış yönlendirebilecek bilgiler edinebilmektedir. Bu durum beraberinde psikolojik ve fiziksel birçok sorunu beraberinde getirmektedir.
5. Cinsellik, bireyin kendi kişilik özelliklerinden, yaşam koşullarından ve içinde yaşadığı kültürden etkilenmektedir. Bu nedenle cinsellik konusunda hizmet sunumu tek yönlü olamaz ve bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Aile hekimlerinin sorumluluğu bu anlamda çok önemlidir ve CS/ÜS konusunda da tüm hastalarıyla iletişimde olmalı, sadece talep olduğunda değil düzenli aralıklarla onları bilgilendirmeli ve takip etmelidir.
6. Cinsellikle ilgili en üst düzeyde eğitim almış olmaları beklenen tıp fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde de yeterli bilgi düzeyine sahip öğrenci oranlarının beklenen düzeyde olmaması üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur. İnsana biyopsikososyal bir bütün olarak yaklaşması beklenen genç hekim adaylarının ve sağlık personellerinin, kendilerine başvuracak erkek, kadın, evli, bekâr, genç, veya yaşlı bütün danışanlarına ya da hastalarına bu konularda uygun tutum ve davranışla yaklaşabilme yetisini kazanmış olmaları gerekir. Bu sebeple tıp fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin cinsel yaşam ve sağlık konusundaki bilgilerinin iyileştirilmesi toplum sağlığı açısından da önem arz etmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Family Planning and Population, Reproductive Health Family and Reproductive Health World Health Organization 1997.
2. Akın A. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. Aktüel Tıp Dergisi 2001; 6(1):4-8.
3. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı. Aşama Matbaacılık Ltd.Şti. İstanbul: 2000.
4. Birleşmiş Milletler, Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı. Kahire: 5-13 Eylül, 1994.
5. Özbaşaran F. "Üreme Sağlığı Üreme Hakları, Üreme Sağlığı Sorunları ve 4. Dünya Kadın Konferansı Doğrultusunda Öneriler", Hemşirelik Forumu, 1999, 2 (6): 300.
6. Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algier L, Öksüz E. "Özel Bir Üniversitede Okuyan Öğrencilerin Cinsel Sağlıkla İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları", Tıp Araştırmaları Dergisi, 2005, 7 (2): 105-113.
7. WHO, Definitions and Indicator in Family Planning, Maternal and Child, Reproductive Health, Family and Reproductive Health European Regional Office, 2005
8. United Nations Population Information Network. Guidelines on Reproductive Health. <http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfreph.gdl.html>. [Erişim tarihi: 8 Eylül 2016]
9. Bahar Özvarış Ş, Akın A. Üreme Sağlığı, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı. Ed: Güler Ç, Akın L, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2015, s:234-241.
10. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Global Strategy For The Prevention And Control Of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015 Breaking the chain of transmission. WHO, Geneva 2007.
11. Devlet Planlama Teşkilatı. Nüfus, Demografi Yapısı, Göç Özel Gözetim Komisyonu. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. DPT, Ankara 2001.
12. Sağlıklı ve Mutlu Cinsel Yaşam. İncesu C, ed. Cinsel Yaşam ve Sorunları. İstanbul:CETAD (Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği). 2006:11-18
13. Developing sexual health programmes. World Health Organization. WHO/RHR/HRP/10.22. 2010.

14. Sadock VA. Normal İnsan Cinselliği ve Cinsel işlev bozuklukları. Sadock VA, Sadock BJ, ed. (Aydın H, Bozkurt A, çev. Ed.) Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. basım. Ankara: Güneş Kitabevi. 2007:1902-1936.
15. İncesu C. Cinsel İşlevin Fizyolojisi. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi. 1998;1:3-11.
16. Kadın ve Erkek Cinselliği. İncesu C, ed. Cinsel Yaşam ve Sorunları. İstanbul:CETAD (Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği). 2006:19-42.
17. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2004;7:3-13.
18. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Current Psychiatry Reports. 2000;2(3):189-195.
19. Kayır A, Özdemir Ö. İnsanda Cinsellik. Köroğlu E, Güleç C, ed. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2007:416-421.
20. Anil Kumar MN, Pai NB, Rao S, Rao TSS, Goyal N. Biology of sexual dysfunction. Online Journal of Health and Allied Sciences. 2009;8(1):7-10.
21. Pfaus JG. Pathways of sexual desire. Journal of Sexual Medicine. 2009;6(6):1506– 1533.
22. Kulbok PA, Cox LC. Dimensions of adolescent health behaviour. Journal of Adolescent Health 2002; 31: 394-400.
23. Sezgin B, Akın A. Adölesan dönemi üreme sağlığı. Toplum ve Hekim Dergisi 1998; 8(34):27-31.
24. Creel LC, Perry RJ. Improving the quality of reproductive health care for young people. New Perspectives on Quality of Care 2002; 4: 1-8.
25. Nalbant H, Bulut A. Gençler ve üreme sağlığı. Aktüel Tıp Dergisi 2001; 6 (1):30-36.
26. Türkiye Üreme Sağlığı Programı. Gençlik Danışmanlık Ve Sağlık Hizmet Merkezleri Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, 2007;29-51.
27. Giray H, Kılıç B. Bekar kadınlar ve üreme sağlığı. Sted Derg 2004;13(8):286-9.
28. Bulut A, Ortaylı N. Bir araştırmanın düşündürdükleri: cinsel sağlık ama nasıl? Sted Derg 2004;13(2):60-3.

29. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Toplum Merkezleri Kadın Sağlığı Eğitim Programı Değerlendirme Raporu. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. 2010.
30. Özmen HE. Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 1999;2:49-53.
31. Arnett JJ. *Adölescence and Emerging Adulthood a Cultural Approach*, Gender, Prentice –Hal 2001; 5: 129-157.
32. Geçici F. “Gaziantep Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsellik ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi”, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2011.
33. Taşkın L. “Doğum ve Kadın Sağlığı “ Kitabı, X. Baskı, Ankara, 2011,s. 20-30.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, Ankara, 2009, s:4-13.
35. Müdürlüğü TCSBAG. Üreme Sağlığına Giriş, Katılımcı Rehberi. 2009.
36. Sert G. Vakalarla Türkiye’de Üreme Hakları. s.4-26. 1. Basım, Turap Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti, İstanbul, 2012.
37. World Health Organization. Developing sexual health programmes.s.3 [Internet]. [cited2017Oct 25.].availablefrom: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf
38. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Kitabı. s.2-14, Ankara, 2010.
39. Sexual and Reproductive Health Care Competencies in Primary Care: attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision. WHO, 2011. ISBN: 978 92 4 150100 2
40. Sexuality Information and Education Council of The United States. Guidelines for comprehensive sexuality education, 3rd ed. New York: Fulton Press; 2004.
41. Abel G, Fitzgerald L. When you come to it you feel like a dork asking a guy to put a condom on’: is sex education addressing young people's understandings of risk? *Sex Education* 2006; 6(2): 105-19.
42. Yücesan A, AYAZ ALKAYA S, SDÜ Tıp Fak Dergisi 2018;25(2):200-209
43. Öztürk B, Siyez DM. İlköğretim 6. sınıf öğrencilerine yönelik cinsel eğitim programının etkililiğinin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi* 2015; 1(16): 30-55.

