



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE  
PLANLAMASI BİLGİ DÜZEYLERİNİN RİSKLİ DAVRANIŞLARA  
YATKINLIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

SİBEL HAKLI


DANIŞMAN  
PROF. DR. NEVİN HOTUN ŞAHİN

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

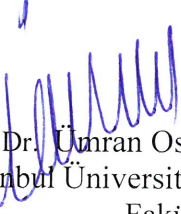
İSTANBUL-2019

Bu çalışma 09.10.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından  
Kadın Sağığı ve Hastalıkları Hemşireliğı Anabilim Dalı, Kadın Sağığı ve Hastalıkları  
Hemşireliğı Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

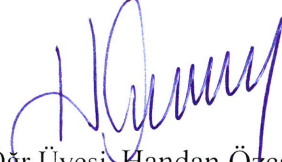
TEZ JÜRİSİ



Prof. Dr. Nevin Hotun şahin  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Fakülte



Prof. Dr. Ünran Oskay  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Fakülte



Dr. Öğr. Üyesi Handan Özcan  
Sağılık Bilimleri Üniversitesi

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Sibel HAKLI

## İTHAF



Oğullarım Metehan ve Asrın Kaan'a ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesinde kıymetli bilgisi, birikimi ve tecrübeleriyle bana yol gösterici olan ve desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e, yüksek lisans eğitimi süresince akademide gelişmemi sağlayan Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR, Prof. Dr. Ergül ASLAN ve Prof. Dr. Ümran OSKAY'a, çalışmalarım sırasında destek olan iş arkadaşlarıma, öğrencilerime ve çalıştığım kurum olan İstanbul Gelişim Üniversitesine, görüş ve yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Cem HOROZOĞLU'na, yoğun çalışmalarım sırasında sabır gösterdiği ve katlandığı için eşim Fatih HAKLI ve kardeşim Baki BULUT'a, sürekli çalışmam gerektiğinde bana izin veren, yüksek lisans eğitim sürecimde dünyaya gelen motivasyon kaynaklarım minik oğullarım Metehan ve Asrın Kaan'a, maddi ve manevi destekleriyle beni yalnız bırakmayan canım aileme sonsuz teşekkürler ederim.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İ
BEYAN .....	İİİ
İTHAF .....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ .....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	XI
ÖZET.....	Xİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kadın ve Erkek Üreme Sistemi .....	4
2.1.1. Kadın Üreme Sistemi Anatomisi .....	4
2.1.2. Erkek Üreme Sistemi Anatomisi .....	6
2.1.3. Menstrüel Siklus .....	10
2.1.4. Spermatogenez.....	11
2.2. Üreme Sağlığı.....	12
2.3. Aile Planlaması.....	15
2.3.1. Aile Planlamasının Önemi.....	17
2.3.2. Aile Planlaması Yöntemleri.....	18
2.4. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğilimleri .....	21
2.4.1. Türkiye’de Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğilimleri .....	21
2.4.2. Dünyada Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğilimleri.....	24
2.5. Cinsel Bilgi Kaynakları.....	28
2.6. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar .....	29
2.7. Gençlerde Cinsellik .....	32
2.8. Gençlerde Riskli Davranışlar .....	33
2.9. Ergenlerde Psikososyal Gelişim .....	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
3.1. Araştırmanın Tipi .....	40

3.2. Araştırmanın Uygulandığı Zaman .....	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi .....	40
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri: .....	40
3.5. Verilerin Toplanması .....	41
3.6. Veri Toplama Araçları .....	41
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-2) .....	41
3.6.2. Üreme Sağlığı Ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Bilgi Testi (EK-3).....	41
3.6.3. Riskli Davranışlar Formu (EK-4) .....	42
3.6.4. Duygusal Zekâ Ölçeği (EK-5).....	42
3.7. Ölçeklerin İç Tutarlılık Testleri.....	42
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	43
3.9. Araştırmanın Etik Yönü .....	44
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	44
3.11. Araştırma Bütçesi .....	44
4. BULGULAR .....	45
4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	45
4.2. Üreme Sağlığı Ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Bilgi Testine Ait Bulgular .....	49
4.3. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Riskli Davranışlar İle İlgili Tanımlayıcı Bulgular .....	59
4.4. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Bilgi Testi Puanının Riskli Davranışlar ile İlişkinine Ait Bulgular .....	70
4.5. Duygusal Zekâ Ölçeği İle Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık İlişkinine Ait Bulgular ..	84
4.6. Duygusal Zekâ Ölçeği ile Riskli ÜS/CS Davranışlarının İlişkinine Ait Bulgular ..	86
5. TARTIŞMA .....	89
5.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	89
5.2. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Bilgi Testine Ait Bulguların Tartışılması .....	91
5.3. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Riskli Davranışlar ile İlgili Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması .....	94
5.4. Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık Bilgi Testi Düzeyinin Riskli Davranışlar ile İlişkinine Ait Bulguların Tartışılması .....	99
5.5. Duygusal Zekâ Ölçeği ile Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) İlişkinine Ait Bulguların Tartışılması .....	101

5.6. Duygusal Zekâ Ölçeği ve ÜS/CS ile ilişkili Riskli Davranışlara Ait Bulguların Tartışılması .....	102
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	104
KAYNAKLAR .....	107
FORMLAR .....	117
EK-6: ETİK KURUL KARARI.....	124
EK-7: PATENT HAKKI İZİNİ.....	125
EK-8: KURUM İZİNİ .....	126
ÖZGEÇMİŞ .....	128





## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.3-1: Kontraseptif yöntemlerin etkinliği .....	17
Tablo 4.1-1: Öğrencilerin Yaş Dağılımları.....	45
Tablo 4.1-2: Öğrencilerin Kişisel Özellikleri .....	46
Tablo 4.1-3: Öğrencilerin Ailevi Özellikleri .....	47
Tablo 4.1-4: Öğrencilerin Genel Sağlık Görüşleri.....	48
Tablo 4.2-1: Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Bilgi Testi Puanları .....	49
Tablo 4.2-2: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle ÜS/CS Bilgi Testi Toplam Puanının İlişkisi.....	50
Tablo 4.2-3: Öğrencilerin Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Bilgi Testine Verdikleri Doğru Cevapların Dağılım .....	53
Tablo 4.2-4: Öğrencilerin Üreme Sağlığı Hakları Konusundaki Görüşleri.....	54
Tablo 4.2-5: Öğrencilerin Cinsel İstismar Konusundaki Görüşleri .....	55
Tablo 4.2-6: Kadın ve Erkek Öğrencilerin Gebeliği Önleyici Etkin Yöntem Sorusuna İlişkin Yanıtları .....	56
Tablo 4.2-7: Öğrencilerin Gebelik Riskleri ve Sonlandırılma Zamanına İlişkin Yanıtları .....	57
Tablo 4.2-8: Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara İlişkin Görüşleri .....	58
Tablo 4.2-9: Öğrencilerin AIDS/HIV'e İlişkin Görüşleri .....	59
Tablo 4.3-1: Öğrencilerin Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Özellikleri ve Görüşleri .....	60
Tablo 4.3-2: Öğrencilerin Üreme Sağlığı Tanımları.....	62
Tablo 4.3-3: Öğrencilerin Güvenli Cinsel İlişkinin Tanımına İlişkin Görüşleri .....	63
Tablo 4.3-4: Öğrencilerin Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Bilgileri.....	64
Tablo 4.3-5: Öğrencilerin AIDS/HIV Virüsü ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı.....	65
Tablo 4.3-6: Öğrencilerin Evlilik Öncesi Cinsel İlişki Konusundaki Düşüncelerinin Dağılımı .....	66
Tablo 4.3-7: Öğrencilerin Sigara İçme Davranışları .....	67
Tablo 4.3-8: Öğrencilerin Sigara İçmeye Başlama Nedenleri Dağılımı .....	67
Tablo 4.3-9: Öğrencilerin Alkol Kullanma Durumlarına İlişkin Bulgular.....	68
Tablo 4.3-10: Öğrencilerin Cinsel Deneyimlerine İlişkin Bulgular.....	69
Tablo 4.3-11: Öğrencilerin Evlilik Dışı Gebelik Hakkındaki Görüşleri .....	70
Tablo 4.4-1: ÜS/CS Bilgi Testi Puanlarının, Güvenli Cinsellik ve Gebelik Durumlarına İlişkin Yanıtlarının Karşılaştırılması .....	71
Tablo 4.4-2: Öğrencilerin Riskli Cinsel Davranışları ve Güvenli Cinsel İlişki Parametrelerinin İlişkisi.....	74
Tablo 4.4-3: Öğrencilerin Evlilik Öncesi Cinsel İlişkiye Bakış Açısının Demografik Özellikler Arasındaki İlişki.....	76
Tablo 4.4-4: Öğrencilerin Cinsel İlişki ile İlgili Görüşleri ve Sigara İçme Durumlarıyla ÜS/CS Bilgi Testi Puanlarının İlişkisi.....	79
Tablo 4.4-5: Öğrencilerin Sigara İçme Davranışı ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki.....	81
Tablo 4.4-6: Öğrencilerin bildiği Gebeliği Önleyici Etkin Yöntemler ile Son Üç Ay İçerisinde Cinsel Birleşme Durumları Arasındaki İlişki .....	84
Tablo 4.5-1: Öğrencilerin Duygusal Zekâ Ölçek Puanı Karşılaştırması .....	84
Tablo 4.5-2: Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık Sorularına Verdiği Cevaplarının Duygusal Zekâ Ölçeği Skorları ile Karşılaştırılması .....	85

Tablo 4.6-1: Riskli Davranışlar Soru Maddelerinin Duygusal Zekâ Ölçeği Skorları Kapsamında Karşılaştırılması .....	86
---	----



**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

AP	: Aile planlaması
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
ÜS/CS	: Üreme Sağlığı/ Cinsel Sağlık
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DZ	: Duygusal zekâ
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
HIV/AIDS	: Human Immunodeficiency Virus-Acquired Immunodeficiency Syndrome
IPPF	: International Planned Parenthood Federation
NO	: Nitrik oksit
RIA	: Rahim içi araç
TDH	: Toplam Doğurganlık Hızı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlığı Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

## ÖZET

Haklı, S. (2019). Üniversite öğrencilerinin üreme sağlığı ve aile planlaması bilgi düzeylerinin riskli davranışlara yatkınlığı ile ilişkisinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Üniversitede okuyan öğrenciler; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi üreme sağlığı açısından riskli olan durumlarla karşılaşabilirler. Üniversite öğrencilerinin bu konudaki bilgi düzeylerini ve bunu etkileyen faktörlerin ortaya konulması, alınacak önlemlerin neler olması gerektiği konusuna ışık tutabilir. Bu araştırmanın amacı, üniversite öğrencilerinin üreme sağlığı ve aile planlaması bilgi düzeylerini belirlemek ve bilgi düzeyinin riskli davranışlara yatkınlığı ile ilişkisini incelemektir. Araştırma, tanımlayıcı kesitsel tipte olup, Mayıs – Ağustos 2018 tarihleri arasında, bir vakıf üniversitenin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda yürütülmüştür. Araştırma evrenini üniversitenin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinden oluşturmuştur. Araştırma 250 kişilik örnekleme yapılmıştır. Verilerin elde edilmesinde “Kişisel Bilgi Formu” ve “Duygusal Zekâ Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 20,0 bilgisayar istatistik programına girilerek analiz edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler, verilerin dağılımına göre parametrik veya non-parametrik testler kullanıldı. Anlamlılık seviyesi  $p < 0,05$  olarak kabul edildi. Katılanların %48,8’i kadın ve yaş ortalaması  $21,24 \pm 2,47$  idi. 25 maddelik Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık (ÜS/CS) bilgi testinde katılımcılar ortalama  $11,22 \pm 4,30$  almıştı. Öğrencilerin %36,8’inin sigara kullanıyordu ve kadın erkek cinsiyeti açısından fark yoktu ( $p=0,314$ ). Son üç ay içerisinde erkeklerin %35,9’u kadınların %13’ünün cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişkisi olmuştu ( $p < 0,001$ ). Kadın ( $64,25 \pm 9,33$ ) ve erkek ( $63,50 \pm 8,86$ ) katılımcıların duygusal zekâ puan ortalamaları arasındaki fark yoktu ( $p=0,249$ ). ÜS/CS ile ilgili bilgileri kadınlar daha çok annelerinden erkekler ise arkadaşlarından almıştı. Her iki grup için internet ikinci sırada bilgi kaynağıdır. Sağlık personelinin bilgi almanın oldukça düşük olması dikkat çekmektedir. Bu araştırma öğrencilerin ÜS/CS bilgi düzeyinin düşük olduğunu bu konuda eğitim ihtiyacını güçlü bir şekilde olduğunu

ortaya koymuştur. Ayrıca duygusal zekânın üreme sağlığı ve aile planlaması konularına etkisinin sınırlı olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Üniversite öğrencileri, Üreme sağlığı, Duygusal zekâ, Bilgi düzeyi.



## ABSTRACT

Sibel HAKLI (2019). Investigation of The Relationship Between Reproductive Health and Family Planning Knowledge Levels of University Students With Susceptibility To Risky Behaviors. Istanbul University Institute of Health Sciences, Department of Obstetrics and Gynecologic Nursing. Graduate Thesis. Istanbul.

University students may encounter situations that are at risk for reproductive health such as sexually transmitted infections and unwanted pregnancies, smoking, alcohol and substance abuse. The level of knowledge of university students on this subject and revealing the factors affecting that can shed light on what precautions should be taken. The aim of this study was to determine reproductive health and family planning knowledge levels of university students and to investigate the relationship between knowledge level and susceptibility to risky behaviors. This descriptive cross-sectional study was conducted between May - August 2018 at a foundation university's vocational school of health services. The population of the research was composed of the students of University. The study was conducted with a sample of 250 people. "Personal Information Form" and "Emotional Intelligence Scale" were used to collect data. Data was entered into the computer and analyzed using the SPSS 25.0 software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). In the statistical analysis of the data, descriptive statistics and according to the distribution of data parametric or nonparametric tests were used. Significance level was accepted as  $p < 0.05$ . The mean ( $\pm$ SD) age of the students was  $21.24 \pm 2.47$  years and 48.8% of the participants were female. In the 25-item sexual/reproductive health knowledge test, the mean score of the participants was  $11.22 \pm 4.30$ . 36.8% of the students smoked and there was no difference in terms of male and female gender ( $p = 0.314$ ). In the last three months, 35.9% of men and 13% of women had sexual intercourse ( $p < 0.001$ ). There was no difference between the mean scores of emotional intelligence scores of female ( $64.25 \pm 9.33$ ) and male ( $63.50 \pm 8.86$ ) participants ( $p = 0.249$ ). Women receive information about Reproduction Health/ Sexuality Health (RHS) mostly from their mothers and men from their friends. For both groups, the Internet is the second source of information. It is noteworthy that information from health personnel is very low. This research revealed that the RHS

knowledge level of the students is low and the need for education on this issue is strong. In addition, the effects of emotional intelligence on reproductive health and family planning issues were limited.

**Keywords:** University students, Reproductive health, Emotional intelligence, Knowledge level.



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), üreme sağlığını, “Üreme sisteminde hastalığın ve sakatlığın olmaması ile birlikte biyopsikososyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıyla kişinin güvenli tatmin edici cinsel yaşam ile kendi belirleyeceği zamanda üreme hakkına sahip olması” olarak tanımlamaktadır [1]. Aile planlaması (AP) ise, bireylerin, istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olmaları; istenmeyen gebeliklerden sakınmaları; iki doğumun arasındaki süreyi sağlıklı olacak şekilde belirlemeleri; yaş ve sosyoekonomik durumlarını göz önünde bulundurarak, ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine ve çocuk sahibi olamayan ailelerin bu isteklerini gerçekleştirmelerine yardım eden uygulamaların tümüne denir [2].

Tüm dünyada evlenme yaşının yükselmesi bekârların nüfus oranını artırmaktadır. Cinsellik ve üreme sağlığının evlilik ile bağdaştırıldığı toplumlarda bekârlar için üreme sağlığı-cinsel sağlık hizmetleri göz ardı ve ihmal edilmektedir. Bekârların çoğunluğunu ergen yaş grubu oluşturmaktadır ve bu yaş grubundakilerin yaşamlarının sağlık yönünden en az risk taşıyan dönemlerde oldukları düşüncesi bu grubun ihmal edilmesinin önemli nedenlerindedir [3]. Ancak bekâr gençler her an evlenebilir olması ve cinsel yaşamlarının daha etkin olmasına bağlı olarak birçok yönden sağlık riski taşımaktadırlar. Gençlik dönemi yeni davranışların denendiği bir dönemdir. Bu dönemde gençlerde sigara, alkol ve uyuşturucu madde gibi sağlık açısından zararlı maddeler kullanmaya eğilim ve bağımlılık vardır [4,5]. Yetişkinlerde hastalıkların ve ölümlerin başta gelen nedenlerinde yer alan sağlık açısından risk taşıyan davranışlar, genellikle gençlik döneminde ortaya çıkmakta ve yetişkin dönemde de aynı şekilde devam etmektedir. Sağlıksız beslenme alışkanlığı, fiziksel olarak hareketsizlik, sigara, alkol ve madde kullanımı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ve istenmeyen gebeliklere neden olan güvenli olmayan cinsel davranışlar, yaralanmalara, hasarlara neden olacak güvensiz davranışlar ve şiddet içeren davranışlar gençlerde gözlenen başlıca riskli davranışlardır [6]. Gençler, bu dönemde düşünce, eylem ve cinsel açıdan oldukça aktiftir. Farklı davranışlara, hayatlara, eğlenceye açıktır. Cinsel eşlerini sürekli değiştirme gibi davranışları, kendilerinden yaşça daha büyük olan partnerleri ile ilişkilerinde hayır demede zorluk çekmeleri ve erken yaşlarda korunmasız cinsel ilişkide bulunmaları gibi nedenlerle risk altındadırlar. Ayrıca gençler, koruyucu sağlık



hizmetlerini de en az kullanan gruplardandır. Çoğu genç, toplumsal ve kültürel nedenlerle üreme sağlığı ile ilgili bilgiye erişememekte ve üreme sağlığı haklarını kullanamamaktadır.

Üniversite döneminin ilk zamanları cinsel sağlığı ve sağlıklı cinsel davranışları öğretme, kazandırma dönemidir. Gençlerin cinselliğe yaklaşım ve davranışlarını anlamak, riskli cinsel davranışlarını belirlemek için de yararlı olacaktır [7]. Yaşanan hızlı sosyokültürel değişim, gençlerin ergenlik döneminde cinsel konularda yeterli eğitimi almamış olması, üniversite çağındaki gençleri Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık (ÜS/CS) konularında daha riske açık bir topluluk haline getirmektedir. Gençler, üreme sağlığı ile ilgili sorunları sık yaşamaları, üreme sağlığı hizmetlerinden en az yararlanan grup olmaları, nüfus içerisinde oranlarının daha fazla olması gibi nedenler, üzerinde özellikle fazla durulması gereken bir grup olduğunu göstermektedir [8].

Kendini bilen, duygu düşüncelerinin farkında olan, güçlü olan ve geliştirilmesi gerekli yönlerini bilen bir kişi kendi duygu davranışlarını yönetebilir, kişilerle olumlu ve yapıcı ilişkiler kurabilir. Duygusal zekâ puan ortalaması yüksek olan bireylerin iletişim şekillerine bakıldığında, sosyal çevrelerinin çoğu üyesiyle rahatlıkla iletişim kurarken, pozitif yaklaşımlarıyla hem kendileri hem de karşı taraf ile olumlu sonuçlar kazandıkları, riskli davranışlara olan eğilimin bu bireylerde daha az olduğu görülmüştür [2,9].

Çoğu genç için hayatlarındaki büyük değişimlerden biri de, üniversiteye başlama ve uyum sağlama dönemindeki yaşantılarıdır. Yeni ortama uyum sağlanması, oldukça zor bir süreçte gerçekleşmektedir. Bu dönemde yaşanan problemler; aileden ayrılmak, yeni bir çevrenin sorumluluğunu alabilmek, yeni arkadaşlarla sosyal ilişkiler geliştirmek, maddi yönetim, akademik baskılar, yurt veya yeni bir ev yaşantısına alışmak vb. alanlarda yoğunlaşmaktadır. Bu dönemdeki bireyler; bir taraftan ergenliğin gelişim süreçlerini tamamlama, diğer taraftan ise yetişkinliğe özgü olan gelişim görevlerine uyum sağlama, aynı zamanda da üniversite ortamında fizyolojik, duygusal, akademik ve sosyal ihtiyaçlar ile karşı karşıya kalabilmektedir [10,11]. Bazı öğrenciler; yaşadığı zorluklarla, uygun ve yapıcı şekillerde başa çıkabiliyorken, bazı öğrenciler ise bu süreci sağlıklı geçirmekte zorlanmaktadır. Üniversite öğrencileri; gelişimleri, ihtiyaçları ve akademik olarak sorumluluklarıyla denge sağlamaya çalışırken, yoğun bir gerilme ile karşı karşıya kalabilmekte ve bu gerilim bazen uyum sorunlarına

dönüşebilmektedir [10,12]. Psikolojik sağlık ile ilgili olan araştırmalar da aynı şekilde, üniversite öğrencilerini risk grubundaki bireyler olarak değerlendirmektedir. Literatürde gençlerde duygusal zekâ seviyesi ile riskli davranışlar ilişkisi incelenmesine rastlanmamıştır.

Bu araştırmanın amacı, üniversite öğrencilerinin üreme sağlığı ve aile planlaması bilgi düzeylerini belirlemek, bilgi düzeyinin riskli davranışlar ve duygusal zekâ ile ilişkisini incelemektir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kadın ve Erkek Üreme Sistemi

#### 2.1.1. Kadın Üreme Sistemi Anatomisi

**Kadın dış genital sistemi:** Kadın dış genital sistem organlarında vulva, labia major ve minörler, vajina ve vestibül bulunmaktadır. Vulva, dış genital organları temsil eder. Vulva; labia major ve minörleri, mons pubisi, klitoris ve vestibül ile vestibüle açılan bezleri içerir. Labia majorlar, altında adipoz doku bulunan cilt kıvrımlarıdır, önde mons pubis ile arkada perinum ile birleşir. Labia majorün derisi, kıl folikülleri yanı sıra yağ ve ter bezlerini içerir. Labia minörler, labia majorlar içinde yatan dar cilt kıvrımlarıdır. Labia minör, önde klitorisin uç derisi ve frenulumuyla, arkada labia major ve perine ile birleşir. Labia minör yağ, ter bezleri içerir, ancak kıl kökleri ve altta adipoz doku yoktur. Labia minörlerin önünde bulunan klitoris, penisin embriyolojik benzeridir. Üretra ve vajina, orta hattaki vestibüle açılır [14].

Vajina, vulvadan yukarı arkaya doğru 60-70 derecelik bir açıyla uzanan fibromuskuler bir kanaldır. Vajinanın lümeni çok katlı skuamöz epitel ile kaplıdır ve üç kat düz kas ile çevrilidir. Çocuklarda ve genç kadınlarda, submukozal katlantılar varlığı nedeniyle vajinanın ön ve arka duvarları temas halindedir [14].

Vajina, kadın üreme organı sisteminin işlevsel bir organıdır. Vulvadan dışarıdan uterus serviksine dahili olarak uzanır ve pelvis içinde, rektuma anterior ve idrar kesesine posteriora bulunur. Vajina endopelvik fasya ve ligamentler tarafından yerinde tutulur.

Vajinal astar, kıvrımlar boyunca yerleşmiştir. Bunlar, özellikle çocuk doğurma ve cinsel ilişki sırasında, distansiyona izin verir. Vajinanın yapısı bağ, membranöz ve erektil dokulardan oluşan bir ağıdır.

Sfinkter üretra ve enine perine kasları, perineal membran, pelvik diyafram vajinayı destekler. Ürogenital diyafram terimi artık kullanılmamaktadır; Önceden, sfinkter üretraları, derin transvers perinus kası ve alt fasyaları perineal membranla birlikte içermekteydi. Bu kaslar, pudental sinirin perineal dalları tarafından inerve edilir. Pelvik diyafram temel olarak levator ani ve coccygeus kaslarından oluşur ve S2-S4'ün sakral pleksus dalları ile inerve edilir [14].