44. Lederman RP, Chan W, Roberts-Gray C. Parent–adolescent relationship education (PARE): Program delivery to reduce risks for adolescent pregnancy and STDs. *Journal of Behavioral Medicine* 2010; 33(4): 137-43.
45. Romo LF, Bravo M, Tschann JM. The effectiveness of a joint mother–daughter sexual health program for Latina early adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2014; 35(1): 1–9.
46. Kalkute JR, Chitnis UB, Mamulwar MS, Bhawalkar JS, Dhone AB, Pandage AC. A study to assess the knowledge about sexual health among male students of junior colleges of an urban area. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University* 2015; 8(5): 5-11.
47. Gosser JJ, Wimer CD, Lloyd CA. A new sexual education program: Evaluation of effectiveness. *American Journal of Social Sciences, Arts and Literature* 2014; 1(1): 1-13.
48. Kirby DB, Laris BA, Rolleri LA. Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the World. *Journal of Adolescent Health* 2007; 40: 206-17.
49. Güler S, Yöndem ZD. Ergenlik ve Cinsel sağlık eğitimi ile ilgili grup rehberliğinin 6. sınıf öğrencilerinin bilgi ve tutumlarına etkisi. *İlköğretim Online* [Online]. 2007; 6(1): 2-10.
50. European Parliament. (2013). Policies for sexuality education in the European Union. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT_\(2013\)462515_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT_(2013)462515_EN.pdf) Erişim Tarihi: 22.12.2015
51. Dağ H, Dönmez S, Şirin A, Kavlak O. Akran eğitiminin üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık, konusundaki bilgi düzeylerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 15(1): 10-7.
52. Jaworsky D, Larkin J, Sriranganathan G, Clout L, Janssen J, Campbell L, et al. Evaluating youth sexual health peer education programs: Challenges and suggestions for effective evaluation practices. *Journal of Education and Training Studies* 2013; 1(1): 227-34.
53. GOV.UK. (2015). The National Curriculum. <https://www.gov.uk/national-curriculum/othercompulsory-subjects> Erişim Tarihi: 11.01.2016

54. The International Planned Parenthood Federation. (2006). Sexuality education in Europe.<http://www.ippfen.org/en/Resources/Publications/Sexuality+Education+in+Europe.htm> Erişim Tarihi: 28.12.2015
55. Babacan SS. İnsan seksüalitesinin kültürel ve psikososyal yönleri. Kastamonu Eğitim Dergisi 2003; 11(1): 131-6.
56. İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı. Öğretmen ve öğretmen adayları için cinsel sağlık eğitimi. İstanbul: Renk Matbaası: 2006.
57. Milli Eğitim Bakanlığı. (2010). Sağlık Bilgisi Dersi (9. Sınıf) Öğretim Programı. <http://ttkb.meb.gov.tr/program2.aspx?islem=1&kno=91> Erişim Tarihi: 11.01.2016
58. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). (2015). 2015 -2016 Eğitim Öğretim Yılında Okutulacak İlk ve Orta Öğretim Ders Kitapları. <http://www.meb.gov.tr/2015-2016-egitim-ogretim-yilinda-okutulacak-ilk-ve-orta-ogretim-derskitaplari/duyuru/9544> Erişim Tarihi: 11.01.2016
59. Adler MW. ABC Of Sexually Transmitted Diseases. 4th Ed.London: BMJ Publishing Group;1999;5-12.
60. Bulut A. Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklarda Görülen Risk Faktörleri Ve Davranış Modelleri. In: Ağaçfıdan A, Anğ Ö, Editörler. Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar. İstanbul: Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti; Yayın No: 35.1999. S. 53-61.
61. Centers For Disease Control And Prevention. Cases Of HIV Infection And AIDS In The United States, 2003. HIV/AIDS Surveillance Report, Volume 15. Available From: <http://cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2003report/default.htm>.
62. Serter D. Chlamydia Trachomatis İnfeksiyonlarında Klinik Belirtiler. In: Ağaçfıdan A, Anğ Ö, Editörler. Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar. İstanbul: Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti; Yayın No: 35. 1999. S. 117-24.
63. Seidman SN, Rieder RO. A Review Of Sexual Behavior In The United States. Am Jjj Psychiatry. 1994; 151: 330-41.
64. World Health Organization. Helping Young People to Avoid HIV. Safe Motherhood.22(3)1996:1-2.
65. Creel LC, Perry RJ. Improving The Quality Of Reproductive Health Care For Young People. New Perspectives On Quality Of Care 2002; 4: 1-8.
66. Kayaalp E.Üniversitelerde Üreme ve Cinsel Sağlık Danışmanlığı. V. Ulusal Cinsellik Ve Cinsel Tedaviler Kongre Kitabı, İstanbul, 2004; 34-35.

67. Hall CS, Klausner JD, Bolan GA. Managing Syphilis in the HIVinfected Patient. *Curr Infect Dis Rep* 2004; 6:72-81
68. Grandi JL, Palhares MC, Goihman S, et al. Syphilis and Hepatitis Bin a HIV High Risk Population. *European Congress of Clinical Microbiology and Infections Diseases İstanbul: April 1-4, 2001*
69. Laga M, Manoka A, Kivuvu M, Malele B, Tuliza M, et al. Nonulcerative Sexually Transmitted Diseases as Risk Factors for HIV-1 Transmission in Women. *Results from a Cohort Study, AIDS*. 1993; 7: 95-102
70. Demir A. Evlenme Aşamasındaki Bireylerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, Aile Planlaması Yöntemleri ve Bebek Bakımı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Edirne, 2013*
71. (<http://www.yeditepehastanesi.com.tr/aids-ile-micadelenin-yolu-farkındalığı-artırmaktan-geçiyor>)
72. Göz F, Babadağlı B, Altınsoy N, Yıldızoğlu G. Evlilik öncesi dönemdeki genç kızların aile planlaması ile ilgili bilgi ve düşünceleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg* 2005;8(3):47-55.
73. Bilgel N. Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı. *Güneş-Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul;1997.*
74. Apay SE, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T. Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13(3):461.
75. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı No:1-B. Ankara, 2005;2-14.*
76. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı No:3-B. Ankara, 2005;2-35.*
77. Çevirme A, Behice E. Eğitim-araştırma sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş doğurgan çağıdaki kadınların aile planlaması hizmetlerinden faydalanmalarını engelleyen faktörler ve bu faktörleri etkileyen olumlu ve olumsuz durumlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 1998;1(1):103-13. [serial online].e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/download/28/19 (Erişim tarihi: 11.04.2012).

78. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt I, II Ankara, 2000.
79. T.C. Sağlık Bakanlığı, Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık, Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu. 2.Baskı. Editör : Prof. Dr. Ayşe Akın. Ankara, 1995.
80. Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı No:3-B. Ankara, 2005; 35-51.
81. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü TNSA 2008, Ankara 2009.
82. Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı. Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, 2005. 33-8.
83. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Aile%20Planlamas%C4%B1.pdf
84. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri, Katılımcı Kitabı, No: 5-B, Ankara, 2005.
85. Reproductive Health f Young Adults : Contraception, Pregnancy and Sexually Infection /HIV. www.fhi.org/training/modules.
86. Hacettepe ÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Johns Hopkins Uluslar Arası Üreme Sağlığı Programı ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Öğrenciler İçin Aile Planlaması Kurs Rehberi, Ankara, Ocak 2000.
87. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Çerçevesi, Ankara, 2007.
88. Gökengin ,D ,Yamazhan ,T.,Ozkaya ,D, Aytuğ ,Ş,: Sexual knowledge ,attitudes and risk of students in Turkey. The Journal of Scholl Health 10,73,(7) 258-263,2003.
89. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı No:1-B. Ankara, 2005;2-14.
90. Türkiye Üreme Sağlığı Programı. Gençlik Danışmanlık Ve Sağlık Hizmet Merkezleri Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, 2007;171-205.

91. Sezgin B, Akın A. Adölesan dönemi üreme sağlığı. Toplum ve Hekim Dergisi 1998; 8(34):27-31.
92. Hassa H, Anadolu Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezi, Gençlik, Cinsellik ve Korunma Yöntemleri, 2005.
93. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cinsellik ve Üreme Sağlığı, Ankara, 2005.
94. Önder Ö. R, Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı, El Kitabı, Ankara, 2006.
95. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet, 2012; 379(9816): 625–32.
96. Batur P. Emergency contraception: separating fact from fiction. Cleve Clin J Med. 2012;79(11):771-6.
97. Mosher WD, Jones J. Use of contraception in the United States: 1982-2008. Vital Health Stat 23. 2010;(29):1-44
98. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
99. Morris JM, Van Wagenen G. Compounds interfering with ovum implantation and development. 3. The role of estrogens. Am J Obstet Gynecol. 1966;96(6):804-15.
100. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethynylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. Fertil Steril, 1977;28(9):932–6.
101. Lippes J, Malik T, Tatum HJ. The postcoital copper-T. Adv Plan Parent. 1976;11(1):24-9.
102. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I., Leyshon L. Post coital contraception- a pilot study. J.Reprod Med,1974; 13:53-8
103. Trussell J, Raymond EG. Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Obstet Gynecol, 1999; 93(5 Pt 2):872-6.
104. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet, 1998; 352(9126):428–33.

105. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomised trial. *Lancet*, 1999; 353(9154): 697–702.
106. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*, 2002; 360(9348): 1803–10.
107. Hamoda H, Ashok PW, Stalder C, Flett GM, Kennedy E, Templeton A. A randomized trial of mifepristone (10 mg) and levonorgestrel for emergency contraception. *Obstetrics and Gynecology*, 2004; 104(6): 1307–13.
108. Gemzell-Danielsson K, Marions L. Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception. *Hum Reprod Update*. 2004;10(4):341–348
109. Davidoff F, Trussell J. Plan B and the politics of doubt. *JAMA*, 2006;296(14):1775–8.
110. Alvarez F, Faundes A, Johansson E, Coutinho E. Blood levels of levonorgestrel in women following vaginal placement of contraceptive pills. *Fertil Steril*, 1983;40(1):120–3.
111. Raymond EG, Goldberg A, Trussell J, Hays M, Roach E, Taylor D. Bleeding patterns after use of levonorgestrel emergency contraceptive pills. *Contraception*, 2006;73(4):376–81.
112. Allen RH, Goldberg AB. Emergency contraception: a clinical review. *Clin Obstet Gynecol*. 2007;50(4):927-36.
113. Grimes DA, Raymond EC, Scott Jones B. Emergency contraception over-the-counter: the medical and legal imperatives. *Obstet Gynecol*, 2001;98(1):151–5.
114. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertil Steril*, 2004;82(2):520-6.
115. Cheng L, Gülmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PF. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;16;(2):CD001324.
116. Glasier A. Emergency postcoital contraception. *N Engl J Med*, 1997;337(15):1058–1064.
117. Gemzell-Danielsson K, Swahn ML, Svalander P, Bygdeman M.. Early luteal phase treatment with mifepristone (RU 486) for fertility regulation. *Human Reproduction*, 1993; 8(6): 870–3.

118. Marions L, Gemzell Danielsson K, Swahn ML, Bygdeman M. Contraceptive efficacy of low doses of mifepristone. *Fertility and Sterility*, 1998; 70(5): 813–6.
119. Cheng L, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;8:CD001324.
120. Glasier A, Thong KJ, Dewar M, Mackie M, Baird DT. Mifepristone (RU486) compared with high dose estrogen and progestogen for emergency postcoital contraception. *N Engl J Med*, 1992; 327(15):1041–4.
121. Fine P, Mathe H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48-120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol*, 2010;115 (2 Pt 1):257–63.
122. Richardson AR, Maltz FN. Ulipristal acetate: review of the efficacy and safety of a newly approved agent for emergency contraception. *Clin Ther*, 2012;34(1):24-36.
123. Stratton P, Hartog B, Hajizadeh N, Piquion J, Sutherland D, Merino M, et al. A single mid-follicular dose of CDB-2914, a new antiprogestin, inhibits folliculogenesis and endometrial differentiation in normally cycling women. *Hum Reprod*, 2000;15(5):1092–9.
124. Stratton P, Levens ED, Hartog B, Piquion J, Wei Q, Merino M, et al. Endometrial effects of a single early luteal dose of the selective progesterone receptor modulator CDB-2914. *Fertil Steril*, 2010;93(6): 2035–41.
125. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and metaanalysis. *Lancet*, 2010; 375(9714): 555–62.
126. Fine P, Mathé H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48–120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstetrics and Gynecology*, 2010; 115 (2 Pt 1): 257–63.
127. US Food and Drug Administration. Ulipristal acetate: new drug review application 22-474. Center for Drug Evaluation and Research. 2009.
128. Zhou L, Xiao B. Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial. *Contraception*, 2001;64(2):107–112.
129. Lalitkumar PG, Berger C, Gemzell-Danielsson K. Emergency contraception. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2013;27(1):91-101