**Kadın iç genital sistem :** Kadın iç genital sistem organlarında serviks, uterus, Fallop tüpleri ve ovaryumlar bulunmaktadır.

Serviks; vajinaya 45 ve 90 derece arasında bir açıyla katılır. Vajinaya olan servikal açıklık yani dış os, çocuk sahibi olmayan kadınlarda oval yuvarlaktır, ancak doğumdan sonra genellikle enine yarıktır. Vajinaya giren serviks kısmı, vajinal epiteli andıran çok katlı skuamöz epitel ile kaplıdır. Alt ucunda vajina, ürogenital diyaframı geçer ve daha sonra vulvanın iki bulbokavernozus kasları ile çevrilidir. Hymen, mukoza kaplı bağ dokusunun katlanması olup vajinal açıklığı biraz gizler. Hymen, cinsel aktivite ve çocuk doğurma ile düzensiz kalıntılara bölünür [14].

Uterus anatomisi aşağıdaki 3 doku katmanından oluşur:

- Endometrium adı verilen iç katman, en aktif katmandır ve yumurtalık hormonu değişikliklerine cevap verir; endometriyum, menstrüel ve üreme fonksiyonu için esastır.
- Orta katman veya miyometriyum, uterus hacminin çoğunu oluşturur ve esas olarak düz kas hücrelerinden oluşan kas katmandır.
- Uterusun dış katmanı, serosa veya perimetriyum, uterusu saran epitelyal hücrelerden oluşan ince bir doku katmanıdır.

Uterus; adet, implantasyon, gebelik, doğum ve doğum gibi çeşitli üreme işlevlerinden sorumlu olan dinamik bir kadın üreme organıdır. Bir kadının üreme hayatının farklı aşamalarına uyum sağlayan vücuttaki hormonal ortama duyarlıdır. Rahim adet döngüsü sırasında yumurtalık steroid üretimindeki değişiklikleri yansıtabilecek şekilde ayarlanır, gebelik ve doğum sırasında, hızlı büyüme ve kasılma aktivitesi gösterir. [15].

Uterus, kadın pelvisinde önde idrar kesesi ile arkada rektum arasında yerleşmiş armut biçimli bir organdır. Ortalama boyutlar yaklaşık sekiz cm uzunluğunda, beş cm eninde ve dört cm kalınlığındadır, ortalama hacim 80-200 mL arasındadır. Uterus üç ana bölüme ayrılır: fundus, corpus ve serviks .Uterus, pelvis içinde çeşitli pozisyonlarda olabilir. Normal olan anteverted uterus ileri doğru olandır, retroverted uterus ise geriye doğrudur [15]. Uterus ayrıca üreme evresine, over steroid hormonlarına maruz kalmaya bağlı olarak boyut ve şekil olarak normal farklılıklar gösterebilir. Örneğin, prepubertal uterus genellikle küçüktür, ancak üreme yılları boyunca uterus daha büyük olabilir.

Daha önce hiçbir gebeliğin oluşmadığı bir nullipar uterus, çoğul gebeliklerin meydana geldiği bir multipar uterustan daha küçük olabilir. Ayrıca, menopoz sonrası uterus, hormonal stimülasyonun eksikliğini ve adet aktivitesinin olmadığını yansıtacak şekilde küçük ve atrofik görünebilir [15].

Overler, yumurtalıkları barındıran ve ayrıca cinsiyet hormonlarının üretilmesinden sorumlu olan kadın pelvik üreme organlarıdır. Over, fallop tüplerinin altındaki geniş ligament içinde uterusun her iki yanında bulunan eşleşmiş organlardır. Overler, üreme için gerekli olan yumurtaların barındırılmasından ve serbest bırakılmasından sorumludur. Doğumda, bir kadının yaklaşık 1-2 milyon yumurtası vardır, ancak bu yumurtaların sadece 300 kadarı olgunlaşır ve fertilizasyon amacıyla serbest bırakılır [16].

Overler küçük, oval şekilli ve düzensiz bir yüzeye sahip, grimsi renklidir. Bir yumurtalığın gerçek büyüklüğü bir kadının yaşına ve hormonal durumuna bağlıdır; periton ile kaplanan yumurtalıklar, çocuk doğurma yılları boyunca yaklaşık 3-5 cm uzunluğundadır. İlerleyen yıllarda daha küçük hale gelir ve menopozda atrofik hale gelir. Overin bir kesiti, büyüklük bakımından değişen birçok kistik yapıyı ortaya çıkarmaktadır. Bu yapılar, gelişim ve dejenerasyonun farklı aşamalarındaki over foliküllerini temsil eder [16].

Histolojik olarak, yumurtalığın iki ana bölümü vardır: dış korteks ve iç medulla. Korteks, foliküllerin ve oositlerin gelişim ve dejenerasyonun çeşitli aşamalarında bulunduğu yerdir. Korteks sıkıca kenetlenmiş bağ dokusundan oluşur. Bu kortikal bağ dokusunun stroması, hormonal stimülasyona vücuttaki diğer fibroblastlardan farklı bir şekilde yanıt veren iç şeklindeki fibroblastlardan oluşur. Medulla, yumurtalık damarlarının bulunduğu ve esasen gevşek stromal bir dokudur [17].

### 2.1.2. Erkek Üreme Sistemi Anatomisi

Erkek üreme organları arasında testisler, duktus deferens, veziküla seminaler, boşalma kanalları ve penis ile birlikte aksesuar yapıları olan prostat ve burbourethral bezleri bulunur.

**Testis ve Epididim Anatomisi:** Testis, hem üreme (ekzokrin) hem de endokrin fonksiyonlar için önemli olan erkek bezidir [18]. Başlangıçta, retroperitoneal alanda farklılaşmamış bir gonad olarak başlar. Y kromozomunda SRY geninin (testis

belirleyici faktör bölgesi) transkripsiyonu sonucu cinsiyet farklılaşmasına yol açar. SRY geni olmasaydı gonad bir yumurtalık haline gelebilirdi. Fetus geliştikçe, işleyen testis erkek cinsel organının gelişmesine izin vermek için erkeklik hormonu testosteron üretir. Son üç aylık gebelik boyunca, testis retroperitoneal pozisyonundan skrotumdaki son yerine doğru ilerler. İlerlerken peritondan, karın duvarından, inguinal kanaldan ve skrotal kesenin içinden geçer [19].

Testis, skrotumda bulunan, skrotal bir septum ile ayrılmış, çift, oval, erkek, üreme organıdır. Bazılarının büyük zeytinli veya küçük erik gibi biçimlendirilmiş ve boyutlandırılmış olarak tanımlandığı üzere yetişkin testisin ortalama hacmi yaklaşık 25 ml'dir. Tipik olarak, her ikisi de eninde üç cm derinlikte (anteroposterior çap), 2,5-3 cm uzunluğundadır [19].

Palpasyonla pürüzsüz olan testis, uzun ekseni ile hafif anterior ve lateral eğimli, dik olarak oturur. Üst tarafından, spermatik kordla askıya alınır, sol testisler sıklıkla sağ testislerden daha aşağıdadır. İnférieur olarak, testis, skrotal ligament ile skrotuma bağlanır .

Tunica vaginalis testis (processus vaginalis'in bir kalıntısı), spermatik kordun ve epididimisin testislere yapışmış olduğu üst ve arka sınırlar dışında, testis'i çift bir katmanla kaplar.

Testis'in viseral tabakasının tunica vaginalisi, epididimde ve duktus deferenste testise yakındır. Testisin posterolateral yüzeyinde, bu katman epididim gövdesi ile epididim sinüsü adı verilen testis arasında yarı benzeri bir girintiyi oluşturur [20].

Tunica vaginalis'in parietal katmanı, iç spermatik fasyaya bitişiktir, daha geniştir ve spermatik kordun distal kısmının üstüne uzanır. Tunica vaginalis'in derinliklerinde, tunica albuginea, testisin sert, lifli bir dış kılıfıdır. Arka yüzeyde mediasten testis denilen tamamlanmamış bir dikey septum oluşturur.

Mediasten testis, bezin üstünden alt kısmına kadar uzanır. Aşağıya doğru genişlik daralır. Anterior ve lateral olarak, bez yüzeyine yayılan ve tunica albuginea'ya bağlanan çok sayıda eksik septa bulunur. Bunlar, testisin içini, bez yüzeyinde geniş bir tabana sahip ve mediastene yaklaştıkça daralan çok sayıda koni biçimli alanlara böler. Bu alanlarda, çok sayıda glandüler yapı lobları yerleştirilmiştir. Mediasten, glandüler maddeye girip çıkan kanalları ve damarları destekler. Yarı renkli tüpler, sperm ve besin

sıvısı üreten germ hücreleri ile kaplıdır. Bu tübüller, içeriklerini, sonuçta epididimi boşaltan bir anastomoz kanalı ağına boşaltır.

Epididim, altı metre kadar ince boru biçimindeki bir yapıdan oluşan virgül şeklinde, uzun bir yapıdır. Bu tüp, katılaştıkça noktaya kadar yüksek kıvrımlı ve sıkıca sıkıştırılmıştır (ortalama büyüklüğü yaklaşık beş cm). Testisin arka sınırında bulunan, baş (kaput), vücut (korpora) ve kuyruk (kauda) dahil olmak üzere üç bölümden oluşur. Epididim kafası, testisin üst kısmından sarkar, seminal sıvıyı testisin kanallarından alır (mediasteninin üst kısmını deler), ardından spermin epididimisin distal kısmına geçmesine izin verir. Uzunluğu nedeniyle, epididim kanalı, spermin depolanması ve olgunlaşması için alan sağlar. Genişliği giderek artan şekilde sivrilmiş dar kuyruk, duktus deferens olarak devam eder.

**Penis Anatomisi:** Penil shaft üç erektil kolondan, iki korpora kavernosa ve korpus spongiosum'un yanı sıra hepsi deri ile kaplanmış fasya tabakaları, sinirleri, lenfatikleri ve kan damarlarını saran kolonlardan oluşur. Elastik liflerden oluşan iki askı tipi ligament, penisi kendi tabanında destekler [21].

Eşleşmiş korpora kavernosa erektil doku içerir ve her biri nispeten az elastik lif içeren, bağ dokusunun yoğun lifli bir kılıfı olan tunika albuginea ile çevrilidir. Korpus kavernosa eksik bir orta hat septumundan serbestçe bağlantı kurar.

Tunika albuginea, dış boyun ve iç dairesel olmak üzere iki katmandan oluşur. Tunika albuginea, korpus spongiosum'u yerleştirmek için bir oluk oluşturduğu yerde ventral olarak kalınlaşır. Korpus spongiosumda tunika albuginea (yaklaşık iki mm) korpora kavernosa'nınkinden (<0.5 mm) çok daha incedir.

Korpus içindeki erektil doku, atardamar, sinir, kas lifi ve düz endotel hücreleri ile kaplı venöz sinüsleri içerir ve korpora kavernosa alanını doldurur. Korpora kavernosa'nın kesilmiş yüzeyi bir sünger gibi görünür. Bu dokuyu tunika albuginea'dan ayıran ince bir areolar doku tabakası vardır. Korpora kavernosa'ya kan akışı her korpora kavernosa merkezine yakın akan penisin eşleştirilmiş derin arterlerinden (kavernosal arterler) geçer. Tek korpus spongiosum iki korpora kavernosa arasındaki ventral olukta uzanır. Üretra, korpus spongiosumdan geçer. Korpus spongiosum, ejakülataın üretra boyunca geçişi için korpus spongiosumun ayrılmasını sağlamak için çok daha ince ve daha elastik bir tunika albuginea'ya sahiptir. Korpus spongiosumun daha ince tunika albuginea'sı da korpusun ereksiyon sırasında daha az sertleşmesini sağlar. Bu nedenle,

süngeriosumun distal ekstansiyonu olan glans penisi, bir tamponlama etkisi sağlamak için korpora kavernosa'nın uçlarını kapsar. Üretral meatus glansın ventral yüzeyine hafifçe yerleştirilmiş ve yarık gibidir. Glansın kenarı, koronun adı verilen bir jant oluşturarak penis çerçevesinin üzerinden geçer.

Korpora kavernosa'nın dorsal tarafında, derin dorsal ven ve eşleştirilmiş dorsal arterler ve dorsal sinirlerin dalları, derin penil (buck) fasya içinde bulunur. Bu fasya, korpus spongiosum'u çevrelemek için ayrılır ve ischiocavernosus ve bulbospongiosus kaslarının derin fasyası olarak perine içine uzanır. Derin penil (buck) fasya bu kasları ve korpora kavernosa'nın her bir kabuğunu ve korpus spongiosum'un ampulünü çevreler, bu yapıları pubise, ischium'a ve ürogenital diyaframa yapıştırır.

Penis derisi alt karın duvarı ile devam eder. Distal olarak, penis cildi, glansı kaplayan pürüzsüz, tüysüz bir cilt ile birleşir. Koronada, glansın üstünden geçen sünet derisi oluşturmak için kendi üzerine katlanır. Penis ve skrotumun derialtı bağ dokusu bol düz kaslara sahiptir ve perine içine devam eden ve yüzeysel perineal fasya ile kaynaşan dartos fasyası olarak adlandırılır. Peniste, dartos fasyası cilde ve derin penil fasyasına gevşek şekilde tutturulur ve yüzeysel arterleri, damarları ve penisin sinirlerini içerir.

Adrenerjik sinir lifleri ve reseptörleri kavernöz trabeküllerde bulunur ve derin penil arterleri çevreler. Noradrenalin, penil gevşekliği ve şişkinliği kontrol eden majör nörotransmitterdir [22]. Sempatik kasılma, postsinaptik alfa-adrenerjik reseptörlerin aktivasyonunun aracılık ettiği ve presinaptik alfa-adrenerjik reseptörlerin modüle ettiği düşünülmektedir. Vasküler düz kas gevşemesi için asetilkolin gerekir ve kavernoza düz kas ve çevresindeki penillerdeki kolinerjik sinirler gösterilmiştir.

Nitrik oksit (NO) penil ereksiyona neden olan başlıca nörotransmitterdir. Adrenerjik olmayan, kolinerjik olmayan (NANC) nöronlar NO salgırlar. NO salınımı kavernoza düz kasları gevşeten siklik guanozin monofosfatın (cGMP) üretimini artırır [23,24]. Vazoaktif bağırsak peptidi (VIP), kalsitonin geni ile ilgili peptit (CGRP), prostaglandinler ve diğer peptitler dahil olmak üzere diğer nörotransmitterler de erektil işlemde yer alabilir [25].



### 2.1.3. Menstrüel Siklus

Menarşdan, menopoza devam eden üreme amaçlı her ay tekrarlayan hormonal değişim ve adet kanaması ile karakterize olan, başta genital sistem olmak üzere bütün organizmayı etkileyen siklik değişikliklere menstrüel siklus denir. Menstrüasyon menarştan menopoza kadar her ay düzenli olarak ortaya çıkar ve gebelik ve emzirme döneminde geçici olarak bastırılır. Adetin ortaya çıkması bir kadının doğurgan olduğunu gösterirken, beklenen zamanlamanın ötesinde gecikmesi, doğurganlık dönemindeki cinsel açıdan aktif kadınların genellikle gebe kaldığını gösterir [26].

Menarş, ergenlik döneminin oldukça geç bir özelliğidir. İlk dönem kısa veya uzun olabilir; bundan sonra birkaç ayda bir, bazen çok sık olan genellikle düzensiz dönemlerden oluşabilir. Düzen genellikle 2-3 yıl içinde oluşur. Aktif üreme döneminde menstruasyon genellikle 28 günde bir gerçekleşir [26].

Adet görmeyi beklerken veya adet sırasında, birçok kadın menstrüasyona neden olan hormonal salınımlarla şartlandırılmış geniş bir yoğunluk aralığında ruh hali ve bedensel hislerde çeşitli rahatsız edici değişiklikler yaşayabilir. Bu, birkaç gün süren vajinal kanamanın getirdiği sıhhi şartlarla birlikte, kadınların çoğunun üreme işlevinin aylık döngüselliğini büyük bir farkındalıkla tecrübe etmesine rağmen, önemi ve anlamı aralarında büyük ölçüde farklılık gösterir. Ayrıca, farklı kültürler menstrüasyona özel bir anlam verir ve kanama olayı meydana gelirken kadınlara sosyal davranışlarını veya evlilik ilişkilerini etkileyen çeşitli kurallar getirir. Öte yandan, vajinal kanama her zaman adet görmesini yansıtmaz, çünkü endometriyumdan veya kadının genital yolun diğer bölümlerinden kan kaybı ile ilişkili çeşitli patolojik durumlar olduğunu gösterebilir [26].

Adet, gebelik olmayan bir döngünün sona ermesinin doruk noktası ve dış işaretidir. Hemen ardından adet görme sırasında kalan fonksiyonel tabakayı yeniden oluşturmak için hücrelerin çoğaldığı endometrial proliferatif faz izlenir. Adetin ardından kalan endometriyumun daha derin veya bazal tabakası kalınlığı üç mm'den fazla değildir ve artan estradiol (yumurtalık tarafından üretilen kadın hormonu) seviyelerinin uyarılması yoluyla yaklaşık iki hafta içerisinde 12-15 mm veya daha fazla bir tam büyümüş tabaka haline gelir. Bu proliferatif fazı, dölllenmiş bir yumurtayı (veya zigotu) yuvarlamak için hazırlık aşamasında progesteron (başka bir yumurtalık hormonu) etkisi altında doku farklılaşması ve yeniden şekillendirilmesi ve endometrial glandüler

sekresyonun baskın olduğu bir salgı fazı takip eder. Salgı fazı, bu döngü sırasında hiçbir zigot oluşmazsa menstruasyon üretmek için gerekli mekanizmaların oluşturulmasını da gerektirir [26].

Endometriumun fonksiyonel tabakasının parçalanarak dökülmesi, endometriyumun yeniden inşası endometriyum döngüsünü oluşturur ve gebe kalma veya menopoza oluşana kadar yıllarca sürekli olarak gerçekleşir. Bu işlem otonom değildir, büyük ölçüde over tarafından salgılanan estradiol ve progesterona bağımlıdır, bu nedenle endometriyal döngü, over döngüsü ile tam olarak senkronize edilir. Ergenlikten önce, gebelik ve emzirme döneminde ve menopoza sonra, yumurtalık döngüleri yoktur ve yumurtalık hormonu üretimi minimum veya sıfırdır [26].

Adet döngüsünün göze çarpan bir özelliği, sadece adetler arasındaki aralıklarla değil, ovülasyonun zamanlaması ile ilgili hormonlar ve çeşitli diğer parametreler tarafından elde edilen kan seviyeleri arasındaki durum, zaman içinde ve kadınlar arasındaki değişkenlik gösterir. Genellikle adet ilk gününü, döngünün ilk günü olarak sayılır. Sadece didaktik amaçlar için, genellikle adet döngüsünün 28 gün sürdüğu ve yumurtlamanın döngünün 14. gününde gerçekleştiği söylenir. Bununla birlikte, normal döngü uzunluğu 21-35 gün arasında değişmektedir ve foliküler rüptür 10 gün kadar erken veya 22 gün kadar geç olabilir. Menstruasyon süresi 3/7 gün ve bir siklus boyunca kaybedilen kan miktarı 30 ml kadardır (20-80 ml) [27].

#### **2.1.4. Spermatogenez**

Testisin ikinci ana işlevi spermatozoa üretimidir. Spermatogenez denilen bu işlem, testisin tübüler bölümünde gerçekleşirken, Leydig hücrelerinin testosteron üretimi interstisyel kompartmanda yer almaktadır [28]. Spermatogenez, aktif cinsel süreç içerisinde, ön hipofiz gonadotropik hormonlarının uyarısıyla testislerdeki seminifer tüplerde gerçekleşen matür sperm oluşması olayıdır. Spermatogenez ergenlik ile birlikte başlar (13–16 yaş), yaşlanmayla birlikte hızı yavaşlar ve yaşlılığın son dönemlerine kadar sürebilir.

Testisin tüp şeklindeki bölmesi testis hacminin %60-80'ini temsil eder. Toplamda, her testis yaklaşık 600 adet yarı tübül içerir. Seminifer tübüllerin içindeki Sertoli hücreleri somatik hücrelerdir ve bazal zardan tübülün lümenine uzanır. Sertoli hücreleri, seminifer tübülün yapısını destekler ve iç ortamın düzenlenmesinde rol oynar. Bir testiste Sertoli hücrelerinin sayısı spermatojenik çıktıyı belirler. Sertoli hücre

fonksiyonu androjen, FSH reseptörlerinin FSH ile birleşmesi ve aktivasyonu ile düzenlenir [28].

Spermatogenezis üç aşamada gerçekleşir: (1) Mitotik proliferasyon ve spermatogonia farklılaşması, (2) miyotik bölünme ve (3) spermioenez, miyozisin son bölümünden kaynaklanan yuvarlak haploid spermatidlerin kompleks yapısına dönüşmesini temsil eden spermatozoon. Spermatogenezin genel süresi en az 64 gündür [28].

## 2.2. Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı ile ilgili konular, genellikle doğurganlıkla ilişkilendirilmiş ve bu konuda rolü daha fazla kadına odaklanılarak “Anne ve Çocuk Sağlığı”ndan bahsedilmiştir. Oysa 1990 yılı sonrası bu bakış açısı değişmeye başlamış ve 1994’te Kahire’de yapılan “Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (International Conference on Population and Develepment- ICPD)”, “Üreme Sağlığı” kavramı dile getirilmiştir. Bütün ülkeler tarafından kabul edilen bu kavramın tanımı yapılmıştır. Bu tanıma göre Üreme sağlığı (ÜS); “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır”. Başka bir ifade ile üreme sağlığı, insanların güvenli ve tatmin edici cinsel yaşantıya sahip olması, üreme yeteneklerini kullanma ve karar vermede özgür olmaları demektir. Üreme sağlığı, gebeliğin oluşmasından itibaren, doğum, bebeklik, çocukluk, adölesan, erişkin ve ileri yaş dönemleri dahil ölene dek her yaşı ve cinsiyeti ilgilendirmektedir. Herkesin, yaşamları boyunca, büyüme gelişme süreci sonucu oluşan cinsel ve üreme ile ilgili sağlık ihtiyaçları vardır. Buna bağlı olarak, doğumdan ölüme olan süreçte kadın ve erkeğin yaşamı bir bütün olarak ele alınmalı; sağlıklı yaşama başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlıklı gelişimi bir çok faktörün kümülatif etkiyle oluştuğu vurgulanmalıdır [1].

Üreme sağlığının ana belirleyicileri; doğurganlık, yaşam beklentisi, düşük doğum ağırlığı, perinatal mortalite (bebek ölümleri) ve maternal mortalitedir (anne ölümleri) [29].

Kahire konferansından (1994) itibaren ülkeler eski “Ana çocuk Sağlığı-Aile Planlaması” (AÇS-AP) olan geleneksel yaklaşımları yerine, hem kadın hem erkek için, yaşam boyu yaklaşımıyla; zararlı olan geleneksel uygulamalar (genital mutilasyon gibi), adolesan dönem cinselliği, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE), HIV/AIDS,

genital enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, sağlıksız düşükler, maternal morbidite ve mortalite, prolapsuslar, üreme organları malignensileri, cinsiyet temelli şiddetin de ÜS dahilinde ele alınmasının gerekliliğini vurgulamışlardır [29].

**Adolesan Üreme Sağlığı:** Ergenlik dönemi, cinsel, fiziksel ve psikososyal değişimlerin olduğu, çocukluktan erişkinliğe doğru geçiş süreci olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde dünyada 10-19 yaş arası bir milyardan fazla ergen yaşamaktadır. Türkiye nüfusunun %18'ini adolesanlar oluşturmaktadır. Adolesanların sağlığını riske atan en önemli konular üreme sağlığı ve cinsel davranıştır. Cinsel aktivite yönünden etkin dönem daha erken yaşta başladığı görülürken, ergenlerin cinsellik, CYBE, kontraseptif yöntemler ile ilgili yeterince bilgiye sahip olmadığı da görülmektedir [30].