130. Zhou L, Xiao B. Emergency contraception with multi-load cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial. *Contraception*, 2001;64(2):107–112.
131. Çelik M, Ekerbiçer H.Ç., Ergün U.G., Nermin T. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* March 2007;12(1):63–69
132. Sezer B. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ile İlgili Bilgi ve Algı Profillerinin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi Samsun, 2018
133. Akın A, Özvarış BŞ, Aslan D, Esin Ç, Çelik K. Adölesanların cinsel ve üreme sağlığını etkileyen faktörler projesi. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara. 2003.
134. Kocaman O. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Ve Düşüncelerini Etkileyen Sosyodemografik Faktörler. Katip Çelebi Üniversitesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2017
135. Metin Z. “Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyleri”, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi ,İstanbul,2015.
136. Pınar G. “Üniversite Gençlerine Yönelik Geliştirilen Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitim Programının Etkinliği”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2008.
137. Koluvaçık S, Güneş G, Pehlivan E. İnönü Üniversitesi Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Konularında Bilgi Düzeyleri ve Hizmetten Beklentileri. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010;17(1):7-14.
138. Gölbaşı Z:Adolösan kızlara yönelik okula dayalı üreme sağlığı eğitim programının etkinliği, Ankara Doktora Tezi ,2002.
139. Mihçioğur S. “Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi Öğrenci Sağlık Merkezinde Cinsel ve Üreme Sağlığı Hizmet Modeli Oluşturma Araştırması”, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004
140. Yıldırım T. Üniversite çağındaki ergenlerin cinsel bilgi, tutum ve davranışları [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Trakya Üniv.; 2008.
141. Korkmaz O. Üniversite çağındaki ergenlerin cinsel bilgi, tutum ve davranışları [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Trakya Üniv.; 2011.

142. Koç Z, Sağlam Z. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Aile Planlaması ile İlgili Bilgi ve Görüşlerinin Belirlenmesi. Türk HIV/AIDS Dergisi. 2006;9(2):47-60.
143. Tekgül N, Saltık D, Tuncer Ö. Cinsel Sağlık Eğitiminin, Ergenlerde Sorumluluklarını Artırmadaki Önemi. Tepecik Eğit Hast Dergisi. 2014;24(3):179-85.
144. Nalbant H, Bulut A. Gençler ve üreme sağlığı. Aktüel Tıp Dergisi 2001; 6 (1):30-36.
145. Kalender U. "İnternetin AIDS Alanında Etkin Kullanımı", 5. Türkiye AIDS Kongresi, AIDS Savaşım Derneği, İstanbul, 12-14 Kasım 2001.
146. Melaku YA, Berhane Y, Kinsman J, Reda HL. Sexual and reproductive health communication and awareness of contraceptive methods among secondary school female students, northern Ethiopia: a cross-sectional study. BMC publichealth. 2014;14.
147. Yari F, Moghadam ZB, Parvizi S, Nayeri ND, Rezaei E. Sexual and Reproductive Health Problems of Female University Students in Iran: A Qualitative Study. Global journal of health science. 2015;7(4):278-85. doi:10.5539/gjhs.v7n4p278
148. Somba MJ, Mbonile M, Obure J, Mahande MJ. Sexual behaviour, contraceptive knowledge and use among female under graduates" students of Muhimbiliand Dar es Salaam Universities, Tanzania: a cross-sectional study. BMC women's health. 2014;14(94).
149. Ajah LO, Onubogu ES, Anozie OB, al. e. Adolescent reproductive health challenges southeast Nigeria. Patient preference and adherence. 2015;9:1219-24. doi:10.2147/PPA.S89258
150. Kaya F, Serin Ö, Genç A. An investigation into the approaches as to sexual lives of first class student at educational faculty. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, (2007); 6(6): 441-8.
151. Ünsal Atan Ş. Taşçı Duran E., Şen S., Bolsoy N., Sevil Ü., Üniversite Öğrencilerinin Cinsellik Ve Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi, Görüş Ve Uygulamaları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 28 (1) : 13-25, 2012
152. Siyez MD, Siyez E (2009). Examination of the level of knowledge about sexually transmitted disease of university students. Türk Üroloji Dergisi, (2006); 35(1): 49-55.

153. Coşkun ZE, Ertuş S, Yıldız G, Yıldırım N. Perception, attitudes and risk behaviors for reproductive health issues of university students. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, (2006); 19(3): 10.
154. Deniz Ü, Kurt M, Önder ÖR, Acuner AM. Sexually transmitted infections on the opinions of college students. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, (2004); 7(2): 63-8.
155. Karaduman F, Terzioğlu F. Knowledge and practice regarding emergency contraception among university students. *Türkiye Klinikleri J MedSci*, (2008); 28(6): 889-08.
156. Çetin SK, Bildik T, Erermiş S, Demiral N, Özbaran B, Tamar M, Aydın C. Erkek ergenlerde cinsel davranış ve cinsel bilgi kaynakları: Sekiz yıl arayla değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, (2008); 19(4): 390-397.
157. Yurdakul M, Çelik T, Güneşli H, Tokgöz E. Examination of information on sexually transmitted diseases of Mersin University final year students. *Sağlık ve Toplum*, (2005); 15(1): 106-11.
158. Aras Ş, Orçın E, Özcan S, Şemin S. Dokuz Eylül University students' sexual knowledge, attitudes and behaviors. *Sağlık ve Toplum*, (2004); 14(1): 78-87.
159. Aziken ME, Okonta PI, Ande ABA. Knowledge and perception of emergency contraception among female Nigerian undergraduates. *Int Fam Plan Perspect* 2003;29: 84-7.
160. Sorhaindo A, Beckera D, Fletcher H, Garcia SG. Emergency contraception among university students in Kingston, Jamaica: a survey of knowledge, attitudes, and practices. *Contraception* 2002;66:261-8.
161. Baiden F, Awini E, Clerk C. Perception of university students in Ghana about emergency contraception. *Contraception* 2002;66:23-6.
162. Roberts C, Moodley J, Esterhuizen T. Emergency contraception: knowledge and practices of tertiary students in Durban, South Africa. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:441-5.
163. Haggström-Nordin E, Tyden T. Swedish teenagers' attitudes toward emergency contraceptive pill. *J Adolesc Health* 2001;28:313-8.

8. ŐEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Öğrencinin Okuduğu Bölüme Göre Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
Şekil 2. Öğrencinin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 2 (CS/ÜS) Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması.....	39
Şekil 3. Öğrencilerin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 3 (CYBH) Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması.....	40
Şekil 4. Öğrencilerin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 4 (AP) Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması.....	41
Şekil 5. Öğrencinin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 5 (AK/ESH) Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması.....	42

9. TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	36
Tablo 2. Öğrencilerin Okuduğu Bölüme Göre Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 3. Öğrencinin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 2 (CS/ÜS) Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	38
Tablo 4. Öğrencilerin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 3 (CYBH) Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	40
Tablo 5. Öğrencinin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 4 (AP) Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	41
Tablo 6. Öğrencilerin Okuduğu Bölüme Göre Bölüm 5 (AK/ESH) Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	42
Tablo 7. Yaş Gruplarına Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 8. Cinsiyet Gruplarına Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 9. Sınıfa Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 10. Medeni Duruma Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 11. Aylık Gelir Durumuna Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 12. Baba Eğitim Durumuna Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 13. Anne Eğitim Durumuna Göre Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 14. Tüm Öğrencilerde Yaş Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 15. Tüm Öğrencilerde Cinsiyet Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 16. Tüm Öğrencilerde Sınıf Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 17. Tüm Öğrencilerde Medeni Durum Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	54

Tablo 18. Tüm Öğrencilerde Aylık Gelir Durumu Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 19. Tüm Öğrencilerde Baba Eğitim Durumu Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 20. Tüm Öğrencilerde Anne Eğitim Durumu Grupları Arasında Bölüm Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 21. Tüm Öğrencilerde Sosyodemografik Özellikler Arasında Bölüm 2 (CS/ÜS) Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	57
Tablo 22. Tüm Öğrencilerde Sosyodemografik Özellikler Arasında Bölüm 3 (CYBH) Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	58
Tablo 23. Tüm Öğrencilerde Sosyodemografik Özellikler Arasında Bölüm 4 (AP) Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	59
Tablo 24. Tüm Öğrencilerde Sosyodemografik Özellikler Arasında Bölüm 5 (AK/ESH) Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	60
Tablo 25. Öğrencilerin ‘Size Göre Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Ne Demektir’ Sorusuna Verdikleri Yanıtlar	61
Tablo 26. Öğrencilerin ‘Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığıyla İlgili Olarak Herhangi Bir Yer ve/veya Kişiden Bilgi Aldınız mı’ ve ‘Bilgi Kaynağınız Nedir’ Sorularına Verdikleri Yanıtlar	62
Tablo 27. Öğrencilerin ‘Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hizmetleri Nerede Verilmelidir’ Sorusuna Verdikleri Yanıtlar	63
Tablo 28. Öğrencilerin ‘Sizce Cinsel İlişki Sırasında Gebelikten Korunmak Kimin Sorumluluğundadır’ Sorusuna Verdikleri Yanıtlar	64
Tablo 29. Öğrencilerin ‘Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hakkında Bilgi Almak İstermisiniz’ Sorusuna Verdikleri Yanıtlar	64
Tablo 30. Öğrencilerin ‘Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hakkında Bilgiyi Nerden Almak İstersiniz’ Sorusuna Verdikleri Yanıtlar	65
Tablo 31. Bölüm 6 (Kendi Cinsel Yaşamları) Sorularına Verilen Cevaplar	66
Tablo 32. Bölüm 7 (ESH Hakkında Tutum) Sorularına Verilen Cevaplar	66

Tablo 33. Öğrencilerin ‘Ertesi Sabah Hapı hakkında bilgi edinmenin en iyi yolu sizce nedir?’ Sorusuna Verdikleri Yanıtlar.....	67
Tablo 34. Öğrencilerin Ertesi Sabah Hapı (ESH) Konusunda Verilen İfadelere Katılma Durumu - 1	68
Tablo 35. Öğrencilerin Ertesi Sabah Hapı (ESH) Konusunda Verilen İfadelere Katılma Durumu - 2	70



10. EKLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
EK 1. Anket Formu.....	123
EK 2. Etik Kurulu Karar Formu	129
EK 3. İntihal Raporu.....	131



11. EKLER

EK 1. Anket Formu

ÜREME SAĞLIĞI VE KONTRASEPSİYON YÖNTEMLERİ KONUSUNDAKİ BİLGİ ve TUTUM ARAŞTIRMA ANKETİ

Değerli Katılımcı,

Bu ankete verdiğiniz cevaplar Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen bir çalışmada kullanılacak olup başka kişi ve kuruluşlar tarafından kullanılmayacaktır.

İsim yazmayınız.

Katılımınız ve cevaplarınızın içtenliği için teşekkürler.

BÖLÜM 1

1. Yaşınız: 1)18-21yaş 2)22-25yaş 3) 26-29yaş 4)30-34yaş 5)35 yaş ve üzeri

2. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek 3. Bölümünüz:

4. Sınıfı: 1 2 3 4 5 6

5. Medeni Haliniz: 1) Bekâr 2) Evli 3) Sözlü/Nişanlı 4) İlişkisi yok

6. Ailenizin aylık geliri sizce nasıl? 1)Çok Kötü 2) Kötü 3)Yetersiz 4) Orta 5) İyi 6)Çok iyi

7. Babanızın eğitim durumu: 1) Okuryazar değil 2) İlköğretim 3) Lise 4) Üniversite 5) Yüksek lisans/Doktora

8. Annenizin eğitim durumu: 1) Okuryazar değil 2) İlköğretim 3)Lise 4)Üniversite 5) Yüksek lisans/Doktora

BÖLÜM 2

9. Size göre cinsel sağlık / üreme sağlığı ne demektir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Sağlıklı cinsellik 2. Üreme organlarının sağlığı 3. Üreme organlarının temizliği 4. Cinsel yolla bulaşan hastalardan korunma 5. Güvenli aile planlaması yöntemlerinin sağlanması.

6. Cinsellik ve üreme sağlığına ilişkin problemler 7. Diğer (belirtiniz)...

10. Cinsel sağlık /üreme sağlığıyla ilgili olarak herhangi bir yer ve / veya kişiden bilgi aldınız mı?

1)Evet 2) Hayır

11. Cinsel sağlık/Üreme sağlığı konularındaki bilgi kaynağınız nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1)Gazete/Dergi 2)Arkadaş 3) Aile 4) Lise 5) Üniversite 6)İnternet 7) TV 8)Doktor 9)Cinsel deneyim 10)Bilgim yok 11)Diğer...

12. Cinsel sağlık/Üreme sağlığı hizmetleri nerede verilmelidir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1)Hastanelerde 2)Aile sağlığı merkezlerinde 3)Lisede 4)Üniversitede 5)Bu hizmetlerin verilmesine hiç gerek yok

13.Sizce cinsel ilişki sırasında gebelikten korunmak kimin sorumluluğundadır?