Sağlık seviyesinin daha iyi bir yere getirilmesinde eğitimin rolü tartışılmazdır. Eğitimde bir süreç olan üniversite dönemi bu nedenle çok önemlidir. Bu dönem, beraberinde gençlere birtakım sorunlar da getirebilir. Üniversite öğrencilerinde iyilik hali için cinsel sağlık ayrıca önemlidir. Çalışmalar, üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğunun cinsel olarak aktif ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için risk altında olduğunu göstermektedir. HIV enfeksiyonunun %50'sini 25 yaş altındaki kişiler oluşturmaktadır [28,30].

Adolesanın cinsel aktivitesi, evli olsun ya da olmasın olumsuz üreme sağlığı sonuçlarına yol açabilir. Bu dönemde cinselliğin başlaması ile istenmeyen gebelikler, düşükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi üreme sağlığı ile ilgili sorunlar ortaya çıkar. Bu dönemdeki kişilerin sonraki yıllarda gelişimlerini ve sağlıklarını etkileyebilecek doğru üreme sağlığı davranışı geliştirmeleri açısından bu dönem dikkatle ele alınmalıdır. Adolesanlar bu yüzden koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemli bir hedef olmalıdır. Ergenlerde üreme sağlığı için doğru bilgi ve danışmanlık hizmetlerine önem verilmelidir. Etkin danışmanlık hizmetiyle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve istenmeyen gebelikler önlenir [31].

**Üreme Hakları:** Üreme sağlığı kapsamında ele alınması gereken diğer bir kavram da “Üreme Hakları”dır. Bireylerin çocuk sayısı ve aralığına özgürce karar verebilmeleri ve bunun için gerekli bilgiye sahip olmaları, şiddet, baskı ve ayrımcılık olmadan kararlarını verebilmeleri; üreme ve cinsel sağlık açısından en yüksek standarta ulaşabilmeleri, adolesan dönemden başlanarak, postmenopozal ve ileri yaş dönemi de

dahil olmak üzere ÜS hizmetlerinden yararlanma hakkının insan hakları dahilinde ele alınması gerekmektedir [32].

International Planned Parenthood Federation (IPPF) üreme haklarını aşağıdaki gibi belirlemiştir [32]:

1. Yaşamak: Kadın hayatı gebelikler nedeniyle tehlikeye atılamaz. Aynı şekilde çocuk hayatı da risk altında olmamalıdır.
2. Kişinin Özgürlük ve Güvenliği: Herkes, başkasının özgürlüğüne müdahale etmeden cinsellik ve üreme sağlığında özgürdür ve mutlu olma hakkı vardır. Tıbbi müdahaleler, kimsenin rızası olmadan uygulanamaz.
3. Eşitlik, Ayrımcılığa Maruz Kalmamak: İnsanlar ırk, dil, din gibi özelliklerinden dolayı üreme sağlığı hizmetlerini almada ayrımcılığa maruz bırakılamaz.
4. Kişisel Yaşam Hakkı: Üreme sağlığıyla ilgili hizmetleri alınırken kişiye özel bilgiler gizli tutulmalıdır.
5. Özgür Düşünce Hakkı: Cinsel hayatları konusunda insanların hür olarak düşünme ve ifade edebilmeleridir.
6. Bilgilenme ve Eğitim Hakkı: Herkesin üreme konusunda doğru bilgilenme ve eğitim alma hakkı olmasıdır.
7. Evlilik ve Aile Kurmada Özgür Olmak.
8. Çocuk Yapma ve Zamanına Karar Verme.
9. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma ve Sağlığın Korunması.
10. Bilimsel Gelişmelerden Yararlanabilmek: (Kısırlık tedavisi, doğum kontrolü, gebelik sonlandırılması)
11. Toplantı ve Siyaset Yapabilmek:
12. İşkenceye Maruz kalmamak.

Yeni bir yaklaşım olarak Üreme Sağlığı hizmetleri; tüm yaşam boyu, herkesi hedef alarak, toplumun özellikle bireyin gereksinimlerine uygun olarak kontraseptif tercihler sunarak, insanların daha bilinçli ve özgür tercih yapmalarına olanak sağlayan, hizmet alan ve veren arasında etkileşimi sağlayan, üreme ile ilgili hedeflerinin

gerçekleştirilmesi için üreme organları ve işlevleri ile ilgili olarak hastalıkları önleyici nitelikte olmasını gerektirmektedir [33].

**Üreme Sağlığında Önemli Dönemler:** Üreme Sağlığı hem kadın hem erkek için yaşamın tüm dönemlerinde önemlidir. Fakat yaşamın dönemlerine, cinsiyete göre üreme sağlığı ile ilgili sorunlar ve hizmet gereksinimi farklılık göstermektedir, çocukluk döneminde kız ve erkek arasında daha az olan farklılık adölesan dönemde giderek artmakta, üreme döneminde (15-49 yaş) en üst seviyeye ulaşmakta, daha ileriki yaşlarda ise tekrar azalmaktadır. Hangi yaş dönemi olursa olsun ÜS ile ilgili sorunlar ve hizmet gereksinimi erkeklere göre kadınlarda daha fazladır. Adolesan ve yetişkin dönemde üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri farklılaşabilmektedir. Örneğin, ergenlik dönemindeki sağlıklı cinsellik ve ergen gebeliklerine yönelik olarak cinsel eğitim hizmeti verilmesi gerekirken yetişkin dönemde görülebilecek anne-bebek ölümleri önlemeye yönelik doğum öncesi ve doğum sonu bakım verme, bebek bakımı, kontraseptif kullanımı eğitimleri gibi hizmetler verilmelidir [34].

Üreme Sağlığı ile ilgili sorunların araştırılması ve hizmetlerinin verilmesi için yaşam boyu yaklaşıma önem verilmelidir. Bu yaklaşımda riskler ortaya çıkarılmalı ve bunlara uygun olarak hizmetler, her iki cinsiyet için ilgili yaş gruplarına verilmelidir.

### 2.3. Aile Planlaması

Yirminci yüzyıla kadar, gebeliğin önlenmesi büyük ölçüde doğurganlık döneminde koitustan (cinsel ilişki) kaçınmak, ya da koitus interruptus (geri çekme) ile başarılmıştır. 1950'den önce prezervatifler, kadın bariyer yöntemleri ve rahim içi araçlar kullanılıyordu. Pincus, Rock ve meslektaşları tarafından geliştirilen 1960 yılında oral kontraseptif hapının ortaya çıkışı, kontrasepsiyonda bir devrimin habercisi olarak kabul edilir. Modern kontrasepsiyon yöntemlerinin (hormonal ve intrauterin kontraseptifler) alımı, gelişmiş dünyadaki toplam doğurganlık hızında (TDH) daha da düşüşe ve bazı az gelişmiş ülkelerde belirgin bir düşüşe neden olmuştur. 2005 yılında evli kadınların %60'ı kontrasepsiyon kullanıyordu (tüm yöntemler) ve %53'ü modern yöntemler kullanıyordu, bu da dünyada TDH'nin 2,7 düşmesine neden oldu. Bu etkileyici istatistikler, ülkeler arasında çok büyük farklılıklar olduğunu göstermektedir. Çin'de evli kadınların % 87'si kontrasepsiyon kullanıyor (modern yöntemler %86), Çad'da sadece %11'i kontrasepsiyon kullanıyor (modern yöntemler %2) [35].

Modern kontraseptifler, geri dönüşümsüz yöntemlere (erkek ve kadının sterilizasyon) ve geri dönüşümlü yöntemler olarak ikiye ayrılabilir. Geri dönüşümlü yöntemler; hormonal yöntemler (yalnızca östrojen ve progestojen veya progestojenin bir kombinasyonunu sunan), RİA'lar ve bariyer yöntemler olup, bariyer yöntemler sadece CYBE karşı da koruma sağlar [35].

Kullanılabilirlik, maliyet, etkililik, kullanım kolaylığı, riskler ve istenmeyen etkiler olmak üzere çok çeşitli faktörler doğum kontrol yöntemini ve alımını etkiler. Ayrıca tedarikçiler ve kültürel kabul edilebilirlik, yöntem kullanımının belirlenmesinde büyük bir rol oynamaktadır ve kullanım şekillerinde ülkeler arasında geniş farklılıklar vardır. Örneğin; RİA, İsveç'te doğum kontrolü kullanan kadınların %17'si tarafından kullanılırken, ABD'de doğum kontrolü amaçlı kullanımın %1'inden daha azını oluşturmaktadır. Enjekte edilebilir, sadece progestojen içeren doğum kontrolü, Güney Afrika ve Tayland'daki en popüler yöntemdir ancak Fransa, İtalya veya İspanya'da çok az kullanılmaktadır. Türkiye'de çiftlerin %24'ü geri çekmeye güveniyor. Latin Amerika'da kadın sterilizasyonu yaygındır, ancak vazektomi neredeyse hiç yapılmamaktadır [35].

Modern kontrasepsiyon yöntemlerinin çoğu, mükemmel bir şekilde kullanıldığında oldukça etkilidir (Tablo 2-1), ancak kullanıcının her gün bir şey yapmasını gerektiren yöntemler (hap alma) veya her ilişkide bulunma öncesinde bir şeyler yapma (prezervatif takma) tipik kullanımda nispeten yüksek başarısızlık oranlarına sahiptir. Gelişen dünyada, istenmeyen gebelik, en yaygın olarak yöntemin kesilmesi de dahil olmak üzere bir yöntemin tutarsız veya yanlış kullanılması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Yöntemi sonlandırmak için bir sağlık profesyoneli ziyareti gerektiren kontraseptifler (RİA ve implantlar), kullanıcının istediği zaman durdurabileceğinden daha yüksek devam oranına sahip olma eğilimindedir [35].

**Tablo 2.3-1: Kontraseptif yöntemlerin etkinliği**

	Yöntem	Gebelik Oranı (%) <sup>a</sup>		
		Tipik Kullanım	Mükemmel Kullanım	
Çok etkili	Erkek sterilizasyon	0,15	0,10	
	Kadın sterilizasyon	0,5	0,5	
	İmplant	0,05	0,05	
Etkili	Levonorgestrel serbest bırakma sistemi	0,1	0,1	
	Bakır RİA	0,8	0,6	
	Progesteron, enjektabl	3	0,3	
	Kombine, enjektabl	3	0,05	
	Kombine haplar	8	0,3	
	Kombine yama	8	0,3	
	Vajinal halka	8	0,3	
	Sadece progesteron, hap	8	0,5	
	Az etkili	Erkek kondomu	15	2
		Kadın kondomu	21	5
Diyafram		16	6	
Servikal kapak		32	26	
Pertodik cinsel perhiz		20	1-9	
Spermisit		26	6	
Geri çekme		19	4	
Korunmuyor		% 85		

<sup>a</sup> Son bir yılda yöntem kullanan kadınlar arasında gebelik oranları [35]

### 2.3.1. Aile Planlamasının Önemi

Bir kadının sağlık açısından hayatındaki en önemli dönem, hem kendisini hem de çocuk sağlığı üzerinde etkisi olan gebelik, doğum ve sonrasındaki süreçtir. Bu nedenle doğuma kadar olan sürecin ve doğumun sağlıklı hale gelmesi, verilen sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olması, kalite ve hizmet alımı önemlidir [36].

Aile planlamasının anneye faydaları [37–40] ;

- 1- Gebelikte, doğumda, olası abortus nedeniyle ölüm ve komplikasyon oranlarını azaltır.
- 2- Kadın doğum ile ilgili klinik yakınmalar azalır, gebeliğe karşı olan korku azalır, psikolojik rahatlık olur,
- 3- Kadında olabilecek diğer rahatsızlıklar azalır.
- 4- Uygulanan aile planlaması yönteminin diğer faydalarından da istifade edilir.



5- Sağlık hizmetlerinde aile planlamasına yönelik olanlar ve ana-çocuk sağlığına yönelik olanlar koordineli devam ettirilirse gebelikte artmış risk edilmesi durumunda üst merkezlere sevki sağlanabilir.

Bebek açısından faydaları [37–40];

- 1- Ölüm oranları azalır.
- 2- Erken doğum ve düşük doğum ağırlığı azalır.
- 3- Enfeksiyon hastalıkları riski azalır.
- 4- Beslenmeyle ilgili sorunlar düşer ve normal mental gelişim sağlanır.
- 5- Doğumsal anomali oranları düşer.
- 6- Az çocukla beraber annenin ilgisi ve daha fazla vakit ayırması söz konusu olur, kardeşler arasında kıskanma ve çekişme azalır.
- 7- Beden ve ruh sağlığı açısından daha iyi çocuk yetiştirilebilir.

Toplumsal faydaları [41];

- 1- Ana-çocuk sağlık kalitesi artar.
- 2- Artan nüfusun ekonomiye olumsuz etkileri düşer.
- 3- Gıda, barınma, eğitim, çevre şartları düzelir.
- 4- Toplumdaki yaşam standartları artar ve beraberinde artmış bir sağlık kalitesi gelir.

### 2.3.2. Aile Planlaması Yöntemleri

AP yöntemleri, eşlerin ne kadar, ne zaman ve ne aralıkta çocuklarının olması için kullandıkları uygulamalardır. Yöntemin uygunluğu, gebelik önlemedeki kesinliği, sağlık açısından güvenilirliği, kolay tatbik edilebilmesi ve düşük maliyetli olmasındadır [42]. Bu yöntemler etkin yöntemler ve etkisi sınırlı yöntemler olmak üzere iki kısımda incelenmektedir.

Etkin AP yöntemleri [42];

**Oral kontraseptifler**, östrojen ve progesteron içerenler ve progesteron içeren mini hap şeklindedir. Diğer yöntemlere göre oldukça etkilidirler. İçerikleri nedeniyle

ovulasyon devam etmez. Bu da uygulamaya yüksek başarı getirir. Serviksteki mukusu etkilerler ve sperm buradan geçemez. Geçse de yavaş olduğundan fertilizasyona ulaşamaz. Fertilizasyon başarılı olursa zigotun endometriuma implantasyonu engellenir.

**İntrauterin araç (IUA)**, rahim içine uygulanır. T şeklindedir. İçindeki kimyasal nedeniyle radyolojik olarak görüntülenebilir. Aletin bulunduğu yerde oluşturduğu yabancı cisim reaksiyonu spermelerin geçişi için bir engeldir. Çıkarılmasıyla çok sürmeden etkisi kalkar. Bir kısım IUA'da progesteron katkısı vardır. Bu hormon eklenmesi menstruasyon sırasındaki kanama ve adete bağlı ağrı üzerinde azaltıcı etkisinden dolayıdır.

**Diyafram**; yarım küre şeklinde tasarlanmıştır. Serviksi kapatarak sperm için bir bariyer oluşturur. Etkinliğini arttırmak için beraberinde spermeleri inhibe eden ilaçlarla kullanılabilir. İlişkiden altı saat sonra yerinden alınır. Gebelikten koruma anlamında diğer etkin uygulamalarla karşılaştırıldığında etkinliği azdır.

**Cilt altı implant**; her yaşta uygulanabilir ve üç yıl süre ile yüksek oranda korunma sağlar. Kadınlarda genellikle kola uygulanır. Mens ağrısını, anemiye ve malignite ihtimalini azaltacak şekilde etkilidir.

**Enjeksiyonlar**; üç ayda bir ve ayda bir uygulanan şekilleri vardır. Etkisi son derece yüksektir. Üç ayda bir uygulananlardaki hormon preparatı medroksiprogesteron asetattır. Bu preparat bir depo progesterondur. Ayda bir uygulananlar östrojen ve progesteron içerir.

### **Kondom**

**Kadın Kondomu**; kadınların kullanabildiği poliüretandan yapılmış ince esnek bir kılıftır.

**Erkek Kondomu**; Erkeklerin kullandığı kauçuktan yapılan elastik bir araçtır. Kondomlar spermelerin kadınların rahim içerisine girmesini önler. Ayrıca enfeksiyon bulaşmasına karşı koruyuculuk da sağlar. Tek kullanımlıktır.

### **Cerrahi Yöntemler**

**Tüp Ligasyonu**; fallop tüplerine uygulanan ligasyonla spermin fertilizasyon için ulaşımını engellenir. Cinsellik ve siklus üzerine yan etkisi yoktur.

Vazektomi; Sperm kanallarının cerrahi olarak bloke edilmesiyle sperm geçişi nlenmiş olur.

Etkisi sınırlı geleneksel yöntemler [42];

**Takvim Yöntemi;** ovulasyon siklusun ortasında yani yirmisekiz gün olduğunu düşünürsek ondördüncü günde olur. Sperm ve ovumun canlı kalacağı süreyi de göz önüne alırsak bu sreden  gün önce ve sonra risklidir. Bu aralıkta cinsellik planlanması takvim yöntemidir. Adet düzensizlikleri hesap hatasını bu da gebeliği beraberinde getirdiğinden etkili değildir. Ovulasyon olduğu ayrıca vücut ısısı ve vajinal akıntının şekline göre de anlaşılabilir.

**Geri ekme;** ok eski bir uygulamadır. İlişkide spermler gelmeden önce çıkmaya dayanır. Emniyetli bir uygulama değildir. Bu yöntem ülkemizde halen en yaygın kullanılan geleneksel yöntem olup bu yöntemi kullanan kadınlarda planlanmamış/istenmeyen gebelikler diğer yöntemlerden daha yüksek oranlarda sonlandırıldığı bildirilmiştir [43].

**Vajinal Duş;** ilişki sonrasında vajinanın su ile yıkanmasıdır. Koruyuculuğu son derece düşüktür.

**Spermisitler (Sperm ldrcler);** ilişkinin on ya da onbeş dakika kadar öncesi uygulanan krem veya köpük formlardır. Cinsel birleşme öncesinde vajina içine uygulanarak spermlerin uterusu ulaşmasını engeller. İlişkinin altı saat kadar sonrasında vajen yıkanmalıdır. Etkinliği azdır. Cinsel birleşme ile bulaşan hastalıkları korumada pek etkili değildir. Bu nedenle prezervatif gibi diğer korunma yöntemleri ile birlikte kullanılması önerilmektedir.

**Laktasyon (Emzirme);** yöntem prolaktinin ovulasyon üzerindeki inhibe edici etkisine dayanmaktadır. Doğum sonrasında yaklaşık %50 oranında menstruasyon olmadan ovulasyon gözlenebilir. Bu da hemen ikinci bir gebelik olmaması için etkili bir yöntem uygulamayı gerektirir. Emzirme uzatıldığa menstruasyon olmaz. Bu şekilde gebelik önlenebilir diye düşünülse de menstruasyonun emzirenlerde ne zaman olacağı tahmin edilemez. Tekrar vurgulamak gerekir ki doğumdan sonra menstruasyon olmadan ovulasyon mümkündür ve bu nedenle gebe kalınmaması için başka bir yönteme başvurulmalıdır.

### **Acil Kontrasepsiyon [44]**

Acil kontrasepsiyon normal doğum kontrol yöntemi değildir. Acil kontrasepsiyon, cinsel ilişki sırasında doğum kontrolü kullanılmadığında veya prezervatifin yırtılması gibi doğum kontrol yönteminin başarısız olması durumunda kullanılabilir.

Bakır RİA, kadınlar korunmasız cinsel ilişkiden sonraki beş gün içinde bakır T RİA yerleştirilebilir.

Acil kontraseptif haplar, kadınlar korunmasız cinsel ilişkiden 5 gün sonrasına kadar acil kontraseptif hapları alabilirler, ancak ne kadar erken haplar alınsa o kadar etkili olur.

Erkek üniversite öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada acil kontrasepsiyon bilme oranı %14,5 gibi düşük bir orandaydı [45].

## **2.4. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğilimleri**

### **2.4.1. Türkiye’de Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğilimleri**

Türkiye’de AP politikaları ve uygulamalarının tarihsel gelişimini incelediğinde, Cumhuriyet’in ilanı ile başlamış olan yapılanma döneminde demografik yapının düzeltilmesi amacıyla uygulanan pronatalist (doğurganlığı artırıcı) nüfus politikası ile gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımına yasal olarak sınırlamalar getirilmiştir. 1930’da Hıfzıssıhha Kanunu ile birlikte kontraseptif yöntemlerin üretilmesi, ithal edilmesi, kullanılması ve kullanılmasının teşviki yasaklanmıştır. Ancak bu dönemler, 1960’lı yılların ortasında kabul edilmiş olan ve kısmi olarak antinatalist (doğurganlığı azaltıcı) hükümler içeren nüfus yasasıyla aşılabilmektedir. Bu sürecin sonucunda 1963-1967 dönemi Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda nüfus planlamasında aracı olarak kadınların RİA kullanımının teşvikine ilişkin düzenlemeler yer almıştır [46].

Türkiye’de 1960 öncesinde kontraseptif yöntemlerin kullanımına ilişkin bilgiler sınırlıdır. Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemleriyle Cumhuriyet’in ilk dönemlerinde İstanbul ve civarında özellikle geri çekme ve emzirmenin gebeliği önleyici yöntemler olarak yaygın bir şekilde kullanıldığı görülmüştür. Kontraseptif yöntemlerin kullanımıyla ilgili ilk bilgiler 1963 Türkiye Nüfus Araştırması’ndan gelmektedir. Bu araştırmanın sonuçlarına bakıldığında o dönemdeki kadınların, çoğunluğu geleneksel yöntemler olmak üzere, %22’si gebeliği önleyici herhangi bir

yöntem kullanmaktaydı. Bu bulgu, Türkiye’de 1965 Nüfus Yasası’ndan önce de gebeliği önleyici yöntemlerin kullanıldığını göstermesi açısından önemlidir. Daha sonra ise 1968 ve 1973 nüfus araştırmalarından elde edilen sonuçlar Türkiye’de kadınların sırasıyla %32 ve %38’inin gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullandığını göstermektedir [46].

Türkiye'deki nüfusla ilgili problemlerin tartışılmaya başlamasından sonra 1965 yılında TBMM'den geçirilen Nüfus Planlaması Kanunuyla istenilen zamanda ve sayıda çocuğa sahip olunabileceği hak olarak verilmiştir [37,47]. Kanunla aile planmasının eğitim olarak verilmesi, geri dönüşü olan gebelikten korunma yöntemlerinin serbest bırakılmasına izin verilmiş, abortus ve kısırlaştırma tıbben endike olduğunda serbest bırakılmıştır. Nüfusun artışıyla olan ekonomik etkiler tartışılmış ve aile planlamasının ekonomiye iyi bir katkısının olduğuna karar verilmiştir [47]. 82 anayasasının 41. maddesiyle ana-ocuk sağlığının korunması ve AP eğitimi teminat altına alınmıştır. Yapılan yasal değişikliklerle anne sağlığına yönelik tedbirler alınmıştır. Sağlık çalışanlarına aile planlaması eğitimleri verilmiş sertifika düzenlenmiştir [48].

Daha sonraki dönemde herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanan kadınların sayısı 1983 nüfus yasasının etkisiyle önce %50-60’a daha sonra 2000’li yıllarda %70 seviyesinin üzerine yükselmiştir. Son 40 yılda RİA ve diğer modern yöntemlerin kullanım oranları sürekli artmaktadır. Hap ile korunma yönteminin kullanımı durağanken, tüp ligasyon yönteminde kullanım oranındaki artış dikkat çekicidir [46].

Türkiye Nüfus ve Sağlığı Araştırmasında (TNSA-2013) görüşülen kadınların %33’ü, evli kadınların %47’si modern bir yöntem kullanıyorken, kadınların %18’i ve evli kadınların %26’sı geleneksel bir yöntem kullanmaktadır. Evli her dört kadından birinin (%26) geri çekme yöntemi kullandığı ve gebeliği önleyici yöntemler arasında kullanımı en yaygın olan yöntem olduğu görülmektedir. Evli kadınlar tarafından en çok tercih edilen modern yöntem de RİA’dır (%17). RİA’dan sonra en yaygın kullanılan yöntem ise erkek kondomudur (%16). Tüplerin bağlanması yöntemini kullanan evli kadınların %9 iken bu oranın hap kullanan evli kadınlardan (%5) daha yüksek olması dikkat çekicidir [49].