1)Erkek 2)Kadın 3)Her ikisi 4)Gebelikten korunmaya gerek yok

14.Cinsel sağlık/Üreme sağlığı hakkında bilgi almak istemişsiniz?

1)Evet almak isterim 2)Hayır almak istemem 3)Bilmiyorum

15. Cinsel sağlık/Üreme sağlığı hakkında bilgiyi nerden almak istersiniz?

1)Gazete/Dergi 2)Arkadaş 3) Aile 4)Okul 5)İnternet 6) TV 7)Doktor 8)Ebe/Hemşire 9)Konferans/Seminer 10)Diğer...

BÖLÜM 3

16. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi/hangileri cinsel yolla bulaşan hastalıktır?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1) AIDS 2) Hepatit B 3)Hepatit C 4) Frengi (Sfiliz) 5)Bel soğukluğu(Gonore) 6)Yumuşakçana(Şankroid) 7)Genital herpes 8)Klamidyoz 9)Genital siğiller 10)Trikomonyazis 11)Bilmiyorum 12)Diğer...

17. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların cinsel ilişki dışında hangi bulaşma yolları vardır?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1) Kan yolu ile bulaşabilir 2)Doku ve organ nakli ile bulaşabilir. 3)Açık yaranın vücut sıvılarıyla teması halinde bulaşabilir 4)Tokalaşma ile bulaşabilir. 5) El ele tutuşmakla bulaşabilir. 6) Doğum sırasında anneden bebeğe bulaşabilir. 7)Bilmiyorum 8)Diğer (Lütfen yazınız...)

18. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ileride kalıcı sağlık problemine yol acar mı?

1)Evet 2) Hayır 3) Bilmiyorum

19. Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan kişide ileride ne tür bir hastalık görülebilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1) Kısırlık 2) Üreme sistemi enfeksiyonu 3) Kanser 4)Olum 5)Karaciğer hasarı 6) İdrar yolları enfeksiyonu 7)Bilmiyorum 8)Diğer...

20.Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için hangi önlemler alınmalıdır? Aşağıdaki önermeleri ‘DOĞRU(D)’, ‘YANLIŞ(Y)’, ‘BİLMİYORUM’ şeklinde tamamlayınız

1) Tek bir cinsel partnere sahip olmak (tek eşlilik) koruyucudur (...)
2)Her yeni cinsel ilişkide yeni bir kondom (prezervatif) kullanmak gerekir (...)
3) Hastalığın varlığında eslerin birlikte muayene olması gereklidir (...)
4) Hastalığı bulaştırma ihtimali olan riskli kişilerle cinsel ilişkiye girmek gereklidir(...)
5) Diş çektilme, dövme, manikür yaptırma sırasında kullanılan aletlerin temizliğine dikkat edilmeli(...)
6)Tanıdıklarımızla ortak eşya (jilet, enjektör vs.) kullanmanın sakıncası yoktur (...)

BÖLÜM 4

21. Kadınların gebe kalma ihtimalleri menstrüel siklusun (adet döngüsünün) neresinde daha fazladır

1) Başlangıcında (adetten hemen sonraki günler) 2) Ortasında (âdetin bitmesi ile sonraki âdetin başlaması arasındaki zamanın ortasında)
3) Sonunda (adet olmaya yakın zamanda)

22. Bildiğiniz gebelikten korunma yöntemlerini nelerdir.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1)Koitus interruptus(Geri çekme) 2)Laktasyon 3)Kondomlar 4)Periyodik Takvim
5)Spermisitler ve sünger 6)Diyafram/Kapak 7)Paragard(bakır) Spiral
8)Mirena(Levonergestrelli RIA) 9)Oral kontraseptifler
10)DMPA(Depomedroksiprogesteron asetat) 11)İmplantlar 12)Aylık hormon
iğneleri 13)İmplantlar 14)Tüp ligasyonu(Kadın tüplerin bağlanması)
15)Vazektomi(Erkek tüplerinin bağlanması) 16)Acil
kontrasepsiyon(levonergestrel/Ulipristal)

23. Aşağıdaki gebelikten korunma yöntemlerini size göre koruyuculuğu en yüksekten en düşüğe doğru sıralayınız.("1"koruyuculuğu en yüksek, "5" koruyuculuğu en düşük)

1)Tüp ligasyonu(Kadın tüplerinin bağlanması)(...1...)
2)Kombine oral kontraseptifler(KOK)(...2-3...)
3)Kondom(Prezervatif)(...4...)
4)Bakırlı rahim içi araç(RIA)(...2-3...)
5)Koitus interruptus(Geri çekme)(...5...)

24. Gebelikten korunma yöntemleri konusunda bilgi edinmek ister misiniz?

1) Evet 2)Hayır 3)Bilmiyorum

25. Cevabınız "Evet" ise öncelikle hangi yolla öğrenmek istersiniz? 1) Ailemden 2) Arkadaş 3)Doktorla görüşmek 4) Ebe/Hemşire ile görüşmek 5)Dergi/Gazete 6)Televizyon 7)Radyo 8)İnternet 9) Kurs 10)Poster 11) Seminer/Konferans 12) Ücretsiz Telefon Danışma Hattı

26. Gebelikten korunma yöntemleri konusundaki bilgilerinizi nereden edindiniz? (Birden fazla işaretlenebilir)

1) Aile 2) Arkadaş 3) Broşür 4) Doktor 5) Ebe/Hemşire 6) Dergi/Gazete 7)Televizyon 8)Radyo 9) İnternet 10)Okul 11) Bilgim yok 12)Diğer...

27. Korunmasız ilişkiden sonra gebelikten korunmak için kullanılabilir yöntemlere

“Acil Kontrasepsiyon

(Gebelikten Korunma) Yöntemleri” diyoruz. Bunlardan biri **“Ertesi Sabah Hapı”** (morning after pill) dir. **“Ertesi Sabah Hapı” mı (morning after pill) duydunuz mu?**

1)Evet (**Anketi cevaplamaya sonuna kadar devam edelim lütfen**)

2) Hayır (**BÖLÜM 6** yık cevaplayalım lütfen)

BÖLÜM 5

28. “Ertesi Sabah Hapını nereden duydunuz?

1) Ailemden 2) Arkadaş 3) Broşür 4)Doktorla görüşmek 5)Ebe/Hemşire ile görüşmek

6) Dergi/Gazete 7)Televizyon 8) Radyo 9)İnternet 10) Lisede 11) Okuldan 12) Diğer:

29. Bu ilacın içeriğini biliyormuşsunuz? 1)Evet 2)Hayır 3)Bilmiyorum

30.Bu ilacın genel etki mekanizmasını biliyormuşsunuz? 1)Evet 2)Hayır 3)Bilmiyorum

31. Bu ilacın yan etkilerini biliyormuşsunuz? 1)Evet 2)Hayır 3)Bilmiyorum

32. Bu ilaç Türkiye’de var mı? 1) Var 2) Yok 3) Bilmiyorum

33. Bu ilaç nereden alınabilir?

1) Eczane 2)Sağlık Merkezi 3)Hastane 4)Süpermarket

34.Aşağıda verilmiş olan cümleleri doğru (D) ,yanlış (Y) bilmiyorum ifadelerini kullanarak tamamlayınız.