Adolesan döneminde gençler cinsel sağlık yönünden sorunlar yaşamaktadır [50]. Ülkemizde yıllardır kırsal kesimden daha büyük yerleşim yerlerine olan göç,

beraberinde bir takım toplumsal sorunlar da getirmiştir. Özellikle gençlerin bu süreçte doğru bilgi edinme ve normal davranışta bulunması risk altına girmiştir. Cinsel konularla ilgili yeterli çalışma ve döküman olmaması nedeniyle bu konudaki eğitim sorun olan bir süreç haline gelmiştir. Halkın eğitilmesinin ileride aile kuracak kişilerin, kendi çocukları için bu konuda eğitecek önemli bir kaynak olacağı vurgulanmaktadır [51].

Yine ülkemizde cinsel konuları tabu olarak görülmesi, güvenilir bilgi almayı engellemektedir. Gençlerin ilgili kuruluşlardan ve ailelerinden bu konudaki bilgileri rahatlıkla alamadığından akranlarıyla bilgi alışverişinde bulunmaktadır. Bu da akran eğitimcisi yetiştirilmesini önemli hale getirmektedir [52]. Ülkemizde cinsellikle ilgili eğitime 1974 yılında dikkat çekilmiştir. 90'larda HIV enfeksiyonlarındaki artış nedeniyle cinsel sağlık konularında gençlere yönelik birtakım çalışmalar yürütülmüştür. 1997 yılındaki bir çalışmada üreme sağlığı ile ilgili ders verebilecek eğitimciler yetiştirilmesi planlanmıştır. Yine bu konuyla ilgili 1999-2000 sezonunda Dokuz Eylül ve Uludağ Üniversitelerinde 900 eğitim fakültesi öğrencisine üreme sağlığı dersi verilmiştir [53].

1993'te Milli Eğitim Bakanlığı katkılarıyla değişik illerde kız öğrencilere yönelik eğitimler düzenlenmiştir. 2000-2001 yılında ise erkek öğrencilere aynı kapsamda eğitimler verilmiştir. Aileler, öğrenci ve öğretmenlere konuyla ilgili dökümanlar dağıtılmış ve bilgilenmeleri sağlanmıştır. Görülen ilgi üzerine bir sonraki eğitim yılında üreme sağlığıyla ilgili konular ilköğretim müfredatına alınmıştır. 2001'den 2005'e kadar yine Milli Eğitim Bakanlığı ve İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı beraber yürüttükleri "Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi" başlıklı çalışma hayata geçirilmiştir. 2004 yılında aynı çalışmaya akran eğitimi ilave edilmiş ve 13 öğrencinin akran eğitimi yapabilmeleri için sertifikasyon programları tamamlanmıştır [53].

AP'yle ilgili hizmetler, ülkemizde ana-çocuk sağlığı hizmetleri altında verilmektedir. Amaç ana-çocuk sağlığına yönelik tehditlerin ortadan kaldırılıp seviyenin yükseltilmesidir. Ayrıca bu alandaki sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlere göre önceliği vardır [54]. Türkiye'de AP'yle ilgili olarak Sağlık Bakanlığı danışmanlık, bölgesel destek, sağlık çalışanları ve toplumun eğitimi, eğitimde kullanılacak malzemelerin üretimine yönelik düzenli hizmetleri hayata geçirmektedir. Gebeler, düzenli ebe ve hekim takibine alınmıştır. Anneye doğumdan sonra uygulayabileceği AP yöntemlerinin

eğitimleri ve danışmanlık hizmetleri sağlanmıştır. Sağlık merkezlerinde sertifikalı sağlık çalışanları tarafından intrauterin araç yerleştirilmesi ve kontrasepsiyona yönelik enjeksiyonlar yapılmaktadır [55].

#### **2.4.2. Dünyada Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğilimleri**

1960'lardan sonra nüfustaki dengesiz artışın kalkınmaya olabilecek zararlı etkileri tartışılmaya başlanmıştır. 70'lere gelindiğinde daha çok demografik, 80'lerde sağlığa yönelik, 90'larda ise insan haklarına ve gereksinimlerine yönelik bir boyut kazanmıştır. Bununla beraber DSÖ düzenlediği 1974 yılında Bükreş, 1984 yılında Mexico City, 1994 yılında da Kahire merkezli toplantılarda kalkınmayla ilgili yaygın girişimlerin nüfus ve AP'nın bir bütün olduğu vurgulanmıştır [56].

Kontraseptiflerin kullanılmasının her ilaçta olduğu gibi olumsuz etkileri olabilir, ancak hiç kullanılmadığında karşılaşılabilecek sorunlar daha büyüktür. Ölümle sonuçlanacak sağlık sorunları hiçbir zaman göze alınamaz. Sağlık merkezlerinde hekim ve eğitilmiş sağlık personeli danışmanlığında uygun yöntem sunulduğunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar son derece düşüktür.

Dünya çapında doğurganlık yani kadın başına doğan çocuk sayısı 1950 yılında yaklaşık altı iken, 1998 yılında 3'e düşmüştür. En keskin düşüşler Doğu Asya (5,9'dan 1,8'e) ve Latin Amerika'da (6,0'dan 3,0'a) olmuştur [57]. Dünya nüfusu büyümeye devam etmektedir. 1960'lardan bu yana büyüme oranı azalsa da küresel nüfus her yıl 80 milyon artmaktadır. Bu da Almanya büyüklüğüne eşdeğerdir. Bu büyümenin neredeyse tamamı, dünyanın gelişmekte olan ülkelerinde yoğunlaşmıştır [58].

Yüksek doğurganlık, gelişmekte olan ülkelere masraf yükü getirebilir. Ekonomik kalkınma fırsatlarını engelleyebilir, kadınlar ve çocukların sağlık risklerini artırabilir ve içme suyu, eğitim, beslenme, istihdam ve daralmış kaynaklara erişimi azaltarak yaşam kalitesini bozabilir. Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlara yapılan anketler, büyük bir oranın (%10'dan %40'a) çocuk doğurmaya ara vermek veya sınırlamak istediğini, ancak kontrasepsiyon kullanmadığını göstermektedir. Bu bulgu, kontrasepsiyon için sürekli, karşılanmamış bir ihtiyaç olduğunu gösterir. Tarihsel olarak, gönüllü AP programları kontrasepsiyon için bu talebi doldurmada çok etkili olmuştur ve bunu yaparak gelişmekte olan ülkelerin yüksek doğurganlık oranlarının azalmasına yardımcı olmuştur [58].

Gelişmekte olan ülkelerde küçük aileler için kadınların tercihi, aile boyutunu sınırlamak ve doğumlar arasındaki aralığı arttırmak iken yüksek doğurganlıkta buna karşılık bir artış vardır. Burada bahsedilen tercihle gerçek davranış arasındaki boşluğu nüfus bilimciler "Daha fazla çocuk istemeyen veya bir sonraki gebeliklerini geciktirmek isteyen ancak kontrasepsiyon kullanımına karşı engelleri olan kadınların tutumu" olarak ifade ederler [58].

Aile planlaması programları, kontrasepsiyona ve daha geniş bir yöntem çeşitliliğine erişimin yanı sıra uygun kontraseptif kullanımı ve düşük sağlık riskleri hakkında daha fazla bilgi edinmeyi sağlayarak bu engellerin giderilmesine yardımcı olmuştur. Bu ihtiyaç azaltılarak istenmeyen gebelik sayısı da azaltılabilir. Çünkü istenmeyen gebeliklerde kürtaj oranı yükseleceğinden kadınlar için sağlık riski artmış olmaktadır. Örneğin, Rusya'daki doğurganlık oranı şu anda kadın başına yaklaşık 1,2 çocuktur. Rus kadınların böyle düşük doğurganlık oranına ulaşmasının sebeplerinden birisi, dünyadaki en yüksek düşük yapma oranlarına sahip olmasındandır [59].

Kontrasepsiyona artan erişim, düşük yapmayla sonuçlanma olasılığı olan bu istenmeyen gebelikleri önleyerek pahalı ve genellikle riskli olan bu son çare olarak görülen işleme karşı bağımlılığın azalmasına yardımcı olabilir. Örneğin, Macaristan'da 30 yıllık veriler, kontrasepsiyonla düşüklerin azaldığını göstermektedir. Yine 1990'larda kontraseptif hizmetlerin genişlemesine paralel olarak Güney Kore, Rusya ve Kazakistan'da düşükleri azaldığını gösteren veriler mevcuttur. Bangladeş'te yapılan bir çalışmada iki ilçenin AP ile ilgili deneyimleri karşılaştırılmış ve daha etkili AP programına sahip olan yerde daha az düşük oranları tespit edilmiştir [60].

Çiftlere bir çok kontraseptif seçenek sunan AP programları, gelişmekte olan dünyada kontraseptiflerin kullanımında keskin artışlara yol açmıştır. Bu eğilim, 1960'ların ortalarından beri doğurganlık oranları üzerinde belirgin bir etkisi olmuştur. Doğurganlığı azaltma eğilimi olan ekonomik büyüme ve kontrol, AP programlarının 1965-1990 döneminde dünyada doğurganlıkta %43 civarında bir düşüşten sorumlu olduğu tahmin edilmiştir. Dahası, etkili AP ve ekonomik büyümeyle birlikte kontraseptif, prevalansı artırmaya ve doğurganlığı azaltmaya yardımcı olan sinerjistik bir etkiye sahiptir [61].

AP, doğumla ilişkili mortalite riskini azaltabilir. Doğumda ölüm, gelişmiş ülkelere göre gelişmekte olan ülkelerde her doğum için neredeyse 20 kat daha fazladır.



Çoğu tekrarlayan gebelikte bu risk büyür. Yaklaşık 6.0 fertilité oranı olan Sahra altı Afrika'daki toplam doğurganlık hızında, ortalama kadın ölüm oranı 1/18'dir. Doğurganlığı yarı yarıya azaltmak da bu riski yaklaşık yarıya azaltacaktır [61].

Kontrasepsiyonun etkili kullanımı, kadınların ilk doğumlarını 20 yaşına kadar veya daha sonra, doğum aralığını en az iki yıl kadar ertelemelerini ve kürtajla sonuçlanabilecek istenmeyen gebeliklerin sayısını azaltmalarını sağlayarak anne ölümlerini de azaltabilir. Kanada ve İskandinavya'da yapılan çalışmalar, etkili cinsel eğitim ile birlikte kontrasepsiyona erişimin, genç kadınlar arasında gebeliklerin ve kürtajların azaldığını gösterdi. Güvenli kürtajların mevcut olmadığı durumlarda, istenmeyen doğumlarla ilişkili mortaliteyi azaltmanın bir aracı olarak etkili AP daha da önemlidir [61].

Daha düşük doğurganlıkta daha sağlıklı çocuklar dünyaya gelir. Yakın aralıklı çocuklar (iki yıldan az), birçok kardeşi olan çocuklar, daha genç ve daha yaşlı annelerden doğan çocukların hepsi daha yüksek mortalite riskleriyle karşı karşıyadır. Örneğin, iki yıldan az bir süre aralıklarla doğan çocukların, yaşamın ilk yılında, en az iki yıllık bir aradan sonra doğanlara göre ölme ihtimalinin iki katı olduğunu göstermektedir. Ayrıca, yakın aralıklı gebeliklerin düşük doğum ağırlığı bebeklere neden olma olasılığı daha yüksektir. Son olarak, yakın aralık olması çocuk beslenmesinde ve çocuğun bulaşıcı hastalığa karşı direncinin oluşturulmasında hayati bir role sahip olan emzirmeye de etki eder. AP, kadınların doğumlar arasında optimum aralık elde etmesine yardımcı olabilir [62].

Okul çağındaki çocukların sayısındaki azalma okullardaki yükü azaltır. Ayrıca ailelerin ve ulusların eğitime daha fazla yatırım yapmasına, gelecekteki iş gücünün kalitesini artırmasına olanak tanır. 1970 ve 1990 arasındaki dönemde, Güney Kore'deki doğurganlık seviyeleri, aile başına dört çocuktan ikiden daha azına düştü. Aynı zamanda, net ikinci kayıt %38'den %84'e yükselirken, öğrenci harcamaları üç kattan fazla arttı [63].

Daha düşük doğurganlık, çevre üzerindeki baskıları da azaltabilir ve sağlık hizmetleri gibi kamu hizmetleri için konut ve istihdam ihtiyaçları gibi diğer baskılarla uğraşmak ve su gibi tipik olarak sınırlı kaynakları yönetmek için uygun bir süre sağlayabilir [63].

Makroekonomik düzeyde, azaltılmış doğurganlık, bazı ülkelerde sosyo-ekonomik kalkınma için uygun koşullar yaratmaya yardımcı oldu. Bunun başlıca örneği, Asya Ekonomik Mucizesi denilen olaya neden olmuştur. 1960'dan 1990'a kadar, dünyanın en hızlı büyüyen beş ekonomisi Doğu Asya'daydı: Güney Kore, Singapur, Hong Kong, Tayvan ve Japonya. Diğer iki Güneydoğu Asya ülkesi, Endonezya ve Tayland, çok geride değildi. Bu 30 yıllık dönemde, Doğu Asya'daki kadınlar, doğurganlıklarını tek jenerasyonda ortalama altı çocuktan veya daha fazladan, iki veya daha azına indirdiler. Doğu Asya ülkelerinin deneyiminin analizi, son on yılda doğurganlık azalmalarının sadece bağımlılık yüklerini değil, aynı zamanda tasarruf oranlarına katkıda bulunarak yabancı sermayeye bağımlılığını da azalttığını göstermektedir [63].

Yüksek doğum ve ölüm oranlarından, düşük doğum ve ölüm oranlarına doğru gerçekleşen değişim ülkeler için bir demografik kazanç ya da demografik bonus yaratabilmektedir. Daha düşük doğurganlık nüfustaki çocukların oranını azaltarak sosyoekonomik kalkınmayı teşvik edebilmektedir. Çocukların yetişkinlere oranı düştüğünde demografik bonus oluşabilir: daha az çocuklu aileler, birikim veya yatırım yapmak için daha fazla olanak elde ederek gelirini artırabilir [63].

Gelişmekte olan ülkeler, AP programlarının tek yararlanıcıları değildir. Uluslararası AP programları için fonların yaklaşık dörtte birini sağlayan donör ülkeler de en az üç şekilde yararlanmaktadır [63]:

**Potansiyel ticaret ortaklarının ekonomik gücünü arttırarak:** AP, ihracatı teşvik etmek için tasarlanmış dış yardıma doğrudan eşdeğer değildir, ancak etkileri daha geniş ve daha uzun sürebilir. Eğer gelişmekte olan ülkeler daha düşük nüfus artışı ve gelişmiş ekonomiler sağlanması durumunda, donör ülkelerdeki önemli pazarlar ve artan ihracat ve yatırım fırsatlarından giderek daha fazla istifade edeceklerdir. ABD'de, son on yılda ekonomik büyümenin üçte biri ihracat tarafından sağlandı. Yurtdışı güçlü ekonomiler bu eğilimde belirgin bir şekilde rol aldı. Örneğin, ABD destekli AP programlarından büyük ölçüde yararlanan iki Asya ülkesi; Güney Kore ve Tayvan ABD'nin büyük Ticaret ortakları haline geldi [63].

**İstikrarı ve işbirliğini geliştirmek:** Gelişmekte olan ülkelerdeki güçlü ekonomiler siyasi istikrarı teşvik eder ve güvenlikten küresel ısınmaya, kontrolsüz göçe kadar uluslararası konularda işbirliğini kolaylaştırır [63].

Birincil donör ülkeler ABD, Almanya, Birleşik Krallık, Japonya ve diğer dokuz ülke Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün üyeleridir. Tarihsel olarak, ABD dünya çapındaki nüfus programlarına en önemli teknik yardım sağlayıcı olarak en büyük katkıda bulunmuştur. Ancak, ABD'nin dünya lideri olarak rolünden vazgeçmeye başladığının işaretleri vardır. 1996 yılında Kongre, ikili uluslararası AP fonlarını %35 oranında azalttı ve bu kesintileri daha da kötüleştiren külfetli yasal kısıtlamalar getirdi. Bu fonların bir kısmı ertesi yıl restore edilmiş olmasına rağmen, 1997 ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID) 385 milyon dolarlık finansman, 1995'in 542 milyon dolarlık zirvesinin çok altındaydı. Ayrıca, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve diğer çok taraflı araçlar için ABD desteği son yıllarda azalmıştır [64]. Bu düşüşlerin küresel finansman ortamına etkisi belirsizdir. Diğer donör ulusların farkı telafi edip edemeyeceği açık değildir. Bir dizi tahmine göre, 1996-1997 döneminde AP için dünya çapında azaltılmış fonların etkileri dramatik etkilere sahip olabilir: Gebelik ve doğumdan daha fazla kadın ölümü. Yüksek riskli doğumlardaki artışların sonucu olarak binlerce bebek ölümü. Gelişmekte olan ülkelerde birkaç milyon çift, modern kontraseptiflere erişimi kaybedecek ve milyonlarca istenmeyen gebeliğe neden olacaktır. Bu gebeliklerin önemli bir kısmı kürtajla sona erecektir [65].

## 2.5. Cinsel Bilgi Kaynakları

Yapılan çalışmalarda ülkemizde cinsel aktivite yaşının düşmekte olduğu ve gençlerin yanlış cinsel tutumları nedeniyle risk altında olduğu rapor edilmiştir [66].

Gelişmekte olan ülkelerdeki ergenlerin cinsel aktivitelerindeki erken başlangıç ve artış, erken yaşta cinsel olgunlaşma, cinsel bilgi eksikliği, kentleşmedeki kültürel değişikliğe bağlıdır [67].

Akranlar, kitaplar ve dergiler, cinsellik hakkında en sık kullanılan bilgi kaynakları olmasına rağmen internet artık bu kaynakların önüne geçmiş durumdadır [44]. İnternet, cep telefonları gibi medya teknolojileri, cinsel açıdan açık materyalleri gençlere her zamankinden daha erişebilir hale getirmiştir. Medya, bazı gençlerin daha erken yaşta cinsel aktivite yaşanmasında önemli bir rol oynamaktadır [68]. Açık cinsel içeriğin erişebilirliğinin artması konusundaki endişelerin çoğu, gençlerin bu maruziyet nedeniyle cinsel davranış ve istenmeyen tutumlar karşısında gerçekçi olmayan fikirler geliştirebilmesidir [69].

Cinsel bilgi ve tutumlar üzerine mevcut kaynaklar büyük ölçüde HIV/AIDS üzerinde durmaktadır. Hızlı kentleşmenin arka planı ve cinsel materyallere kolay erişim göz önüne alındığında, gençlerin cinsel davranışlarını inceleyen çok araştırma yoktur. Cinsel ihtiyaçların önemi, cinsel konularda olan gizlilik, bilgi eksikliği ve ücretsiz erişim göz önüne alındığında riskli davranışlarda bulunma tehlikesinin olmasındandır. Cinsel davranışlarla ilgili çalışmalar, genç yetişkinlerin evlilik öncesi cinsel ilişki, mastürbasyon, pornografi izlemek, telefon, sosyal internet siteleri, sohbet ortamlarını kullanarak cinsel davranışlarında risk oluşturan uygulamalara katılabildiğini göstermektedir [70,71]. Cinsel aktivitenin erken yaşta başlaması, prezervatif kullanımının az olması, daha fazla sayıdaki cinsel partner; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve plansız gebeliklerle ilişkilidir [72,73].

Yıllar içerisinde gençler arasında erken yaşlarda ilişkiye girenlerin sayısı hızla artmaktadır. Pornografik filmlerin tam cinsel ilişkiyi yüksek olasılıkla yordayan bilgi kaynağı olması sağlıklı ve doğru cinsel bilgi kaynaklarına gereksinim olduğunu göstermektedir. Gençlerin sağlıklı bilgi kaynaklarına ulaşmaları ve doğru bilgileri edinmeleri koruyucu ruh sağlığı ve cinsel kimlik gelişimi açısından önemlidir [74]

## **2.6. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar**

CYBE, öncelikle kişiler arası cinsel temas yoluyla yayılan durumlardır. CYBE'lar oral, vajinal veya anal ilişki yoluyla bulaşabilir. Bir CYBE'nin bulaşmasının infertilite, kanser ve hatta ölüm dahil çeşitli sonuçları olabilir. CYBE'ler önlenemez infertilitenin en sık nedenidir ve ektopik gebelikle güçlü bir şekilde ilişkilidir. CYBE, HIV enfeksiyonu bulaşma riskini artırabilir; Bu nedenle CYBE'lerin önlenmesi, HIV enfeksiyonlarının önlenmesinde önemli bir stratejidir. Etkilenen bireylerin acı çekmesi aynı zamanda halk sağlığına etkileri ve insanlığa toplam maliyet anlamında büyük öneme sahiptirler [75].

CYBE daha çok genç erişkinlerde ortaya çıkmaktadır [76]. 20-24 yaşları arasında en fazla olmakla beraber daha az sıklıkta sırasıyla 15-19 ve 25-29 yaşları arasında rastlanmaktadır. Adolesan döneminde yaşananlar, ilişkiler, davranışlar, tecrübeler geleceği etkilemektedir. Cinsellikle beraber AP ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar birlikte değerlendirilmelidir [77]. Bu hastalıkların başkalarına yayılmadan hatta ölüme sebep olmadan erken teşhis edilmesi ve tedavisinin hızlandırılması gerekir [54].

CYBE küresel olarak büyük sağlık ve ekonomik yük getirmektedir. 35'ten fazla bakteri, viral ve parazitik patojen, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon çeşidi olarak tanımlanmıştır. İyileştirilebilir CYBE'lerin 498,9 milyon yeni vaka, 2008 yılında 15-49 yaşları arasında yetişkinlerde meydana gelmiştir; bu, 2005'teki tahmini 448,3 milyon yeni vakanın %11,3'ü idi. Genel olarak, düşük ve orta gelirli ülkeler, CYBE yükü yüksek gelirli ülkelerde daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir [78]

Bu enfeksiyonlarda sık gözlemlenen bulgular [75];

- İdrar yaparken ağrı hissi, idrara çıkmada artma
- Genital bölgede yara
- Genital bölgede siğil veya uçuk
- Kollarda, bacaklarda kızarma, döküntü
- Genital organlarda kaşıntı
- Ateş ve üşüme
- Ağız yaraları
- Kasık ve cilt altında lenf bezlerindeki büyümeye bağlı şişlikler
- Erkeklerde cinsel organdan sarı-yeşil akıntı gelmesi, Kadınlarda adet düzensizlikleri, inguinal bölge veya lomber gölgede ağrı, ilişki sırasında ağrı hissi sık görülen belirtiler olarak sayılabilir.

Ülkemizde öğrencilere yönelik yapılan bir çalışmada cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili bilgi edinmede interneti kullandığını söyleyenler çoğunlukta iken sağlık kuruluşlarını bilgilendirmede kullananlar %15'ten az olarak bulunmuştur. Ancak gençlerin yeterli bilgi sahibi olamaması nedeniyle internetten yeterli ve doğru bilgi alamadıklarını düşündürmüştür. Yine aynı çalışmada bilgi edinmede ailesinden yardım alanlar üçte birden az oranda bulunmuştur. Bu da cinselliğin tabu olarak düşünülmesine bağlanmıştır. Kızların anneye yakın olduğunu düşünüldüğünde yine aynı çalışmada kız öğrencilerin aile konusundaki sonuçlarının düşük çıkması tabu olarak düşünülüğünü desteklemektedir [79].

Hepatit B enfeksiyonu ve HIV enfeksiyonlarının CYBE'lar içinde en fazla gözlenenler olduğu bildirilmiştir [73]. CYBE'lardaki artışa; bilhassa gelişmekte olan ülkelerde konuyla ilgili eğitimin yetersiz olması, cinsellik deneyim yaşının giderek düşmesi, partner sayısının artması, prezervatif kullanılmaması neden gösterilmiş ve ayrıca tıbbi imkanların artmasıyla sağlık merkezlerine başvuruların artması tespit edilmelerini arttırmıştır [80].

Vajinadan akıntı olmasa bile CYBE yönünden anamnezde pozitif işaretler varsa dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır. Hastanın menstrüel siklusta olması değerlendirmeye engel değildir. Trikomonyazis ve diğer bakteriyel vajinozislerde sıklıkla 4,5'tan fazla olmak üzere vajinada pH artmıştır. Çok spesifik olmasa da Tricomonas, serum fizyolojik damlatılarak hazırlanmış preparatlarda gözlenebilir. Kandida tanısında ise potasyum hidroksit damlatarak hazırlanmalıdır. Kandida bulguları olan bir hasta, preparatlarda etken görülmesi bile tedavisine başlanmalıdır [81].