1. Ertesi Sabah Hapı korunmasız bir ilişkiden 72 saat önce alınmalıdır. (...).

2 Ertesi Sabah Hapı korunmasız bir ilişkiden sonra gebelikten korunmak için hemen alınmalıdır. (...).

3. Ertesi Sabah Hapının etkili olabilmesi için korunmasız bir ilişkiden sonra 72 saat içinde alınmalıdır. (...).

4. Ertesi Sabah Hapının korunmasız bir ilişkiden sonra ilk 12 saat içinde alınması daha etkilidir. (...).

5. Ertesi Sabah Hapı gebelik başladıktan sonra etkisizdir.(...)

6. Ertesi Sabah Hapı oluşmuş bir gebeliği sonlandırmaz. (...)

7. Ertesi Sabah Hapının içinde doğum kontrol haplarında kullanılan maddeler var.(...)

8.Ertesi sabah hapı düzenli bir kontraseptif yöntem olarak kullanılabilir.(...)

35.Aşağıdaki Acil kontrasepsiyon yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1)Ertesi Sabah Hapı 2)Doğum kontrol haplarının yüksek doz alınması 3)Rahim İçi Araç (RIA) 4)Bilgim yok 5)Diğer...

BÖLÜM 6

36.Bu güne kadar cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?

1)Evet 2) Hayır 3) Cevap vermek istemiyorum

37.Şimdiye kadar gebelikten korunmak için siz yâda partneriniz acil kontrasepsiyon yöntemi kullandınız mı?

1) Evet 2)Hayır 3)Cevap vermek istemiyorum

38. Şimdiye kadar acil kontrasepsiyon yöntemi olarak ESH(Ertesi Sabah Hapı) kullandınız mı? 1) Evet 2)Hayır 3)Cevap vermek istemiyorum

39. Şimdiye kadar gebelikten korunma yöntemleri konusunda kendiniz için bilgiye ihtiyacınız oldu mu?

1) Evet 2)Hayır 3) Cevap vermek istemiyorum

BÖLÜM 7

40. “Ertesi Sabah Hapı” hakkındaki endişe ve korkularınız var mı?

1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

41. “Ertesi Sabah Hapı” hakkında bilgi edinmenin en iyi yolu sizce nedir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

1)Broşür 2) Dergi/Gazete 3)Poster 4) Televizyon 5)Radyo 6) İnternet 7) Okul

8) Doktorla görüşmek 9)Hemşire/Ebe ile görüşmek 10) Konferans 11)Ücretsiz Telefon Danışma Hattı

42. “Ertesi Sabah Hapını kendinizin ihtiyacı olduğunda kullan mısınız veya başkasına (arkadaşınıza) tavsiye eder misiniz? 1) Evet 2)Hayır

3)Emin değilim

43. “Ertesi Sabah Hapı” hakkında bilgi edinmek ister misiniz? 1) Evet 2) Hayır

3)Bilmiyorum

44. Bir düşük yöntemi olarak sizce kötü yönde kullanılır mı? 1)Evet 2) Hayır

3)Emin değilim

45. Ertesi Sabah Hapı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu?

1) Evet 2) Hayır 3)Bilmiyorum

Ertesi sabah hapi (ESH) konusunda verilen aşağıdaki ifadelere katılma durumunuzu işaretleyiniz.	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz katılıyorum/ Biraz Katılmıyorum	Katılmıyorum	Karşıyım	Tamamen Karşıyım
⁴⁶ Ertesi sabah hapi (ESH)'nin eczanelerde bulunması gerekir.						
⁴⁷ Ertesi Sabah Hapi (ESH) ahlaki/dini yönden sakıncalıdır.						
⁴⁸ Gençlere ESH kullanma sorumluluğu verilmelidir.						
⁴⁹ ESH kadınların güvenliğini artıracaktır.						
⁵⁰ ESH kadınların üreme kontrollerini artıracaktır						
⁵¹ Bütün cinsel aktif kadınlar ESH'dan haberdar olmalıdır.						
⁵² ESH'yı kondom (prezervatif) kadar iyi bilinmelidir.						
⁵³ Aile planlaması danışmanlığında ESH'dan da bahsedilmelidir.						
⁵⁴ Bütün cinsel aktif erkekler ESH'nın olduğunu bilmelidir.						
⁵⁵ Okullarda cinsel eğitim ile birlikte ESH'dan da bahsedilmelidir.						
⁵⁶ ESH eczanelerde reçetesiz satılmalıdır.						
⁵⁷ ESH sadece kadınlara satılmalıdır.						
⁵⁸ ESH sadece kondom ile beraber satılmalıdır.						
⁵⁹ ESH süpermarketlerde satılmalıdır.						
⁶⁰ ESH'nın fiyatı ucuz olmalı veya gençlere daha düşük fiyattan Satılmalıdır.						
⁶¹ Sağlık Ocaklarında ücretsiz olarak verilmelidir.						
⁶² Erkekler ESH'yı öğrenirlerse kondom kullanmak İstemeyeceklerdir.						
⁶³ ESH konusunda bilgilendirme artarsa güvenli olmayan cinsel ilişki Oranı artacaktır						
⁶⁴ Cinsel yolla Bulaşan hastalıkların sıklığı artacaktır.						
⁶⁵ ESH'nın yaygınlaşması ile kadınlar korunmasız cinsel ilişkiye Zorlanacaktır.						

TEŞEKKÜRLER...

EK 2. Etik Kurulu Karar Formu

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	K.S.Ü. Tıp Fakültesi Ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Cinsel Sağlık, Öreme Sağlığı Ve Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Ve Davranışları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	107

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULU'N ADI	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	KSÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Adresi: Kayseri/Kahramanmaraş Yolu Çarşı Aşağı Yerleşkesi -46000 K.MARAŞ
	TELEFON	034430603424
	FAKS	034430603409
	E-POSTA	tipk@cskku.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr. Üyesi Raziye Şule GÖMÜŞTAKIM		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği AD		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ	Yok		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
- Anket çalışması - Gözlemsel çalışmaya Tanımlıysen-Kesitsel				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mehmet BEKİREÇİOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanının, imzasının yer aldığı her sayfaya birer örnek verilmelidir.