Bakteriyel vajinozis tanısında; vajinal pH 4,5'tan fazlaysa, yan duvarlar üzerinde beyaza yakın pürüzsüz akıntı, şüpheli hücre oranının %20'den fazla olması ve potasyum hidroksit eklenmesiyle balık kokusuna benzer bir koku tespit edilmesi kriterlerinden üçü tanı için yeterlidir. Şüphe söz konusu olursa Gram boyamaya başvurulabilir. Bakteriyel vajinozis tanısında Gr(-) mikroorganizmaların Gr(+) laktobasillerden yani normal floradan fazla olması destekleyicidir. Bakteriyel vajinozis olgularında semptomları olanlara tedavi verilmelidir. Vajinal akıntı hikayesi varsa ancak muayenede ve mikroskopide bulgu tespit edilemez ve yakınmalar devam ederse bir hafta içinde tekrar kontrol edilmelidir, hatta en az iki gün vajinaya yıkama uygulanmadan gelinmelidir [81].

Genital herpes etken Herpes Simplex virüsüdür. Lezyon tespit edildiğinde ilişkide bulunulmaması tavsiye edilir. Eşler bilgilendirilir ve enfeksiyon bulunmayan eş için kondom önerilir. Gebeliği bulunanlar için ise doğumda bebeğe bulaşabileceği konusunda bilgilendirilir [81].

Sifiliz ise Treponema pallidum'un neden olduğu bir hastalıktır. Sadece lezyonlar varlığında cinsel yoldan bulaşır. Sifilis tanısı alan birisiyle tanı öncesi doksan günde ilişkide bulunanlar tedavi edilmelidir. Tedavisi yıllardır değişmeden kullanılan penisilindir [81].

Human Papilloma Virüs ise genital bölgelerdeki siğillerin etkenidir. Siğillerin tedavi edilmesi başkasına geçmeyeceği anlamına gelmez. Kriyoterapi sık kullanılan bir tedavi yöntemidir [81].

HIV enfeksiyonlarında hedef T-lenfositleridir. T-lenfositlerinin bağışıklıkta önemli bir rolü olması nedeniyle HIV enfeksiyonları aktive olduğunda bağışıklık sistemi zayıflar. Aktive olmadan yıllar boyunca enfeksiyon latent kalabilir. Hastalığın klinik bulgularının çıkmasının 2-10 yıl arasında hatta daha uzun olabileceği bildirilmiştir. HIV enfeksiyonlarında tüberküloz veya Pneumocystis carini pnömonisi gibi fırsatçı enfeksiyonlar gözlenebilir. Kaposi sarkom denilen malignitenin görülme ihtimali artar. HIV taşıyıcıları sürekli bulaştırıcıdır [81].

## 2.7. Gençlerde Cinsellik

Dünya Sağlık Örgütüne göre; “10-19 yaş; ergen, 15-24 yaş; genç, 10-24 yaş; genç insanlar” olarak tarif edilmektedir. Sayı olarak 1,2 milyardan fazla, ergenler dünya nüfusunun %20'sini oluşturuyor. Mutlak sayılarının artmaya devam etmesine rağmen, azalan doğurganlık oranlarına bağlı olarak dünya nüfusunun oranının gelecek 20 yıl boyunca düşmesi bekleniyor. Ergenlerin %85'inden fazlası gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır; Nüfusun dünyanın en gençleri olduğu birçok Sahra altı ülkesinde, ortanca yaş 15-16'dır. Sonuç olarak, genç nüfustaki nüfus artışının büyük çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmesi bekleniyor [6]

Ergenlik dönemi, çocukluk döneminden erişkin döneme geçişin olduğu bir ara dönemdir. Hızlı büyüme ve gelişmenin olduğu dönemde, dönemselsel ve çevresel farklı gereksinimler ortaya çıkabilir. Kimi daha hassas olup destek ihtiyacı duyar. Kızlarda adet kanamalarının başlaması ve erkeklerde de gece boşalmaları nedeniyle birtakım karışıklıklar yaşanır. Erken başlayan ve korunmanın olmadığı beraberliklerden doğabilecek sorunlar vardır ve sonucun ne olacağının farkında olmadan veya hesap edilmeyen bir cinsellik yaşanmaktadır [82].

Hızlı gelişen ve büyümekte olan kentler, zorlaşan ekonomik koşullar, savaş, göç, aile bağlarındaki zayıflamalar erken cinsellik yaşamaya itmektedir. Evlilik öncesi aşağı yukarı on yıl belki daha fazla cinselliğin aktif olduğu bir süreç yaşanmaktadır. Bu süreçte gençler, partnerlerini risklerden, baskılardan koruyabilmelidir [82].

İnsanlar cinsellik nedeniyle şiddete, istismara maruz kalabilmektedir. Kadınlardaki bu mağduriyet genel olarak erkeklere göre daha fazladır. Çoğu kadına küçük yaşta evlenmeme, gebeliklerde daha uzun aralık bırakma ve korunmadan cinsel ilişkiyi red şansı verilmemektedir. Genç yaştaki doğumlarda anne ölüm riski 2-3 kat artmaktadır [82].

Gençlik döneminde vücutta olanların farkındalık ve nerelerden destek alınabileceği ile ilgili bilgi yetersizliği vardır. Diğer yaşlarda görülebilen birçok hastalığa yakalanma riskleri vardır. Bilgi eksikliği nedeniyle sağlık merkezlerinden yeterince faydalanamazlar [82].

Ergenlerde fiziksel değişiklikler oldukça cinsel davranışlarına da yansiyabilir. Yetişkinlikteki cinsel aktiviteye hazırlık, merak ve deneme yanılma şeklindedir. Vücutuyla ilgilenirken etrafındakilere karşı da cinsel merak içinde olabilirler. Zamanla meraklar yerini cinsel tecrübelerle bırakır, öpme, okşamaya benzer kısıtlı bir aktivite ile daha ileri gidilmeye başlanır. Bu dönemin sonunda artık daha uzun ve duygu yönü ağır basan birlikteliklere hazırdır [82].

## **2.8. Gençlerde Riskli Davranışlar**

Fiziksel ve ruhsal değişimin yoğun olduğu adölesan dönemde uyum sorunları yaşanabilmekte ve bunlar gencin davranışlarına yansiyabilmektedir. Kendini kanıtlamak, bulunduğu ortama ayak uydurmak için riskli davranışlarda bulunabilirler [83]. Bu tür davranışlar kalıtım, hormon dengesi, aile ve toplumun değerleri ve medyanın çok etkisi altındadır [83,84].

Dryfoods, gençlerin kendini tanıması, kendi kurallarını koyması, sorunlara yaklaşımı, aldıkları kararlar, duygusal anlamda bağımsızlık kazanmak benzeri yetişkin olmaya başlamadaki değişimler baskıya neden olup riskli davranışlar göstermelerine neden olabileceğini varsaymıştır [85]. Ayrıca Jessor bireysel, sosyal veya gelişimsel anlamda sonuçları arzu edilmeyen şeylere sebep olan hayati tehlikesi olan sağlık açısından zararlı davranışlar olarak tanımlanmıştır [85]. Sıklıkla ergenlik dönemine dayanan bu davranışlar, hayatın sonraki dönemleri içinde de sorunlar yaşanmasına neden olabilir ve sorumluluk taşıma seviyesine gelmeyi engeller [86,87].

Suçta karışma, sigara-alkol veya madde kullanmak, enerji içecekleri içmek, kendine zarar vermek, intihara teşebbüs, risk içeren şekilde trafikte seyretme ( alkol



olarak veya emniyet kemeri takmadan, aşırı süratli, sürücü belgesi olmadan), erken cinsel deneyim, ilişki sırasında korunmamak, ev veya okuldan kaçmalar, okulu terk etmek, derslere karşı ilgisiz olma, sağlıksız beslenme, hareketin olmadığı yaşam, diyet uygulamak bu davranışlara dahildir [83,84,86,88].

Pek çok kültürel tabuya rağmen, ergenlerin büyük bir kısmı cinsel olarak aktiftir. Guttmacher Enstitüsü'ne göre, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ergenlerin %68'i ve Fransa'da %72'si 20 yaşına kadar evlilik öncesi cinsel ilişki yaşamıştı; Sahra altı Afrika'daki kadınların %43'ü ve Latin Amerika'daki 20 yaş üstü kadınların %20'si evlilik öncesi cinsel ilişki yaşamıştı. Erken yaşta cinsel aktivitenin gebelik, AIDS dahil birçok cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların yayılması gibi birçok sonucu vardır. Ergenlik daha erken başlamaya meyillidir ve ortalama evlilik yaşı da arttıkça, ergenlerin bugün evlilik öncesi cinsel ilişki yaşama ihtimalleri daha yüksek olmaktadır. Ergenlik döneminin başlarında cinsel aktivite, zorlama ve istismarla ve madde kullanımı gibi diğer riskli davranışlarla da ilişkilendirilebilir. [89].

Ergenlikte gebelik, genç kadınlar, erkekler ve toplulukları için sanayileşmiş ve gelişmekte olan dünyada yaygın bir durumdur. Her yıl, ergenlerde 14 milyondan fazla doğum olmaktadır. Bu doğumların büyük çoğunluğu (>%90) Sahra altı Afrika, Asya ve Latin Amerika gibi ülkelerde ortaya çıkıyor [89].

Çoğu bölgede, ergen gebelik, birden fazla cinsel partnere sahip olmak, CYBE, kontrasepsiyon almama ve alkol kullanımı dahil olmak üzere riskli davranışlarla ilişkilidir. Gebeliğin erken dönemleriyle zayıf ekonomik veya eğitim olanakları arasındaki ilişki giderek artmaktadır. Ergenlik sırasındaki çoğu gebelik istenmeyen ya da plansızdır, gençler genellikle annelerin kullanabileceği kaynak ve becerilerden yoksundur. Güvenli ve yasal kürtaj hizmetlerine erişim doğum oranlarının belirlenmesinde önemli bir faktördür. Ergen cinselliğinin insani gelişimin normal bir parçası olarak kabul edildiği ve gençlerin kontrasepsiyon ve kürtaj için erişime sahip olduğu İskandinavya gibi bölgelerde doğum oranları düşüktür. Önemli olarak, doğum kontrolüne erişim, erken cinsel aktivite oranlarındaki bölgesel farklılıkları değil, ergen doğum oranını belirlemede kilit bir faktördür [89].

Ergenler doğum kontrol yöntemini yetişkinlerden daha düşük oranda kullanırlar. Kontraseptif seçenekleri hakkında bilgi sahibi olan ergenlerin oranı artmaktadır, ancak ergenlerin önemli bir oranı, cinsel sağlık ve gebelik hakkında temel bir anlayışı yoktur.

Ergenler, yetişkinlerin kullanabildiği her türlü doğum kontrol yöntemini teorik olarak güvenle kullanabilirler. Aile planlaması hizmetlerine erişim eksikliği, özellikle yoksul ve eğitimsiz kişiler arasında yaygındır. Gençler risk alan kişiler olma eğilimindedir ve gebe kalmadıklarını düşünen bir tavır sergileyebilirler. Kontrasepsiyonu düzenli olarak kullanmak için önceden plan yapma kararına sahip olmayabilirler. Doğum kontrolünün maliyeti sınırlayıcı olabilir. Gençler sağlık sigortasına sahip olmayabilir veya gizlilik sorunları nedeniyle ebeveynlerinin sigortasını kullanmak istemeyebilir [89].

Gelişmekte olan ülkelere özel hastalıkların en fazla nedenleri arasında düşük kilo, fazla kilo, korunmasız cinsel ilişki, sigara-alkol, meyve-sebze az tüketimi, madde kullanımı, hareketsizlik, kontraseptif yöntemlerin az kullanılması gibi adolesan davranışları yer almaktadır [89].

Ergenlerde arkadaşları nedeniyle dışarda ve fast-food tarzı yemede artış olabilir. Besleyici olmayan yiyeceklerin tüketilmesi aşırı kilo veya tam tersi düşük kiloya neden olabilir. Ayrıca düzgün bir fizik yapılarının olması gayretiyle diyetle başvurmaergen yaş grubunda daha sık görülür. Yanlış uygulamalar nedeniyle büyümede ve gelişmede gerilik olabilmekte, anoreksi gibi psikiyatrik süreçlerle karşılaşılabilir [89].

Bu dönemde görülen sık ölüm nedenlerinden biri de trafik kazaları, yüksekten düşme, yanıklar, intoksikasyonlar, suda boğulma, delici-kesici alet veya ateşli silahlara bağlı yaralanmalardır [89].

Yapılan çalışmalarda genç kadınlarda kendine zarar verme ve intihara teşebbüs fazla görülürken madde kullanmak, şiddete başvurma, erken cinsel deneyim ve intihar genç erkeklerde görülmektedir [87,107].

Mahremiyetine saygı duyan, güvenlerini sağlayan ve yargılayıcı olmayan ve yüksek kalitede sağlık hizmeti, ergenler için çok önemlidir. Destekleyici ve besleyici sosyal ortamlar, eğitim ve ekonomik fırsatlarla birlikte, bu dinamik nüfusa kendileri ve toplum için iyi seçimler yapabilmek, beceri ve kaynaklar sağlamak gereklidir [6].

## **2.9. Ergenlerde Psikososyal Gelişim**

Ergenlik dönemi hayattaki en önemli değişim sürecidir. Beyinde, hormonlarda, fiziki gelişimde ve genital sistemde değişiklikler meydana gelir. Bu dönemdeki psikososyal gelişme, ergenlikteki genci pozitif bir görünüm ve benlik geliştirmeye

zorlar. Bu kimlik geliştirme sürecinde fizik, mental ve sosyal kabiliyetlerde gelişme, emosyonel ve mental olgunlaşma, cinsel kimlik bulunmaktadır [90].

Bu gelişim sürecinde,

- 1- Duygu ve davranışlarda bağımsızlık, ailesinden bağımsızlık,
- 2- Yetişkin modeli için gereken bilgi ve tecrübeleri edinmek ve meslek edinmek,
- 3- Cinsellikte olgunlaşma, cinsel sağlık ile ilgili bilgi edinmek,
- 4- Gerçekçi ve olumlu bir benlik geliştirmek,
- 5- Yaklaşmayı öğrenip birisiyle eş olabilme tecrübeleri edinmek esas işlevleridir.

Cinsiyetini hissetmek olan cinsel kimlik iki yaş civarında gelişir. Ergenlik döneminde iyice açığa çıkar. Cinsel kimlik, kişinin kadın ya da erkek şeklinde görsel ifadesi ve diğerleriyle cinsel yaklaşabilmenin farkında olmaktır [91]. Homoseksüel eğilimler de bu dönemde belirginleşir ancak hafiftir ve tam yerleşmemiştir. Aslında bu heteroseksüellikten tamamen homoseksüelliği geçişin olduğu bir devre olduğu varsayılmaktadır.

Herkesin çevre ile etkileşimi, uyumu, yaşamaktan zevk almasını, ileriye yönelik alacağı kararlarda etkili olan faktörlerden biri benliktir. Benlik, kişinin gelişme sürecinde önemlidir. Freud'un tarifine göre kişiliği; id, ego, süperegoyu oluşturur. Bu sistemler etkileşerek davranışı oluşturur [92].

İd: Ailesel olarak geçen dürtülerden meydana gelir. Ego ve süperegoyun çalışması için gerekli enerjiyi temin eder. Fazla güç toplanmasına dayanamaz. Enerjinin fazlasını deşarj eğilimindedir (haz ilkesi).

Ego: İd'in denetlenmesi bilinçdışında kalmasını sağlar. Doğumdan itibaren vardır. İnsan biyolojisiyle ve gerçeklerle uygunluğu olmayan fiilleri bilinçaltında süprese eder. Kişilikten sorumlu olan egodur. İçerde ve dışarda uyumdan sorumludur. Bir şey için hayatını hiçe sayabilen egodur. İd'le, süperegoyla ve dışarda ters düşen arzuları dengeler.

Süperegoyu: Toplumdaki kuralları içerir. Doğumda yoktur. Görevi; id'e ait istekleri denetlemektir. Yani cinsellik ve agresif tavırları içeren topluma ters düşen

isteklerdir. Egonun gerçekler yerine toplumun geleneklerine yönelmesini sağlar. Hatasız olmak için uğraşır.

Kişilik gelişiminde id'in işlevi insan biyolojisiyle, egonunki ruhsal, süperegonunki toplumla ilgilidir. Freud, psikanalizi tariflediğinde kişilikle ilgili bir şekil açıklamıştır. Buna göre normal hayat, farklı seviyelerde bilinç ile anlatılmaktadır. Bu seviyeler [92];

- Bilinç, dışarıdan veya vücuttan gelen duyumları değerlendiren zihin kısmıdır. Vücut bir bakıma ihtiyaçlarına göre tercihler ve elemeler yapmaktadır.
- Bilinçdışı, bilincin fark ettiklerinin haricinde kalanları kapsar. Uğraşı sonucu bilinç seviyesine getirilmeyen, dikkat edilmeyen hayat kesitlerinin bulunduğu kısımdır. Burada saklı olanlar sadece serbest çağrışım, rüyada görmek ile ve normal olmayan psikolojik bulgularla kendini belli eder.
- Bilinçaltı, dikkat kesilerek fark edilebilen zihinsel hadiselerdir.

Erik Erikson, ergenlik döneminden yaşlılık dönemine kadar olan sekiz süreç tanımlamıştır. Her devrenin kendine ait aşılması gerekli olan sıkıntılı, bir karşı düşme süreci vardır. Kişiliğin oturmasında bu süreçlerin sağlıklı aşılması gerekir. Aşılamazsa diğer devrede bile devam eder, atlatılmadığı sürece sorun olmaya devam eder [92].

0-1 yaş arasında olan ilk dönemde bebekte, etrafındakilere güvenle ilgili hisler vardır. Bebeğin gereksinimlerini karşılayan annesi veya belki de başka birisine karşı oluşan güven hissi, ilerisi için sosyalleşmenin temelini oluşturmaktadır. 1-3 yaş arasındaki dönemde ise çocuk artık yürüyebiliyor ve hatta etrafıyla iletişim kurabiliyordur. Bu dönemde çocuk bağımsızlık istemektedir. Bu nedenle yemek, oyuncaklarını kaldırması, giysi değiştirmesi, basit sorunlarını çözmekte kendi haline kalması desteklenmelidir. Bu şekilde kendisini bağımsız hissetmesi sağlanır. 3-6 yaş arasında geliştikçe etrafını daha çok sorgulamaya başlar, daha çok girişken olur. Anaokullarındaki eğitimde ebeveynler veya eğitimciler çocukların oyunlarda atlama ve koşmasında kısıtlayıcı olmamalı ki girişken olabilsinler. 6-12 yaş arasındaki dönemde ise okul hayatından dolayı sosyal çevresi büyür. Okuldaki arkadaş çevresi ve

öğretmenler, aileye göre daha etkili olmaya başlar. Yetişkinler gibi alet kullanıp üretici olma gayreti vardır. Destek gördükçe de başarmak isteği gelir. Tam tersine destek görmez, hatta eleştirilirseler, değersiz hissedip aşağılanırlar. 12-17 yaş arasında kimlik aramaktadır. Vücudunda birtakım değişiklikler gelişirken aynı zamanda eğitimi ve ilerideki mesleğiyle ilgili karar alma sürecindedir. Akranlarının daha fazla etkisi altındadır. Erikson, bu dönemin sorunsuz geçilmesi halinde özgüvenin yerleşeceğini savunur. Bu dönemde etrafında örnek alabileceği erişkinlerin olması önemlidir. Erikson'a göre hayat boyu özgüvenli ve başarılı olabilmek bu dönemin sağlıklı atlatılmasına bağlıdır. Altıncı dönem, aşağı yukarı 18-26 yaş arasındaki süreçtir. Karşı cinsiyetle arkadaşlık bu dönemde fazladır. Meslek yaşantısı ve aile kurmak daha fazla önemsenir. Bu sürecin sağlıklı atlatılması halinde sevgi alma ve verme yetisine sahip olunur. Yedinci dönem yetişkinliğin ortalarına gelir. Üretici olmak, soyunu sürdürmek eğilimindedir. Üretici olamadığında işe yaramadığını düşünüp depresyona girebilir. Dışarıda da toplum için iyi şeyler yapma isteğindedir. Başarılı olamazsa etrafına ilgisiz davranabilir. Çıkarları ön planda olur. Mutsuzdur. Buradaki sorunun aşılmasında aile ve işyerindeki çevresinin katkısı önemlidir. Sekizinci dönem yetişkinliğin ileri senelerini içerir. Evvelki süreçler sorunsuz geçilmişse huzurlu, kendine güvenen, değer verilen birisi veya karamsar, ters birisi olabilir. Demek ki toplumun mutluluğu, huzuru için insanların bu süreçlerdeki gereksinimlerini düzgün karşılamak, çatışmaya ortam hazırlamamak gerekir [92].

Biyolojik ve sosyal faktörler kişilik gelişmesinde önemlidir. Tiroid, sünrenaller, gonadlar ve hipofizer hormonlar kişilik gelişimindeki biyolojik faktörlerdir. Zekâ, kişilikte önemlidir ve kalıtımsal geçişi vardır. Zekâ, diğer faktörlerin gelişiminde de önemlidir. Yani karşılaşılan farklı durumlarda, sorunlarda önceki tecrübe ve bilgilere dayanılarak hareket edilmesi zekâ gerektirir [92].

Duygu, etraftaki hareketliliklerin, nesnelere kişilerde meydana getirdiği izlenim olarak tarif edilir. Kişi, yaşadığı sürece birçok farklı duyguyu yaşar, hisseder. Çocuktaki gereksinimler yerine getirildikçe duygular uyanmasına sebep olur. Alt temizliği, yemek yedirilmesi ilk zamanlar güzel duygular uyandırabilir. Ama zamanla çocuk kucak isteyecek, sevilme ve anne sıcaklığı isteyecektir. Sosyalleşmede duygular önemlidir. Kişinin toplumun değerlerine karşı hassas olması, etrafıyla iyi geçinme eğiliminde olması, bulunduğu topluma ait gibi hareket etmesine sosyal gelişim denir. Toplumun

beklentilerine uymak için edinilmiş davranma kabiliyetidir. Kişinin sosyal olması için bilmesi gerekenler; ihtiyaçlarını karşılamak, davranışlarında toplum değerlerini dikkate almak, sorunlu davranışlarını en aza indirmek, toplumun benimsediği davranış şekillerinde kalmak, örf ve adetlere uygun davranmak, iyi ilişkiler kurmak, kendine saygılı olmaktır [92].

Duygusal zekâ, duygular ve duygusal bilgilerle ve düşünceyi geliştirmek için duygular hakkında akıl yürütme kapasitesidir [93]. Duygusal zekâ, başkalarının duygularının yanı sıra kendi duygularını tanımlama ve yönetme becerisini ifade eder. Psikologlar arasında gerçek duygusal zekânın ne olduğuna ilişkin bir anlaşmazlık olmasına rağmen, genel olarak en az üç beceri içerdiği söylenir: duygusal farkındalık veya kişinin kendi duygularını tanımlama ve adlandırma yeteneği; duyguları kullanma, düşünme ve problemi çözebilme gibi görevleri uygulama yeteneği; ve gerektiğinde kendi duygularını kontrol altına almayı ve karşıdaki insanları neşelendirmeyi veya sakinleştirebilmeyi içeren tüm duyguları yönetebilme becerisidir [94]. Duygusal zekânın yüksek olması, bireylerin uyum sağlayan stratejik ifadeleri seçmelerinde, negatif olan duyguların azalmasında ve bunun olumlu duygularla yer değiştirmesine yol açmaktadır.

Benlik, kişinin özellik, hedef ve umutları, kabiliyet ve imkanları, değerleri ve inancından oluşur. Kişinin fiziksel durumuyla ilgili değerlendirmeleri, güzel, normal kiloda, hızlı ya da tam tersi olarak değerlendirmesi kişiliğini etkiler. Cinsiyet, bireyin uygun tutum ve davranışıyla kişilik gelişimine katkıda bulunur. Kişisel değişiklikler daha çok biyolojik veya kalıtımsaldır. Ayrıca toplumun değerlerine göre biçimlenmesinde çevre çok önemlidir. Sosyal faktörler, doğumla beraber içinde bulunduğu çevreden kişinin etkilenmesidir. Ve dışı vurulan, diğerlerinin algıladığı duygular, düşünceler, hareketler, bireyin kural, toplum ve ahlak yönünden değer yargıları, kendini kabul ettirme şekli, bireyin yer ve değerini tespit etmesidir. Kişilik şekillenmesinde ailenin önemli bir çevresel etken olduğu kabul edilir. Aile övmenin ve cezalandırmanın davranış belirlenmesinde etkisi olan bir ortamdır [92].

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı kesitsel (cross-sectional) bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Uygulandığı Zaman

Araştırma, Mayıs-Ağustos 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evreni İstanbul'daki bir Üniversitenin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinden oluşmuştur. Araştırmanın örnekleme, araştırmanın amacı açıklanıp bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılım için izni alınan ve araştırma kriterlerine uyan evren içindeki öğrenciler alınmıştır. Örneklem seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Örneklem büyüklüğü, ana kütle büyüklüğü bilinmediği için, " $n=t^2 pq/d^2$ " formülü kullanılarak, %95 güven aralığı ve %5'lik hata payı ile 246 (iki yüz kırk altı) olarak belirlenmiş, toplamda 297 (iki yüz doksan yedi) kişiye ulaşılmıştır. 47 (kırk yedi) kişi formu eksik bırakmış ve geçersiz sayılmıştır. 250 (iki yüz elli) kişi ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmayı reddeden olmamıştır.

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,2)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p = 0,8)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0,05)

#### 3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:

##### Bağımlı Değişkenler:

Duygusal zekâ puanı ve Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Bilgi testi puanı

### **Bağımsız Değişkenler:**

Yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, anne-babanın birlikte yaşama ve anlaşma durumu, anne/babanın eğitim durumu, ailenin ekonomik durumu, genel sağlık durumu, cinsel sağlık ya da üreme sağlığı ile bir sağlık sorun yaşama durumu, sigara ve alkol kullanma durumu

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Verilerin toplanması için “Kişisel Bilgi Formu” (EK-2), “Üreme sağlığı ve cinsel sağlık (ÜS/CS) Bilgi Testi” (EK-3), “Riskli Davranışlar Formu” (EK-4), “Duygusal Zekâ Ölçeği” (EK-5) kullanılmıştır.

Veriler kendi kendine cevaplama veya gözlem altında cevaplama yöntemiyle toplanmıştır. Görüşme yaklaşık 15 dakikalık bir süre içinde tamamlanmıştır. Tek görüşmede izlem olmadan yürütülmüştür

Katılımcıların formları doldurması için sakin bir ortam sağlanmış ve mahremiyetleri korunmuştur.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

#### **3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-2)**

Katılımcının tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla literatür taraması ışığında araştırmacı tarafından geliştirilmiş 32 soruluk Kişisel Bilgi Formu hazırlandı.

Formdaki veriler: yaşı, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, anne-babanın birlikte yaşama ve anlaşma durumu, anne/babanın eğitim durumu, ailenin ekonomik durumu, genel sağlık durumu, üreme sağlığı ya da cinsel sağlık ile ilgili bir sağlık sorunu yaşama durumu, cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi tutum ve davranışa ilişkin soruları içerir.

#### **3.6.2. Üreme Sağlığı Ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Bilgi Testi (EK-3)**

Üreme sağlığı ve cinsel sağlık bilgi düzeyini ölçmeye yönelik olarak literatür taraması yapılarak araştırmacılar tarafından geliştirilen 25 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır.

Testin içeriğinde: aile planlaması, üreme sağlığı problemleri, kadın-erkek genital anatomik yapı, gebelik, menstruasyon döngüsü, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili sorular bulunmaktadır.



### 3.6.3. Riskli Davranışlar Formu (EK-4)

Gençlik döneminde olan üniversite öğrencilerinin yaşamlarını biyolojik, cinsellik ve sosyal açıdan tehlikeye atabildiği riskli davranışlara yönelik literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan 17 sorudan oluşmaktadır.

Ele alınan riskli davranışlar; sigara kullanımı, alkol kullanımı, korunmasız cinsel ilişki ile ilgilidir.

### 3.6.4. Duygusal Zekâ Ölçeği (EK-5)

Duygusal Zekâ Özellik Ölçeği-Kısa Formu (DZÖÖ-KF) kullanılmıştır. Petrides ve Furnham'ın duygusal zekâyı, "kişisel karakter özelliği" tanımlamasını temel alarak geliştirdikleri DZÖÖ-KF, kişinin duygusal yeterlilikleriyle kendini algılama düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Duygusal Zekâ Özellik Ölçeği kısa formunun, Türkçeye uyarlaması M. Engin DENİZ ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Kendisinden gerekli izin mail (e-posta) yoluyla alınmıştır (EK-7).

Duygusal zekâ ölçeği, 20 sorudan ve 4 faktörden oluşan bir ölçektir. Bu faktörler, duygusal zekâ ölçeğinin "iyi oluş, öz kontrol, duygusallık ve sosyallik" alt boyutlarını oluşturmaktadır. Ölçekteki 2,4,5,7,9,11,12,14,17,19. maddeler olumsuz önerme içerdiğinden, ters kodlanarak toplam puana dâhil edilmiştir. 5'li likert tipi yapısında olan ölçekte her bir madde, 1=Kesinlikle Katılmıyorum ile 5= Tamamen Katılıyorum seçenekleri arasındaki kategorik değerlerden oluşmaktadır. Kişinin ölçek puanı arttıkça, duygusal zekâ puanı da artmaktadır. [10]

### 3.7. Ölçeklerin İç Tutarlılık Testleri

Araştırmada kullanılan ölçeklerden sadece Duygusal Zekâ Ölçeği likert tipi ordinal verilerden oluşmaktadır. Öğrencilerin "Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık ile İlgili Bilgi" ölçen soru grubu ile "Üreme Sağlığı Riskli Davranış Algılarını" ölçen soru grubu likert tipi yanıtlardan oluşmamakta, bu ölçekler içerisinde hem dikotomik (Evet / Hayır), hem çoktan seçmeli hem de birden fazla seçeneği kapsayan kategorik soru tipleri bulunmaktadır. Dolayısı ile "Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık ile İlgili Bilgi Testi" ve "Üreme Sağlığı Riskli Davranış" soru formuna ilişkin iç tutarlılık testi (Cronbach Alpha) uygulanamamaktadır.

20 maddeden oluşan ve her bir maddede 5 tercih "1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5= Tamamen Katılıyorum" içeren

Duygusal Zekâ Ölçeğine yönelik iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's Alpha) 0,915 olarak bulunmuştur. Bu katsayı değeri, öğrencilerin Duygusal Zekâ ölçeğine vermiş oldukları yanıtlar bakımından oldukça tutarlı olduklarını göstermektedir.

### 3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizi için SPSS for Windows (Statistical Package for Social science for Windows), (Version 20,0) paket programı kullanılmıştır.

Sosyo-demografik özelliklerine ilişkin analizlerde, sayı, yüzde, ortalama, median (ortanca), standart sapma kullanılmıştır.

Verilerin normal dağılıp dağılmadığının belirlenmesinde Shapiro-Wilk normallik testi kullanılmıştır.

Ölçek güvenirliği için, Cronbach's Alpha güvenirlik testi kullanılmıştır.

Araştırmada öğrencilerin medeni durum, yaşadıkları yer, aile eğitim düzeyleri, gelir durumu, ailesinin ne kadar iyi anlaştığı gibi sosyo-demografik verilerin değişkenlerin kategorik düzeylerine göre frekans ve yüzde bilgileri tablolar halinde verilmiştir. Ardından, soru formunda öğrencilerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık ile ilgili sorulan sorulara verdikleri yanıt türleri, frekans ve yüzde bilgileri olarak kadın ve erkek öğrenciler için ayrı ayrı sunulmuş, ayrıca her bir soru maddesinde kadın ve erkek öğrencilerin verdikleri yanıt türlerinin anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyen Ki-kare ilişki testi yapılmıştır. Benzer şekilde,

a) Son üç ay içerisinde cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişki yaşayan ve yaşamayan öğrenci gruplarının;

b) Evlenmeden önce cinsel ilişkiye olumlu ve olumsuz olarak bakan öğrenci gruplarının,

c) Sigara içmeyen, bırakan ve halen içen öğrenci gruplarının ve

d) Güvenli cinsel ilişkiyi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak olarak tanımlayan ve tanımlamayan öğrenci gruplarının üreme sağlığı ve cinsel sağlık maddelerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı düzeyde farklılıklar olup olmadığı Ki-kare ilişki testi ile incelenmiştir.

Araştırmada kullanılan Duygusal Zekâ Ölçeği ve Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık Bilgi Testi skorlarının, farklı öğrenci grupları bakımından aralarında anlamlı farklılıklar olup olmadığı, iki kategorili değişkenlerde bağımsız gruplar arası t-test, ikiden fazla kategorik düzeye sahip değişkenlerde ise ANOVA testleri ile incelenmiştir. ANOVA testlerinde hangi grupların arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan post hoc testlerinde, TUKEY yöntemi kullanılmıştır. Tüm testlerde, anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

Duygusal Zekâ Ölçek verileri normal dağılmadığından (Kolmogorov-smirnov  $p<0,001$ ; Shapiro-Wilk  $p<0,001$ ), testler ANOVA'nın non-parametrik karşılığı olan Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri ile gerçekleştirilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için Beykoz Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Araştırma Proje Ve Etik Komisyonu (no:2018/1) izni (EK-6) ve araştırma yapılacak İstanbul Gelişim Üniversitesi kurum izni alınmıştır (EK-8).

Araştırmaya katılmaya gönüllülere araştırmanın amacı ve elde edilen verilerin gizli kalacağı, kimse ile paylaşılmayacağı açıklanarak, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-1) imzalatılmış ve sözel olarak onamları da alınmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- 1- Araştırma tasarım tipinin kesitsel olması
- 2- Katılımcılardan doğru bilgi toplanmasına katkı sağlayacağı öngörülerek veri toplama formlarına isim yazmamaları istenmiş olmakla birlikte sosyokültürel özellikler nedeniyle (utanma, gizleme) ÜS/CS konuları hakkında doğru bilgi alınmasının zor olması.

### **3.11. Araştırma Bütçesi**

Araştırma bütçesi, araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

## 4. BULGULAR

Üniversite öğrencilerinin üreme sağlığı ve aile planlaması bilgi düzeylerini belirlemek, bilgi düzeyinin riskli davranışlar ve duygusal zekâ ile ilişkisini incelemek amacıyla elde edilen bulgular 6 başlık altında ifade edilmiştir.

4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Bilgi Testine Ait Bulgular

4.3. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Riskli Davranışlarına İlişkin Bulgular

4.4. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Bilgi Testi Düzeyinin Riskli Davranışlar İle İlişkisine Ait Bulgular

4.5. Duygusal Zekâ Ölçeği ile Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) İlişkisine Ait Bulgular

4.6. Duygusal Zekâ Ölçeği ile Riskli Davranışların İlişkisine Ait Bulgular

### 4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya toplam 250 öğrenci katılmıştır. Katılanların 122'si (%48,8) kadın, 128'i ise (%51,2) erkektir. Öğrencilerin yaşa göre dağılımları incelendiğinde, hem erkek hem de kadın öğrencilerin yaş ortalama ve ortancalarının 20-21 yaş arasında olduğu, en genç öğrencilerin 18, en yaşlı öğrencilerin ise erkeklerde 32, kadınlarda 31 yaşında olduğu görülmektedir (Tablo 4.1-1).

**Tablo 4.1-1: Öğrencilerin Yaş Dağılımları**

Grup	Ortalama	Ortanca	Ss.	Min.	Maks.
<b>Erkek</b>	21,65625	21	2,35923	18	32
<b>Kadın</b>	20,795082	20	2,51258	18	31
<b>Toplam</b>	21,236	20	2,46833	18	32

Öğrencilerin medeni durumuna ilişkin bilgiler Tablo 4.1-2'de sunulmaktadır.

**Tablo 4.1-2: Öğrencilerin Kişisel Özellikleri**

Medeni Durum	Kadın(N=122)		Erkek(N=128)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Bekâr	101	82,8	106	82,8	207	82,8
Evli	7	5,7	3	2,3	10	2,3
Flört ile Birlikte	12	9,8	16	12,0	28	12,5
Nişanlı/sözlü	2	1,6	3	2,0	5	2,3
<b>Şu anda yaşanan yer</b>						
Evde aile/akraba ile birlikte	60	49,2	44	34,4	104	41,6
Evde arkadaş/lar ile	27	22,1	39	30,5	66	26,4
Evde tek başına	4	3,2	13	10	17	6,8
Yurt-lojmanda	25	20,5	30	23,4	55	22
Diğer	6	4,9	2	1,6	8	3,3

Tablo 4.1-2 incelendiğinde, kadın ve erkek öğrencilere göre tüm medeni durum türlerinin (bekâr, evli, flört ve nişanlı/sözlü) oldukça dengeli dağıldığı, hem erkek hem de kadın öğrencilerin %80'den fazlasının bekâr olduğu görülmektedir. Diğer yandan, hem kadınların (%49), hem de erkeklerin (%34) daha çok evde aileleri ile birlikte yaşadıkları, evde tek başına yaşama oranının erkeklerde (%10) kadınlara kıyasla (%3,2) yaklaşık 3 kat daha fazla olduğu, öğrencilerin yaklaşık dörtte birinin ise (%26,4) evde arkadaşları ile birlikte yaşadıkları görülmektedir.

Öğrencilerin ailelerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1-3'de sunulmaktadır.

Tablo 4.1-3 incelendiğinde, öğrencilerin ailevi durumlarına ilişkin bilgilerin kadın ve erkekler arasında görece dengeli dağıldığı, her iki öğrenci grubu için de anne babasının hayatta olup birlikte yaşama durumu %80'in üzerinde iken, bu oran erkek öğrenciler için biraz daha fazla olduğu (%89,1) görülmektedir.

Kadın öğrencilerin %95'i, erkek öğrencilerin ise % 90,6'sı ailesinin ekonomik düzeyinin en az orta düzey veya üzerinde olduğunu belirtmektedirler. İyi ve çok iyi ekonomik düzeye sahip olma açısından bakıldığında, kadın öğrencilerin oranının (%45,1), erkek öğrencilerin kıyasla (%32) çok daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1-3: Öğrencilerin Ailevi Özellikleri

Annenin eğitim durumu	Kadın(N=122)		Erkek(N=128)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Okur/yazar değil	10	8,0	23	18,0	33	13,0
İlköğretim	68	55	69	53	137	54
Lise	33	27	26	20	59	23
Üniversite ve üzeri	11	9	10	7	21	8
<b>Babanın eğitim durumu</b>						
Okur/yazar değil	2	1	7	5	9	3
İlköğretim	54	44	53	41	107	42
Lise	50	41	51	39	101	40
Üniversite ve üzeri	6	13	17	13	33	13
<b>Aile bütünlüğü</b>						
Anne-baba hayatta, birlikte yaşıyor	103	84,4	114	89,1	217	86,8
Anne hayatta, baba değil	12	9,8	7	5,5	19	7,6
Baba hayatta, anne değil	0	0	1	0,8	1	0,4
Anne-baba hayatta, ayrı yaşıyor	6	4,9	4	3,1	10	4
Anne-baba her ikisi de hayatta değil	1	0,8	2	1,6	3	1,2
<b>Ailenin ekonomik durumu</b>						
Çok Kötü	2	1,6	2	1,6	4	1,6
Kötü	4	3,3	10	7,8	14	5,6
Orta	61	50	75	58,6	136	54,4
İyi	49	40,2	37	28,9	86	34,4
Çok İyi	6	4,9	4	3,1	10	4
<b>Anne ve babanın ilişkisi</b>						
Çok az	7	5	5	3	12	4
Az	5	4	4	3	9	3
Orta	14	11	8	6	22	8
İyi	39	32	39	30	78	31
Çok iyi	57	46	72	56	129	51

Tablo 4.1-3'e göre, kadın öğrencilerden sadece %8'inin annesi okur-yazar değilken, bu oran erkek öğrencilerde %18 düzeyindedir. Diğer yandan iki grup içerisinde de üniversite mezunu anneye sahip olma oranı birbirine oldukça yakındır (kadınlarda %9, erkeklerde %7). Hem erkek hem de kadın olan öğrencilerin babalarının eğitim düzeylerine birbirine oldukça yakındır. Örneğin hem erkek hem de kadınlarda babaları üniversite mezunu olanların oranı %13'tür. Diğer yandan babaları ilköğretim mezunu olan kadın öğrencilerin oranı %44 iken, babaları ilköğretim mezunu olan erkek öğrencilerin oranı ise %41'dir.

Anne ve babasının birbirleriyle çok iyi anlaştığını düşünen kadın öğrencilerin, tüm kadın öğrencilere oranı %46 iken, anne ve babasının birbirleriyle çok iyi anlaştığını düşünen erkek öğrencilerin, tüm erkek öğrencilere oranı %56'dır. Diğer yandan öğrencilerin %31'i, anne ve babalarının birbirleriyle iyi anlaştığını belirtmektedirler. Anne babalarının az veya çok az anlaşabildiğini belirten öğrencilerin toplam oranı ise sadece %7'dir.

Öğrencilerin genel sağlıkları ile ilgili görüşlerine yönelik istatistikler Tablo 4.1-4'te sunulmuştur.

**Tablo 4.1-4: Öğrencilerin Genel Sağlık Görüşleri**

	Kadın(N=122)		Erkek(N=128)		Toplam		Test düzeyi*	P
	n	%	n	%	n	%		
<b>Genel olarak sağlıklı bir birey olduğunu düşünmesi</b>								
Evet	60	49,18	59	46,00	119	47,6	3,752	0,153
Hayır	30	24,59	45	35,16	75	30,0		
Kısmen	32	26,23	24	18,75	56	22,4		
<b>Son 12 ayda kendini iki ya da daha fazla kez günlük işlerini yapamayacak kadar kötü ve umutsuz hissettiği durum yaşaması</b>								
Evet	58	47,60	50	39,50	108	42,4	1,822	0,177
Hayır	64	52,50	78	60,50	142	56,0		

\*Ki-kare

Tablo 4.1-4'teki veriler incelendiğinde, öğrencilere sorulan "Genel olarak sağlıklı bir birey olduğunuzu düşünüyor musunuz?" sorusuna, hem erkekler (%46) hem de kadınlar (%49,2) büyük oranda "evet" yanıtını vermişlerdir. Evet, cevabına yönelik cinsiyet grupları arasında oldukça dengeli bir oran görünürken, kendilerini sağlıklı görmeme açısından erkeklerin oranının (%35,2), kadınların oranından (%24,5) daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Yapılan ki-kare test sonucuna göre, erkek veya kadın olmanın, kişinin kendisini sağlıklı, kısmen sağlıklı veya sağlıklı görmesi ile ilişkili olmadığı anlaşılmaktadır ( $\chi^2 = 3,752$ ,  $p=0,153$ ).

Öğrencilerin psikolojik durumlarına bakıldığında, kadın öğrencilerin %47,6'sının son 12 ayda kendilerini en az 2 kez günlük işlerini yapamayacak kadar kötü ve umutsuz hissettikleri, erkek öğrencilerde bu oranın daha düşük (%30,5) olduğu görülmektedir. Yapılan ki-kare test sonucuna göre, erkek veya kadın olmanın, kişinin kendisini son 12 ayda en az 2 kez günlük işini yapamayacak kadar kötü ve umutsuz

hissetmesine anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmadığı anlaşılmaktadır ( $\chi^2 = 1,822$ ,  $p=0,177$ ).

#### 4.2. Üreme Sağlığı Ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Bilgi Testine Ait Bulgular

Bu bölümde, çalışma kapsamında kullanılan anket formunun 2. bölümünde yer alan ve öğrencilerin üreme sağlığı ve cinsel sağlıkla ilgili bilgi düzeylerini ölçen maddeler, bir test formatına dönüştürülmüş ve öğrencilerin bu sorulara verdikleri doğru yanıtlar toplanarak, her bir öğrencinin ÜS/CS test puanı hesaplanmıştır. Test toplam 25 maddeden oluşmaktadır. Öğrencilerin test skoru yükseldikçe, üreme ve cinsel sağlık alanındaki bilgi düzeyleri de aynı orantıda yükselmektedir.

Aşağıda, ÜS/CS test puanlarının istatistikleri sunulmaktadır.

**Tablo 4.2-1: Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Bilgi Testi Puanları**

Bilgi Testi	Ortalama	Ortanca	S.S.	Min	Maks.	t	P
Kadın	11,86	12	4,61	4	21	2,135	0,034
Erkek	10,68	10	4,10	2	20		
Toplam	11,22	11	4,30	2	21		

Tablo 4.2-1'e bakıldığında, 25 maddelik bilgi testinden alınan en düşük puanın 2, en yüksek puanın ise 21 olduğu anlaşılmaktadır. Bu bakımdan, öğrenciler arasında üreme sağlığı testinden tam puan alan bulunmadığı anlaşılmaktadır. Kadınların ÜS/CS bilgi puanı ortalamaları ( $11,86 \pm 4,61$ ) erkeklerden ( $10,68 \pm 4,10$ ) daha yüksekti ( $t=2,135$ ,  $p=0,034$ ). Diğer yandan, alınabilecek maksimum puanın 25 olduğu, bu sorulardan yarısını doğru bilen alacağı puanın ise 12,5 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, öğrencilerin test başarı ortalaması olan 11,22'nin ortalama başarı düzeyinin altında kaldığı anlaşılmaktadır. Dolayısı ile öğrencilerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz düzeyde olduğu söylenebilecektir.



**Tablo 4.2-2: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle ÜS/CS Bilgi Testi Toplam Puanının İlişkisi**

ÜS/CS Bilgi Testi Puanı					
Medeni durum	Ort.	Ortanca	S.S.	Test düzeyi	P
Bekâr	10,95	10	4,14		
Evli	12,7	13	5,63	5,065**	0,167
Nişanlı/sözlü	12,64	13	4,49		
Flört ile birlikte	11,2	8	5,89		
<b>Aile bütünlüğü</b>					
Anne-baba hayatta, birlikte yaşıyor	11,27	11	4,32		
Anne hayatta, baba değil	9,89	10	4,24	5,112**	0,276
Anne-baba hayatta, ayrı yaşıyor	13,3	14	3,83		
Anne-baba her ikisi de hayatta değil	8,67	8	2,08		
<b>Ailenin ekonomik durumu</b>					
Çok Kötü	4,75	4,5	2,5		
Kötü	10,29	10	3,93		
Orta	11	10,5	4,11	11,841**	<b>0,019</b>
İyi	11,95	12	4,52		
Çok İyi	11,7	12,5	3,65		
<b>Annenin eğitim durumu</b>					
Okur/Yazar değil	11,45	10	3,99		
İlköğretim	11,51	11	4,36	2,172**	0,537
Lise	10,68	11	4,04		
Üniversite	10,43	10	5,05		
<b>Babanın eğitim durumu</b>					
Okur/Yazar değil	9,56	10	4,61		
İlköğretim	11,64	12	4,16	3,302**	0,347
Lise	10,81	10	4,34		
Üniversite	11,52	11	4,49		
<b>Anne ve babanın uyumu</b>					
Çok Az	11,92	13,5	4,46		
Az	13	10	4,33		
Orta	13,41	13	3,67	10,4**	<b>0,034</b>
İyi	11,41	11,5	4,25		
Çok İyi	10,53	10	4,29		
<b>Okullarda cinsel ve üreme sağlığı eğitimi verilmesi düşüncesi</b>					
Evet	11,29	11	4,23	3,277,5*	0,432
Hayır	10,7	10	4,74		
<b>Bir cinsel ilişki sırasında gebelikten, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak konusunda sorumlu kişi</b>					
Erkek	9,37	9	3,98		
Kadın	8,85	8	2,99	11,679**	<b>0,003</b>
Her ikisi de	11,63	12	4,31		

\* Mann-Whitney U testi

\*\* Kruskal Wallis testi

Tablo 4.2-2’de, öğrencilerin cinsiyetleri, medeni durumları, aile bütünlükleri, ailelerinin ekonomik durumları, bir cinsel ilişki sırasında gebelikten veya cinsel yolla

bulaşan enfeksiyonlardan korunmak konusunda kimin sorumlu olması gerektiğine dair bakış açıları, bireyleri aynı zamanda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyan gebelik önleyici yöntem tercihleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon türlerine dair bilgi düzeyleri, anne ve babalarının eğitim düzeyleri, anne ve babalarının ne kadar iyi anlaştığı ve okullarda cinsel ve üreme sağlığı eğitimi verilip verilmemesi konusundaki görüşlerini yansıtan farklı yanıt türleri belirtilerek, bu yanıt türlerine göre gruplara ayrılan öğrencilerin test puanları arasında anlamlı düzeyde fark olup olmadığı iki kategorili değişkenlerde Mann-Whitney U, ikiden fazla kategorili değişkenlerde ise Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir.