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	DİL				
	DEĞERLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.03.2017	02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı		Açıklama					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	yok					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	yok					
KARAR BELGELERİ	DEĞER	<input checked="" type="checkbox"/>	Biyoyüz Dökümanı, Raporu Formu, Önceyeğiniz, HGGF, Anketler					
	Karar No: 16	Tarih: 03.04.2019	Önem: DÜŞÜK					
<p>Yukarıdaki bilgileri verilen beyanlar ışığında ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerektireceği amaç, yöntem ve yöntemleri etkileyecek araçlar, malzemeler ve organ bulmasını olup araştırmanın/çalışmanın beyana düşürülmesi bakımından merkezi ve yerel kurumlarda gerçekleştirilmeyeceği ve bilimsel verilerin bulunmadığına ilişkin yazılı etik kurul üye tarfından yazılı açıklama ile karar verilmiştir.</p> <p>KÖİ Hükümleri, etika kuralları, organ nakli ve yeni bir cerrahi yöntem ile ilgili çalışmalar ve gelecekteki tıp uygulamaları ve tıbbi faaliyetler ile ilgili çalışmalar için ayrıca Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden izin alınması gerekmektedir.</p> <p>İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yürürlükte Kapsamındaki olan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Ürünler Kurumu ile ilgili izin alınması gerekmektedir.</p>								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yürürlükte İyileştirilmiş Klinik Uygulamaların Kılavuzu						
BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI:								
Unvanı/Adı/Soyadı	Unvanlı Alan	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Konferans*	
Başkan Prof. Dr. Mehmet BEKERBİCİOĞLU	Planlama ve Koordinasyon Sorumlusu	KSU Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mustafa ÖZDEMİR Üye	Anestezi ve Reanimasyon AD	KSU Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mustafa ÖZDEMİR Üye	Nefes	KSU Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Ahmet ÇİĞDEM AKKAYA Bilimsel Sorumlusu	Kardiyoloji	KSU Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Can SEYİTİOĞLU Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Bekir HAZEN Üye	İç Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Kemal YILMAZ Üye	Kardiyoloji	KSU Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Serkan İLİ Bilimsel Sorumlusu Sorumlusu Üye	Çocuk Hastalıkları Hematoloji	KSU Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Çiğdem ÇİĞDEM Üye	Biyoetik	KSU Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Çiğdem ALPTEPE Üye	Farmakoloji	KSU Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Çiğdem BÖKÜNER Üye	Epidemiyoloji	KSU Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yardımcı Doç. Dr. Nihal DOKUMACI Üye	Uzun	Diğer Kurum	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Öğretim Üyesi KAYA Üye	Materyel	KSU Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yardımcı Doç. Dr. ÇİĞDEM Üye	Materyel	Sakarya	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Bülent Üye	Materyel	Sakarya	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SÖZLÜK ÜYELİK								

*- Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mehmet BEKERBİCİOĞLU
İmza:

Not: Etik Kurul Başkanı, istenilen yer alınmadan önce yazılı izin almaz.

EK 3. İntihal Raporu

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ VE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE OKUYAN ÖĞRENCİLERİN CİNSEL SAĞLIK, ÜREME SAĞLIĞI VE ACİL KONTRASEPSİYON

Gönderim Tarihi: 07-Kas-2019 11:00AM (UTC+0400)

Çevrimiçi Kimlik No: 1503874436

Dosya adı: tez_y_id_z.docx (270.23K)

Kelime sayısı: 28616

Karakter sayısı: 19048

HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE DAVRANIŞLARI

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ VE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE OKUYAN
ÖĞRENCİLERİN CİNSEL SAĞLIK, ÜREME SAĞLIĞI VE ACİL
KONTRASEPSİYON HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE
DAVRANIŞLARI

ORJİNALLİK RAPORU

% **15**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **9**

İNTERNET
KAYNAKLARI

% **3**

YAYINLAR

% **10**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 2
2	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 2
4	sbu.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	% 1
6	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1

	Oğrenci Oğevi	<% 1
20	www.huksam.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
21	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
22	www.livehaber.net İnternet Kaynağı	<% 1
23	Submitted to Eastern Mediterranean University Oğrenci Oğevi	<% 1
24	www.gaziantephalksagligi.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
25	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
26	www.buhus.org İnternet Kaynağı	<% 1
27	www.dilekakgul.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1
28	toad.edam.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1
29	acikerisim.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
30	Submitted to Istanbul University Oğrenci Oğevi	<% 1
	İnternet Kaynağı	<% 1
43	pt.scribd.com İnternet Kaynağı	<% 1
44	dosya.marmara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
45	www.ergunoksuz.com İnternet Kaynağı	<% 1
46	www.cetad.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
47	Submitted to Celal Bayar Ā niversitesi Oğrenci Oğevi	<% 1
48	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	<% 1
49	Submitted to Uludag University Oğrenci Oğevi	<% 1
50	www.yumpu.com İnternet Kaynağı	<% 1
51	www.megepmodulleri.com İnternet Kaynağı	<% 1
52	aile.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
53	www.sabriburhanoglu.com İnternet Kaynağı	<% 1

		<% 1
62	sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
63	www.jotags.org İnternet Kaynağı	<% 1
64	www.slideshare.net İnternet Kaynağı	<% 1
65	www.eliteescort.info İnternet Kaynağı	<% 1
66	Submitted to Karabük Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
67	Submitted to European University of Lefke Öğrenci Ödevi	<% 1
68	www.tjfmpe.gen.tr İnternet Kaynağı	<% 1
69	www.sporbilim.com İnternet Kaynağı	<% 1
70	ÖZYİĞİT, Saide, YILDIRIM, Yasemin and KARAMAN, Emine. "Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı", Türk Nefroloji Derneği, 2016. Yayın	<% 1
71	Topuzoglu, Ahmet, Seyhan Hidiroglu, MFatih Onsu, and Gulsen Polat. "MISSED	<% 1
80	YANIKKEREM, Emre, SARUHAN, Aynur and ŞİRİN, Ahsen. "Güvenli annelik açısından anne hakları", Türk Silahlı Kuvvetleri, 2008. Yayın	<% 1
81	pozitifyasam.org İnternet Kaynağı	<% 1
82	oaji.net İnternet Kaynağı	<% 1
83	www.alimerdan.com İnternet Kaynağı	<% 1
84	AKSU, Hilmiye and KARAÖZ, Banu. "Acil kontrasepsiyon yöntemlerinin tanıtım gereksinimi", Fırat Üniversitesi, 2008. Yayın	<% 1
85	Submitted to ACISCHOOLS Öğrenci Ödevi	<% 1
86	SET, Turan, DAĞDEVİREN, Neziha and AKTÜRK, Zekeriya. "Ergenlerde cinsellik", Konya Tabip Odası, 2006. Yayın	<% 1
87	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1