Cinsiyet açısından bakıldığında, kadınların üreme sağlığı ve cinsel sağlıkla ilgili test puan ortalamalarının ( $\bar{x}=12,58$ ), erkeklerin ÜS/CS test ortalamalarından ( $\bar{x}=9,91$ ) çok daha yüksek olduğu ve aradaki bu farkın, istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır ( $\chi^2=5,004$ ,  $p<0,001$ ).

Medeni durum açısından bakıldığında, bekâr, evli, flört ile birlikte ve nişanlı/sözlü olan öğrencilerin test puan ortalamaları (sırasıyla  $\bar{x}=10,95$ ,  $\bar{x}=12,7$ ,  $\bar{x}=12,64$  ve  $\bar{x}=11,2$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmektedir ( $\chi^2=5,065$ ,  $p<0,167$ ).

Aile bütünlüğü değişkenine bakıldığında, öğrencilerin ailelerinin (anne-baba) bir arada olup olmamasının veya vefat etmiş olup olmamalarının, onların üreme sağlığı ve cinsel sağlık test puanlarına anlamlı düzeyde etki etmediği anlaşılmaktadır ( $\chi^2(3)=5,112$ ,  $p<0,276$ ).

“Ailenizin ekonomik durumu sizce aşağıdakilerden hangisine uymaktadır” sorusuna verilen yanıtlar arasında, en düşük test ortalamasına sahip yanıt “çok kötü” iken ( $\bar{x}=4,5$ ), en yüksek test ortalamasına sahip yanıt “çok iyi” ( $\bar{x}=12,5$ ) olmuştur ve aradaki bu puan farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=11,841$ ,  $p=0,019$ ). Başka bir deyişle, öğrencilerin ailelerinin ekonomik düzeyleri yükseldikçe, üreme sağlığı ve cinsel sağlık ile ilgili bilgi düzeyleri de istatistiksel olarak anlamlı derecede yükselmektedir.

Öğrencilerin annelerinin veya babalarının eğitim düzeylerinin farklı olmasının, onların üreme sağlığı ve cinsel sağlık bilgi düzey puanlarına anlamlı derecede etki etmediği görülmektedir (sırasıyla ( $\chi^2=2,172$ ,  $p=0,537$  ve ( $\chi^2=3,302$ ,  $p=0,347$ ).

ÜS/CS test puanlarının anne baba arasındaki ilişki düzeyine göre farklılıkları açısından bakıldığında, öğrenciler arasında en yüksek test puan ortalamasına sahip olanların, anne ve babasının orta düzeyde anlaşabildiğini düşünenler olduğu ( $\bar{x}=13,41$ ), en düşük seviyede test puan ortalamasına sahip olanların ise, ilginç bir şekilde anne ve babasının çok iyi anlaşabildiğini düşünenler olduğu ( $\bar{x}=10,53$ ) görülmektedir. Yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, anne baba ilişki düzeylerine göre oluşturulan bu gruplar arasındaki puan farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=10,40$ ,  $p=0,034$ ).

Son olarak, okullarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi verilmesi gerektiğini düşünen öğrencilerin bilgi düzeyi ortalamaları ile ( $\bar{x}=11,29$ ), bahse konu eğitimin verilmemesi gerektiğini düşünen öğrencilerin bilgi düzey ortalamaları ( $\bar{x}=10,7$ ) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $\chi^2=3.277,5$ ,  $p=0,432$ ).

**Tablo 4.2-3: Öğrencilerin Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Bilgi Testine Verdikleri Doğru Cevapların Dağılımı**

SORU	SORULAR	DOĞRU SEÇENEKLER	Kadın (122)		Erkek (128)		Toplam (250)	
			n	%	n	%	n	%
1	Kişinin hemcinsine karşı cinsel ve duygusal ilgi duymasına ne ad verilir?	Homoseksüel	59	48,36	62	48,43	121	48,4
2	“Bireylerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlama” ifadesi hangisini tanımlamaktadır?	Aile planlaması	73	59,83	65	50,78	138	55,2
3	Gençlerin üreme sağlığı haklarından olmayan seçenek?”	Genital enfeksiyonu eşinden gizleme hakkı	74	60,7	54	42,2	128	51,2
4	Cinsel istismar ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?	Kişi bedenine dokunulmasını istemediğinde hayır diyebilmelidir	78	63,93	71	55,47	149	59,6
5	Gençlik döneminde sık yaşanan üreme sağlığı sorunlarından değildir?	Üreme organları kanseri	36	29,50	24	18,75	60	24,0
6	Aşağıdakilerden hangisi “kadın dış genital organları” ndan biri değildir?”	Overler	63	51,63	56	43,75	119	47,6
7	Erkek tohum hücresi (sperm) ile kadın yumurta hücresinin (ovum) birleşmesi olayına ne ad verilir?	Döllenme	106	86,88	98	76,56	204	81,6
8	Döllenme aşağıdaki organlardan hangisinde meydana gelir?	Tüpler (Yumurta kanalları)	31	25,40	26	20,31	57	22,8
9	Aşağıdakilerden hangisi normal adet düzeni ile ilgili seçeneklerden biridir?	Adetin yaklaşık 28 günde bir olması	90	73,77	62	48,43	152	60,8
10	Genç kızların adet görmeleri için en uygun yaş aralığı aşağıdakilerden hangisidir?	11-14 yaş	34	27,86	14	10,93	48	37,5
11	Normal bir adet kanamasının süresi?	3-7 gün	101	82,78	75	58,59	176	70,4
12	Normal bir gebelik süresi kaç haftasının süresi?	40 hafta	78	63,93	61	47,65	139	55,6
13	Gebe kalma olasılığının en yüksek olduğu dönem hangisidir?	Adetten iki hafta önce	55	45,08	38	29,68	93	37,2
14	Sağlıklı gebelik için en uygun yaş aralığı kaçtır?	22-34 yaş	101	82,7	86	67,18	187	74,8
15	Aşağıdakilerden hangisi gebelik için risk faktörlerinden biri değildir?	30 yaşında ilk gebeliğinin olması	40	32,8	31	24,2	71	28,4
16	Hangisi gebeliği önleyici etkin yöntemlerden biri değildir?	Geri çekme (dışarı boşalma)	70	57,4	64	50,0	134	53,6
17	Aşağıdaki yöntemlerden hangisi gebeliği önleyici etkin yöntemlerden biridir?	Deri altına takılan kapsül (implant)	36	29,50	28	21,87	64	25,6
18	Hangisi korunmasız cinsel ilişki sonrası kullanılacak gebeliği önleyici yöntemlerinden (acil korunma) biridir?	Gebeliği önleyici haplar	52	42,62	48	37,5	100	40
19	Gebeliği önleyici yöntemlerin hangisi bireyleri aynı zamanda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korur?	Prezervatif (kondom)	70	57,4	64	50,0	134	53,6
20	Türkiye’de gebelikler yasal olarak kaçınıcı haftaya kadar sonlandırılmaktadır?	10 hafta	31	25,4	32	25,0	63	25,2
21	Hangisi cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır?	Sifiliz (frengi)	51	41,8	44	34,4	95	38,0
22	Aşağıdakilerden hangisi aşıyla önlenebilen ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan biridir?	Hepatit B	62	50,8	55	43,0	117	46,8
23	Gonore (bel soğukluğu) ile ilgili özellikler ile ilgili yanlış olanı işaretleyiniz?	Sadece erkeklerde görülebilen bir hastalıktır.	43	35,24	33	25,78	76	30,4
24	AIDS/HIV ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?	AIDS aşısı ile tedavi edilebilen bir hastalıktır.	50	41,0	38	29,7	88	35,2
25	HIV aşağıdakilerden hangi yolla bulaşmaz?	Tükürük	57	46,72	50	39,06	107	42,8

Tablo 4.2-3'e göre ÜS/CS bilgi sorularına kadınların en fazla doğru cevap verdikleri ilk üç soru sırasıyla; "Erkek tohum hücresi (sperm) ile kadın yumurta hücresinin (ovum) birleşmesine ne ad verilir? (%86,88)", "Normal bir adet kanaması kaç gün sürer? (%82,78)" ve "Sağlıklı gebelik için en uygun yaş aralığı kaçtır? (%82,7)" idi. En az doğru cevap verdikleri ilk üç soru sırasıyla; "Türkiye'de gebelikler yasal olarak kaçınıcı haftaya kadar sonlandırılmaktadır? (%25,4)", "Döllenme olayı aşağıdaki organlardan hangisinde meydana gelir? (%25,4)" ve "Genç kızların adet görmeleri için en uygun yaş aralığı aşağıdakilerden hangisidir? (%27,86)" idi. Erkeklerin en fazla doğru cevap verdikleri ilk üç soru sırasıyla; "Erkek tohum hücresi (sperm) ile kadın yumurta hücresinin (ovum) birleşmesine ne ad verilir? (%76,56)", "Sağlıklı gebelik için en uygun yaş aralığı kaçtır? (%67,18)" ve "Normal bir adet kanaması kaç gün sürer?(% 58,59) idi. En az doğru cevap verdikleri ilk üç soru sırasıyla; Genç kızların adet görmeleri için en uygun yaş aralığı aşağıdakilerden hangisidir? (%10,93)", "Hangisi gençlik döneminde sık görülen üreme sağlığı sorunlarından değildir? (%18,75) ve "Döllenme olayı aşağıdaki organlardan hangisinde meydana gelir? (%20,31)" idi.

**Tablo 4.2-4: Öğrencilerin Üreme Sağlığı Hakları Konusundaki Görüşleri**

Gençlerin üreme sağlığı hakları bilgisi	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam		Test düzeyi*	P
	n	%	n	%	n	%		
Kendi kararını vermede özgür olma hakkı	13	10,7	26	20,3	39	15,6		
Kendini koruma ve başkası tarafından korunma hakkı	10	8,2	20	15,6	30	12		
Cinsel sağlık konularını bilme hakkı	15	12,3	16	12,5	31	12,4	10,868	<b>0,028</b>
Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı	10	8,2	12	9,4	22	8,8		
<b>Genital enfeksiyonu eşinden gizleme hakkı</b>	74	60,7	54	42,2	128	51,2		

\*Ki-kare

Tablo 4.2-4'te, "Hangisi gençlerin üreme sağlığı haklarından değildir?" sorusuna en yaygın yanıt, hem erkek (%42,2) hem de kadın (%60,7) öğrenciler açısından "Genital enfeksiyonu eşinden gizleme hakkı" olmuştur. Diğer bir deyişle, öğrenciler, bu hakkın, gençlerin üreme sağlığı haklarından olmadığına dair güçlü bir düşünceye sahiptirler. Diğer yandan hem erkek (%9,4) hem de kadın (%8,2) öğrenciler, cevaplar arasında bulunan "Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını" diğer cevap

türlerine oranla en az oranda işaretleyerek, bu hakkın gençlerin üreme sağlığı haklarından olmadığı fikrine katılmadıklarını ortaya koymuşlardır. Kadın ve erkek öğrenci grupları “Cinsel sağlık konularını bilme hakkı” cevabında oldukça benzer görüşlere sahiptirler (kadın %12,3, erkek %12,5). İki gruptan da sadece %12’lik bir kesim, bu hakkın üreme sağlığı haklarından olmadığını düşünmektedir. Kadın ve erkek öğrenci gruplarının en çok tercih ettiği cevap türü ise, genital enfeksiyonu eşinden gizleme hakkıdır (kadın %60,7, erkek %42,2). Erkeklerle oranla kadınlarda bu hakkın üreme sağlığı haklarından olmadığı görüşü, yaklaşık %20 daha fazladır.

Yapılan ki-kare test sonuçlarına göre, üreme sağlığı haklarına yönelik verilen cevapların hem kadın hem erkeklerde “Genital enfeksiyonu eşinden gizleme hakkı”nın diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ( $\chi^2=10,868$ ,  $p=0,028$ ).

**Tablo 4.2-5: Öğrencilerin Cinsel İstismar Konusundaki Görüşleri**

Cinsel istismar ile ilgili doğru ifade	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam		Test düzeyi*	P
	n	%	n	%	n	%		
Toplumumuzda sadece kızlar cinsel istismara maruz kalabilmektedirler.	19	15,57	19	14,84	38	15,2		
<b>Kişi bedenine dokunulmasını istemediğinde hayır diyebilmelidir.</b>	78	63,93	71	55,47	149	59,6		
Cinsel istismar toplumumuzda yaygın görülen bir durum değildir.	7	5,738	22	17,19	29	11,6	9,171	0,057
Cinsel istismara uğrayan kişiler bu durumu gizlemelidir.	8	6,557	10	7,813	18	7,2		
Yetişkinler asla çocuk ve ergenleri cinsel yönden istismar etmez.	10	8,197	6	4,688	16	6,4		

\*Ki-kare

Tablo 4.2-5’te öğrencilerin cinsel istismarla ilgili sunulan yargılara ilişkin verdikleri cevaplar incelendiğinde, hem erkek hem de kadın öğrencilerin yarısından fazlasının (erkek %55,5, kadın %63,9) “Kişi bedenine dokunulmasını istemediğinde hayır diyebilmelidir.” yargısını doğru olarak kabul ettiği, bu oranın kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Hem erkek hem de kadın öğrencilerin en az katıldıkları ve doğru buldukları yargının ise, “Yetişkinler asla çocuk ve ergenleri cinsel yönden istismar etmez.” yargısı olduğu, bu yargıyı doğru bulan kadınların

(%8,2), erkeklere kıyasla (%4,7) daha fazla olduğu görülmektedir. Kadın ve erkek öğrencilerin cinsel istismarla ilgili en çok ayrıştığı yargı, “Cinsel istismar toplumumuzda yaygın görülen bir durum değildir.” yargısıdır. Kadın öğrencilerin sadece %5,2’si (n=7) bu görüşü doğru buluyorken, erkeklerde bu yargıyı doğru bulanların sayısı (%17,2 n=22) çok daha yüksektir.

Yapılan ki-kare test sonucuna göre, cinsiyet, öğrencilerin cinsel istismar konusundaki görüşlerine etki etmemektedir ( $\chi^2=9,171$ ,  $p=0,057$ ).

**Tablo 4.2-6: Kadın ve Erkek Öğrencilerin Gebeliği Önleyici Etkin Yöntem Sorusuna İlişkin Yanıtları**

Gebeliği önleyici etkin yöntemlerden olmayan seçenek	Kadın		Erkek		Toplam		Test düzeyi*	P
	n	%	n	%	n	%		
Rahim içi araç	11	9,0	28	21,9	39	15,6	11,257	0,024
Prezervatif (kondom)	14	11,5	20	15,6	34	13,6		
<b>Geri çekme</b>	65	53,3	47	36,7	112	44,8		
Gebeliği önleyici haplar	17	13,9	17	13,3	34	13,6		
Tüplerin bağlanması (tüp ligasyon)	15	12,3	16	12,5	31	12,4		

\*Ki-kare

Tablo 4.2-6’ya göre, Kadınlar açısından gebeliği önleyici en etkin yöntem olarak “Rahim içi araç” yönteminin görüldüğü (%9), en az etkin yöntem olarak ise “Geri çekme” yönteminin görüldüğü (%53,3) anlaşılmaktadır. Erkek öğrenciler açısından ise gebeliği önleyici en etkin yöntem “Tüplerin bağlanması” yöntemi (%12,5), en az etkin yöntem ise “geri çekme” yöntemidir (%36,7).

Geri çekme yöntemi, erkeklere kıyasla kadınlar açısından çok daha az etkin bir yöntemdir. Yapılan ki-kare testi sonucunda, gebeliği önleyici etkin olmayan yöntem olarak hem kadın hem erkek öğrencilerde “Geri çekme” diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=11,257$ ,  $p=0,024$ ).

**Tablo 4.2-7: Öğrencilerin Gebelik Riskleri ve Sonlandırılma Zamanına İlişkin Yanıtları**

Gebelik açısından risk faktörlerinden olmayan durum	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam		Test düzeyi*	P
	n	%	n	%	n	%		
<b>30 yaşında ilk gebeliğin olması</b>	40	32,8	31	24,2	71	28,4		
İlk doğum arasında 3 yıldan daha az bir süre bulunması	25	20,5	24	18,8	49	19,6		
18 yaşından küçük ya da 35 yaşından büyük olunması	30	24,6	44	34,4	74	29,6	3,793	0,435
Bir kadının dört ya da daha fazla çocuğa sahip olması	15	12,3	17	13,3	32	12,8		
Kadının 38 kilodan daha az bir kiloya sahip olması	12	9,8	12	9,4	24	9,6		
<b>Türkiye’de gebeliklerin yasal olarak en geç sonlandırılma haftası</b>								
6 Hafta	42	34,4	38	29,7	80	32		
8 Hafta	24	19,7	37	28,9	61	24,4		
<b>10 Hafta</b>	31	25,4	32	25,0	63	25,2	3,315	0,507
12 Hafta	19	15,6	15	11,7	34	13,6		
16 Hafta	6	4,9	6	4,7	12	4,8		

\*Ki-kare

Tablo 4.2-7’ye bakıldığında, kadın öğrenciler açısından en düşük seviyede risk faktörü olarak görülen yanıtın, “Bir kadının dört ya da daha fazla çocuğa sahip olması” bilgisi olduğu (%12,3), en yüksek seviyede risk faktörü olarak görülen yanıtın ise, “30 yaşında ilk gebeliğin olması” olarak (%32,79) görülmektedir. Erkek öğrencilerin gebelik açısından risk faktörlerine bakış açısı kadınlara göre farklılıklar göstermektedir. Erkekler açısından en düşük seviyede risk faktörü olarak görülen yanıtın, “Kadının 38 kilodan daha az bir kiloya sahip olması” yargısı olduğu (%12,3), en yüksek seviyede risk faktörü olarak görülen yanıtın ise, “18 yaşından küçük ya da 35 yaşından büyük olunması” yargısı olduğu (%29,6) görülmektedir.

Öğrencilere sorulan “Türkiye’de gebelikler yasal olarak kaçınıcı haftaya kadar sonlandırılmaktadır?” sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo 4-2-6’da sunulmuştur. Hem erkek (%29,7) hem de kadın (%34,4) öğrenciler arasında, gebeliğin yasal olarak 6. Haftaya kadar sonlandırılabilen en yaygın görüş olarak karşımıza çıkmaktadır Erkek öğrenciler %28,9’u gebeliğin yasal olarak 8. Haftaya kadar sonlandırılabilenini düşünürken, bu oran kadınlarda çok daha düşüktür (%19,7). Hafta sayısı ilerledikçe öğrencilerin gebeliğin sonlanabileceği yönündeki görüşleri zayıflamaktadır.

Yapılan ki-kare test sonucuna göre, cinsiyet öğrencilerin gebelik açısından risk faktörlerine dair görüşlerine ve yasal olarak gebeliğin sonlandırılabilen haftayı



bilme durumlarına dair bilgilerini etkilememiştir ( $\chi^2=3,793, p=0,435$  ve  $\chi^2=3,315, p=0,507$ ).

**Tablo 4.2-8: Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara İlişkin Görüşleri**

Aynı zamanda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyan yöntem	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam		Test düzeyi*	P
	n	%	n	%	n	%		
Kadında tüplerin bağlanması (tüp ligasyon)	24	19,7	30	23,4	54	21,6		
Gebeliği önleyici haplar	10	8,2	24	18,8	34	13,6		
<b>Prezervatif (kondom)</b>	70	57,4	64	50,0	134	53,6	12,519	<b>0,014</b>
Rahim içi araç (spiral)	14	11,5	4	3,1	18	7,2		
Erkekte sperm kanallarının bağlanması (vazektomi)	4	3,3	6	4,7	10	4		
<b>Cinsel yolla bulaşan bir Hastalık</b>								
<b>Sifiliz (frengi)</b>	51	41,8	44	34,4	95	38		
Hepatit A	60	49,2	71	55,5	131	52,4		
Grip (influenza)	9	7,4	11	8,6	20	8	1,496	0,683
Kanser	2	1,6	2	1,6	4	1,6		
Kolera	0	0,0	0	0,0	0	0		
<b>Aşıyla önlenebilen ve cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon hastalığı</b>								
AIDS	25	20,5	38	29,7	63	25,2		
<b>Hepatit B</b>	62	50,8	55	43,0	117	46,8	7,748	0,052
Bel soğukluğu (gonore)	30	24,6	22	17,2	52	20,8		
Frengi (sifiliz)	5	4,1	13	10,2	18	7,2		

\*Ki-kare

Tablo 4.2-8 incelendiğinde, hem erkek (%50) hem de kadın (%57,4) öğrencilerin yarısından fazlası, gebeliği önleyici yöntemlerden prezervatifin bireyleri aynı zamanda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruduğunu düşünmektedir. Kadınlardan sadece %3,3'ü erkekte sperm kanallarının bağlanması (vazektomi) yönteminin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucu etkiye sahip olduğuna inanırken, bu oran erkek öğrencilerde %4,7'dir. Yapılan analiz sonucuna göre, öğrencilerin cinsiyeti, öğrencilerin aynı zamanda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyan yöntem türüne dair görüşlerine etki etmektedir ( $\chi^2 = 12,519, p=0,014$ ).

Öğrencilere sorulan "Hangisi cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır?" sorusuna, hem erkek (%55,5) hem de kadın (%49,2) öğrenciler en yaygın olarak "Hepatit A" cevabını vermişlerdir. İkinci yaygın olarak verilen cevap ise yine hem erkek (%34,4), hem de kadınlar (%41,8) açısından "Sifiliz (Frengi)" hastalığıdır. Öğrencilerden hiçbiri, Kolera hastalığını cinsel yolla bulaşan bir hastalık olarak tanımlamamışlardır.

Öğrencilere sorulan “Hangisi aşıyla önlenebilen ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan biridir?” sorusuna, hem erkek (%43) hem de kadın (%50,8) öğrenciler en yaygın olarak “Hepatit B” cevabını vermişlerdir. İkinci yaygın olarak verilen cevap erkek öğrencilerde “AIDS” (%29,7), kadın öğrencilerde ise “Bel Soğukluğu”(%24,6). Her iki cinsiyet grubu da aşıyla önlenebilen ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon türü olarak en az Frengi hastalığını belirtmişlerdir (erkekler %10,2, kadınlar %4,1).

**Tablo 4.2-9: Öğrencilerin AIDS/HIV’e İlişkin Görüşleri**

AIDS/HIV ile ilgili olmayan düşünce	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam		Test düzeyi *	p
	n	%	n	%	n	%		
AIDS hastalığının etkeni HIV virüsüdür.	13	10,7	22	17,2	35	14		
HIV (+) olan kişi sağlıklı bir görünüme sahip olabilir	24	19,7	29	22,7	53	21,2		
HIV vücuda girdikten üç ay sonra antikorlar oluşur	18	14,8	27	21,1	45	18	6,944	0,139
<b>AIDS aşı ile tedavi edilebilen bir hastalıktır</b>	50	41,0	38	29,7	88	35,2		
AIDS kan ve cinsel ilişki ile bulaşan ölümcül bir hastalıktır	17	13,9	12	9,375	29	11,6		

\*Ki-kare

Tablo 4.2-9’da, öğrencilere sorulan “Hangisi AIDS/HIV ile ilgili hangisi yanlıştır?” sorusuna verilen cevapların dağılımı yer almaktadır. Hem erkek (%29,7), hem de kadın (%41) öğrenciler, sunulan cevaplar arasında en yaygın olarak “AIDS aşı ile tedavi edilebilen bir hastalıktır” bilgisinin yanlış olduğunu düşünmektedirler. Bu konu ile ilgili yine her iki öğrenci grubunun en yaygın olarak yanlış gördüğü “HIV (+) olan kişi sağlıklı bir görünüme sahip olabilir” ifadesidir (erkeklerde %22,7, kadınlarda %19,7). Hem erkeklerin (%9,3) hem de kadınların (%13,9) en az yanlış gördükleri dolayısı ile en çok AIDS/HIV virüsünü tanımladıklarını düşündükleri bilgi ise “AIDS kan ve cinsel ilişki ile bulaşan ölümcül bir hastalıktır” ifadesidir. Yapılan analiz sonucuna göre, öğrencilerin cinsiyeti, AIDS/HIV virüsü konusundaki görüşlerine etki etmemektedir ( $\chi^2=6,944, p=0,139$ ).

### 4.3. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Riskli Davranışlar İle İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde, üreme sağlığı ve cinsel sağlık ve riskli davranışlara ilişkin sorulara öğrencilerin vermiş oldukları yanıt türlerinin, cinsiyete göre frekans ve yüzdelik dağılım istatistikleri sunulmaktadır.

Tablo 4.3-1: Öğrencilerin Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Özellikleri ve Görüşleri

ÜS/CS Özellikleri ve Görüşleri	Kadın		Erkek		Toplam		Test düzeyi*	P
	n	%	n	%	n	%		
<b>Şimdiye kadar cinsel sağlık ya da üreme sağlığı ile ilgili herhangi bir sağlık sorunu yaşanma durumu</b>								
Evet	6	4,90	5	3,90	11	4,4	0,152	0,697
Hayır	116	95,10	123	96,10	39	95,6		
<b>Okullarda üreme sağlığı/cinsel sağlık (ÜS/CS) eğitimi verilme konusundaki düşünce</b>								
Evet	112	91,80	105	82,03	217	86,8	5,206	<b>0,023</b>
Hayır	10	8,20	23	17,97	33	13,2		
<b>Üreme sağlığı/Cinsel sağlık (ÜS/CS) ile ilgili bilgi düzeyini yeterli görme</b>								
Evet	60	49,18	77	60,16	137	54,8	3,038	0,081
Hayır	62	50,82	51	39,84	113	45,2		
<b>Üreme sağlığı/Cinsel sağlık (ÜS/CS) ile ilgili bilgilere ulaşım kaynağı</b>								
Anneden	42	34,43	4	3,13	46	18,40	55,646	<b>&lt;0,001</b>
Babadan	3	2,46	12	9,38	15	6,00		
Kardeşlerden	5	4,10	3	2,34	8	3,20		
Öğretmenden	22	18,03	22	17,19	44	17,60		
Arkadaşlardan	13	10,66	34	26,56	47	18,80		
İnternette	29	23,77	30	23,44	59	23,60		
Sağlık Personelinden	6	4,92	10	7,81	16	6,40		
Diğer	2	1,64	13	10,16	15	6,00		
<b>Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık (ÜS/CS) konularını konuştuğu kişiler</b>								
Anne	37	30,33	4	3,13	41	16,40	43,731	<b>&lt;0,001</b>
Baba	1	0,82	8	6,25	9	3,60		
Kardeş	6	4,92	3	2,34	9	3,60		
Öğretmen	2	1,64	6	4,69	8	3,20		
Arkadaşlar	42	34,43	71	55,47	113	45,20		
Hiç kimse ile	30	24,59	28	21,88	58	23,20		
Diğer	4	3,28	8	6,25	12	4,80		

\* Ki-kare testi

Tablo 4.3-1’de, cinsel sağlık sorunu yaşama durumuna bakıldığında hem erkek hem de kadın öğrencilerin %95’ten fazlasının (kadın: %95,1; erkek: %96,1) şimdiye kadar Üreme sağlığı/Cinsel sağlık (ÜS/CS) yönelik herhangi bir sağlık sorunu yaşamadığı görülmektedir. Yapılan Ki-kare test sonucunda, sağlık sorunu yaşama durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki olmadığı görülmektedir ( $\chi^2=0,152$ ,  $p=0,697$ ).

Erkek öğrencilerin %82'si okullarda cinsel ve üreme sağlığına yönelik eğitim verilmesi gerektiğini savunurken, kadınlarda bu oran %91,8'dir. Yapılan ki kare testi sonucunda, okullarda cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin eğitim verilmesini savunma durumu ile kadın öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $\chi^2=5,206$ ,  $p=0,023$ ).

Cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin bilgi düzeyinin yeterli görülme durumuna bakıldığında, kadınların %49'unun , erkeklerin ise %60'ının cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerini yeterli buldukları görülmektedir. Yapılan ki kare testi sonucunda, aradaki bu oran farkının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir ( $\chi^2=3,038$ ,  $p=0,081$ ).

Öğrencilerin cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin bilgileri aldıkları kaynakların anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ( $\chi^2=55,646$ ,  $p<0,001$ ). Kadın öğrencilerin %34,43'ü bu bilgileri annesinden almakta iken, erkek öğrencilerin sadece %3,13'ü cinsel sağlık ve üreme bilgilerini annelerinden almaktadırlar. Diğer yandan, üreme sağlığı ve cinsel sağlık ile ilgili bilgileri arkadaşlarından öğrenen erkeklerin tüm erkeklere oranı %26,56 iken, bu bilgileri arkadaşlarından öğrenen kadınların tüm kadınlara oranı %10,66'dır.

Tablonun en son bölümüne bakıldığında, öğrencilerin üreme sağlığı ve cinsel sağlığa ilişkin konuları konuştukları kişilerin anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ( $\chi^2=43,731$ ,  $p<0,001$ ). Kadınların %30,33'ü bu konuları anneleri ile konuşurken, erkeklerde bu oran sadece %3,13'tür. Diğer yandan, erkeklerin yarısından fazlası (%55,47) üreme sağlığı ve cinsel sağlığına ilişkin konuları arkadaşları ile konuşurken, kadınlarda bu oran %34,43 düzeyindedir.

**Tablo 4.3-2: Öğrencilerin Üreme Sağlığı Tanımları**

Üreme Sağlığı Görüşü	Yanıt Türü	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam		Test düzeyi*	p
		n	%	n	%	n	%		
Sağlıklı cinselliktir	Evet	63	51,6	87	68,0	150	60	6,94	<b>0,008</b>
	Hayır	59	48,4	41	32,0	100	40		
Üreme organlarının yapısal olarak normal olmasıdır	Evet	47	38,5	38	29,7	85	34	2,174	0,14
	Hayır	75	61,5	90	70,3	165	66		
Üreme organlarının normal şekilde işlev görmesi/ çalışmasıdır	Evet	58	47,5	49	38,3	107	42,8	2,188	0,139
	Hayır	64	52,5	79	61,7	143	57,2		
Üreme organlarının temizliğidir	Evet	51	41,8	35	27,3	86	34,4	5,787	<b>0,016</b>
	Hayır	71	58,2	93	72,7	164	65,6		
Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmaktadır	Evet	53	43,4	57	44,5	110	44	0,03	0,862
	Hayır	69	56,6	71	55,5	140	56		
Doğurganlığın düzenlenmesidir	Evet	37	30,3	36	28,1	73	29,2	0,147	0,702
	Hayır	85	69,7	92	71,9	177	70,8		
Gebelikten korunma yöntemleridir	Evet	27	22,1	29	22,7	56	22,4	0,01	0,921
	Hayır	95	77,9	99	77,3	194	77,6		
Cinsellik ve üreme sağlığına ilişkin problemleri yaşamayı önleyici sağlık davranışlarında bulunmaktır.	Evet	44	36,1	32	25,0	76	30,4	3,615	0,057
	Hayır	78	63,9	96	75,0	174	69,6		

\* Ki-kare testi

Tablo 4.3-2’de görüleceği üzere, “Sizce üreme sağlığı nedir?” sorusuna en yaygın verilen yanıtın “Sağlıklı cinselliktir” cevabı olduğu (n=150), kadınların %51,6’sının, erkeklerin ise %68’inin sağlıklı cinselliği üreme sağlığı olarak tanımladıkları görülmektedir. Yapılan ki-kare testi sonucunda, üreme sağlığını sağlıklı cinsellik olarak tanımlayanların çoğunluğunun erkekler olduğu ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $\chi^2=6,94$ ,  $p=0,008$ ).

Diğer yandan hem erkek hem de kadın öğrenciler için üreme sağlığını en az tanımlayan yanıtın ise “Gebelikten korunma yöntemi” olduğu (n=56), hem kadın hem de erkek öğrenciler sadece %22’sinin, üreme sağlığını gebelikten korunma yöntemi olarak tanımladığı görülmektedir. Üreme sağlığı nedir sorusunda kadın ve erkek öğrencilerin en fazla ayrıştığı cevabın, “Üreme organlarının temizliğidir” yanıtı olduğu, erkeklerin %27,3’ü üreme sağlığını üreme organlarının temizliğidir şeklinde

tanımlarken, kadınlarda bu oranın %41,8 olduğu anlaşılmaktadır. Yapılan ki-kare test sonucunda, üreme sağlığını üreme organlarının temizliği olarak tanımlama olarak ifade eden kadınlar ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $\chi^2=5,787, p=0,016$ ).

**Tablo 4.3-3: Öğrencilerin Güvenli Cinsel İlişkinin Tanımına İlişkin Görüşleri**

Güvenli cinsel ilişki görüşü	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak	55	45,1	48	37,5	103	41,2
Tek eşlilik	53	43,4	39	30,5	92	36,8
Gebeliği önleyici yöntemler kullanmak	18	14,8	26	20,3	44	17,6
Kondom (prezervatif) kullanmak	24	19,7	33	25,8	57	22,8
Tanımadığı kişi ile cinsel ilişkiye girmemek	30	24,6	12	9,4	42	16,8
Gebeliğin olmaması	8	6,6	6	4,7	14	5,6
Tam birleşme ile sonuçlanmayan ilişki	5	4,1	3	2,3	8	3,2

Tablo 4.3-3’de güvenli cinsel ilişkinin ne olduğuna dair önerilen tanımlar arasında, hem kadın (%45,1) hem de erkek (%37,5) öğrenciler nezdinde en çok tercih edilen cevap, “Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak” ifadesi olmuştur. Erkek ve kadın öğrencilerin bu soruya verdiği cevaplarda en çok farklılaştığı yanıtlar, “Tek eşlilik” ve “Tanımadığı kişi ile cinsel ilişkiye girmemek” olmuştur. Tek eşlilik, kadın öğrenciler için (%43,4), erkek öğrencilere kıyasla (%30,5) çok daha yüksek oranda güvenli cinsel ilişkiyi ifade etmektedir. Benzer şekilde, Tanımadığı kişi ile cinsel ilişkiye girmemek” de kadın öğrenciler için (%24,6), erkek öğrencilere kıyasla (%9,4) çok daha yüksek oranda güvenli cinsel ilişkiyi ifade etmektedir. Her iki öğrenci grubu açısından da, “Tam birleşme ile sonuçlanmayan ilişki”, güvenli cinsel ilişkiyi en az tanımlayan seçenek olmuştur (kadınlarda %4,1, erkeklerde %2,3).

**Tablo 4.3-4: Öğrencilerin Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Bilgileri**

Bilinen gebeliği önleyici yöntemler	Yanıt Türü	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam		Test düzeyi*	P
		n	%	n	%	n	%		
Rahim içi araç (spiral)	Evet	87	71,3	53	41,4	140	56	22,672	<,001
	Hayır	35	28,7	75	58,6	110	44		
Hap	Evet	97	79,5	83	64,8	180	72	6,663	<b>0,01</b>
	Hayır	25	20,5	45	35,2	70	28		
Prezervatif (kılıf, kondom)	Evet	96	78,7	105	82,0	201	80,4	0,443	0,506
	Hayır	26	21,3	23	18,0	49	19,6		
Takvim Yöntemi	Evet	46	37,7	32	25,0	78	31,2	4,697	<b>0,03</b>
	Hayır	76	62,3	96	75,0	172	68,8		
Geri çekme	Evet	40	32,8	50	39,1	90	36	1,068	0,301
	Hayır	82	67,2	78	60,9	160	64		
İğne (aylık, üç aylık)	Evet	45	36,9	26	20,3	71	28,4	8,437	<b>0,004</b>
	Hayır	77	63,1	102	79,7	179	71,6		
Kadının tüplerinin bağlanması (tüp ligasyonu)	Evet	78	63,9	44	34,4	122	48,8	21,844	<,001
	Hayır	44	36,1	84	65,6	128	51,2		
Erkeğin kanallarının bağlanması (vazektomi)	Evet	38	31,1	27	21,1	65	26	3,282	0,07
	Hayır	84	68,9	101	78,9	185	74		

\* Ki-kare testi

Tablo 4.3-4 incelendiğinde, gebeliği önleyici yöntemlerden en yaygın bilinen yöntemin, erkeklerde prezervatif (%82), kadınlarda ise hap (%79,5) olduğu görülmektedir. Gebeliği önleyici yöntemlerden en az bilinen yöntem ise kadın öğrenciler için “Erkeğin kanallarının bağlanması (vazektomi)” (%31,1), erkek öğrenciler için ise iğne (aylık, üç aylık) yöntemidir (%20,3). Her iki katılımcı grubunun bildikleri yöntem açısından en çok benzerlik gösterdiği yöntem prezervatif iken (erkeklerde %82, kadınlarda %78,7), en az benzerlik gösterdikleri yöntem ise “Rahim içi araç (spiral)” yöntemidir (erkeklerde %41,4, kadınlarda %71,3).

Yapılan ki-kare testleri sonucunda, cinsiyet ile;

- Rahim içi aracı (spiral) gebeliği önleyici yöntemlerden biri olarak bildirmenin ( $\chi^2=22,672$ ,  $p<0,001$ ),
- Hapı gebeliği önleyici yöntemlerden biri olarak saymanın ( $\chi^2=6,663$ ,  $p=0,001$ ),
- Takvim yöntemini gebeliği önleyici yöntemlerden biri olarak görmenin ( $\chi^2=4,697$ ,  $p=0,003$ ),

- İğne (aylık, üç aylık) yöntemini gebeliği önleyici yöntemlerden biri olarak görmenin ( $\chi^2=8,437$ ,  $p=0,004$ ),
- Erkeğin kanallarının bağlanması (vazektomi) yöntemini gebeliği önleyici yöntemlerden biri olarak görmenin ( $\chi^2=3,282$ ,  $p=0,07$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

**Tablo 4.3-5: Öğrencilerin AIDS/HIV Virüsü ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı**

AIDS düşüncesi	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Bilimsel araştırmalara ağırlık verilerek, çare bulunmalı; zira cinsel tercihler sınırlandırılmaz.	39	31,97	40	31,25	79	31,6
Tedavisi bulununcaya kadar, etkili cinsel korunma yöntemlerine başvurarak hastalığa yakalanmamak gerekir.	38	31,15	42	32,81	80	32
Problemin ana kaynağı aşırı cinsel serbestlik; çözüm tek eşliliklerdir.	30	24,59	33	25,78	63	25,2
Bu hastalık, günümüzdeki ahlakı yozlaşmanın yıkıcı bir sonucudur.	15	12,3	13	10,16	28	11,2

Tablo 4.3-5'te öğrencilerin AIDS ile ilgili üreme sağlığı riskli davranış tutumlarını ölçmek amacıyla öğrencilere, "AIDS ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi sizin düşüncenize en uygundur?" sorusu sorulmuştur. Öğrenciler arasında en yaygın olarak tercih edilen yanıt, erkeklerde "Tedavisi bulununcaya kadar, etkili cinsel korunma yöntemlerine başvurarak hastalığa yakalanmamak gerekir." (%32,81), kadınlarda ise "Bilimsel araştırmalara ağırlık verilerek, çare bulunmalı; zira cinsel tercihler sınırlandırılmaz." (%31,97) yanıtı olmuştur. Ne var ki, bu iki yanıt türünün her iki öğrenci grubu için de %31 ile %32 arasında değiştiği, dolayısı ile bu iki tercihin öncelik sıralamasının cinsiyetler arasında oldukça benzer olduğu görülmektedir. Her iki cinsiyetin de (erkekler %10,16, kadınlar %12,3) en az tercih ettiği yargı, "Bu hastalık, günümüzdeki ahlakı yozlaşmanın yıkıcı bir sonucudur." ifadesi olmuştur.



**Tablo 4.3-6: Öğrencilerin Evlilik Öncesi Cinsel İlişki Konusundaki Düşüncelerinin Dağılımı**

Evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunma konusuna bakış açısı	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam		Test düzeyi*	p
	n	%	n	%	n	%		
Olumlu	16	13,1	33	25,8	49	19,6	7,373	0,025
Yorumsuz	33	27,0	36	28,1	69	27,6		
Olumsuz	73	59,8	59	46,1	132	52,8		
<b>Evlilik öncesi cinsel ilişki konusunda düşüncesi</b>								
Evlilik öncesi cinsel ilişki, hem kız hem erkek için normal karşılanmalı	24	19,7	38	29,7	62	24,8	17,61	0,001
Erkek için normal kabul edilebilir, ama kız için kabul edilemez	19	15,6	34	26,6	53	21,2		
Hem erkek, hem de kız için kabul edilemez.	73	59,8	43	33,6	116	46,4		
Diğer	6	4,9	13	10,2	19	7,6		

\* Ki-kare testi

Tablo 4.3-6'ya göre kadınların %13'ünün, erkeklerin ise yaklaşık %26'sının evlenmeden önce cinsel ilişkiye olumlu baktığı, bu bakımdan evlenmeden önce cinsel ilişkiye olumlu bakan erkek öğrencilerin, kadın öğrencilerden yaklaşık iki kat daha fazla olduğu görülmektedir. İki değişken arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonucunda, cinsiyet ile evlenmeden önce ilişkiye bakış açısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $\chi^2=7,373$ ,  $p=0,025$ ). Yapılan ki-kare test sonucuna göre, cinsiyet ile evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulması konusuna olumlu, olumsuz veya yorumsuz yönde bakış açısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $\chi^2=7,373$ ,  $p=0,025$ ).

Öğrencilere sorulan "Evlilik öncesi cinsel ilişki konusunda, hangisi sizin düşüncenize en uygundur?" sorusuna, hem kadın (%59,8) hem de erkek (%33,6) öğrenciler en yaygın olarak "Hem erkek hem de kız için kabul edilemez." Cevabını vermişlerdir. Ne var ki, bu oranın kadınlarda erkeklere oranla çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Öğrencilerin görüşlerini yansıtan ikinci en yaygın ifade "Evlilik öncesi cinsel ilişki hem kız hem erkek için normal karşılanmalıdır". Bu görüşü erkekler (%29,7) kadınlara kıyasla (%19,7) çok daha yüksek oranda benimsemektedirler. Ayrıca evlilik öncesi cinsel ilişkinin erkeklerde normal olup, kız için kabul edilemeyeceği fikri, erkek öğrencilerde (%26,6), kadınlara kıyasla (%15,6) çok daha yaygındır. Yapılan ki-kare test sonucuna göre, cinsiyet ile evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulmasının normal ve kabul edilebilir olup olmadığına yönelik bakış açıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $\chi^2=17,610$ ,  $p=0,001$ ).

**Tablo 4.3-7: Öğrencilerin Sigara İçme Davranışları**

Sigara içme	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam		Test Düzeyi*	P
	n	%	n	%	n	%		
Hiç içmedim	59	48,4	57	44,5	116	46,4		
Önceden içiyordum bıraktım	16	13,1	26	20,3	42	16,8	2,316	0,314
Halen içiyorum	47	38,5	45	35,2	92	36,8		

\* Ki-kare

Sigara içme açısından tablo 4.3-7'e bakıldığında, öğrencilerin %36,8'inin halen sigara kullandığı, erkek öğrencilerde bu oranın %35,2, kadın öğrencilerde ise %38,5 olduğu görülmektedir. Hem erkek (%44,5) hem de kadın (%48,4) öğrencilerin yaklaşık yarısının daha önce hiç sigara içmedikleri, önceden içip daha sonra bırakma açısından ise erkek öğrencilerin oranının (%20,3), kadın öğrencilere oranla (%13,1) daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Yapılan ki-kare test sonucuna göre, cinsiyet ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $\chi^2_{2,316}$ ,  $p=0,314$ ).

**Tablo 4.3-8: Öğrencilerin Sigara İçmeye Başlama Nedenleri Dağılımı**

Sigara içmeye başlama nedeni	Yanıt Türü	Kadın		Erkek		Toplam		Test düzeyi*	P
		n	%	n	%	n	%		
Eğlenmek	Evet	7	5,7	7	5,5	14	5,6	0,009	0,926
	Hayır	115	94,3	121	94,5	236	94,4		
Sorunlarımdan uzaklaşmak için	Evet	6	4,9	12	9,4	18	7,2	1,857	0,173
	Hayır	116	95,1	116	90,6	232	92,8		
Merak	Evet	17	13,9	15	11,7	32	12,8	0,275	0,6
	Hayır	105	86,1	113	88,3	218	87,2		
Sinirlendiğim için	Evet	11	9,0	12	9,4	23	9,2	0,01	0,922
	Hayır	111	91,0	116	90,6	227	90,8		
Can sıkıntısından	Evet	8	6,6	14	10,9	22	8,8	1,493	0,222
	Hayır	114	93,4	114	89,1	228	91,2		
Rahatlamak için	Evet	10	8,2	10	7,8	20	8	0,013	0,911
	Hayır	112	91,8	118	92,2	230	92		
Uyuyabilmek	Evet	0	0,0	3	2,3	3	1,2	2,894	**
	Hayır	122	100,0	125	97,7	247	98,8		
Arkadaşlarım içtiği için	Evet	7	5,7	10	7,8	17	6,8	0,424	0,515
	Hayır	115	94,3	118	92,2	233	93,2		
Arkadaşlarım ısrar ettiği için	Evet	3	2,5	2	1,6	5	2	0,256	0,613
	Hayır	119	97,5	126	98,4	245	98		
Kendimi iyi hissetmek için	Evet	6	4,9	3	2,3	9	3,6	1,193	0,275
	Hayır	116	95,1	125	97,7	241	96,4		
Özel bir nedeni yok	Evet	15	12,3	13	10,2	28	11,2	0,287	0,592
	Hayır	107	87,7	115	89,8	222	88,8		

\* Ki-kare testi      \*\*Çok gözlü bu tablo oluşturulurken bir veya daha fazla kutucukta birey sayısı dağılımı olmadığı için p değeri hesaplanamamıştır.

Öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri tablo 4.3-8'de incelendiğinde, erkeklerin en çok sigara başlama nedeninin, tüm nedenler arasında %11,7 oranla

“merak” olduğu, bu nedenin kadın öğrencilerdeki oranının ise %13,9 olduğu belirlenmiştir. Tüm öğrenciler nezdinde en çok sigaraya başlama nedeni olarak işaretlenen cevapların sırasıyla merak (%12,8), özel bir nedeni yok (%11,2) ve sinirlendiğim için (%9,2) olduğu anlaşılmaktadır. Sigaraya başlama için en az geçerli görülen neden ise hem kadınlarda (%0) hem de erkeklerde (%1,2) uyuyabilmek olarak belirtilmiştir. Tabloda bir veya daha fazla kutucukta birey sayısı dağılımı olmadığı için uyuyabilmek seçeneğinin p değeri hesaplanamamıştır. Yapılan ki-kare test sonuçlarına göre, kadın veya erkek olmak, sigaraya başlama nedeni olarak sıralanan etmenlerden hiçbiri ile ilişkili değildir.

**Tablo 4.3-9: Öğrencilerin Alkol Kullanma Durumlarına İlişkin Bulgular**

Günde en az bir kez alkol alma durumu	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam		Test düzeyi *	P
	n	%	n	%	n	%		
0 gün	69	56,6	56	43,8	126	50,0	11,934	0,063
10 günden az	33	27,1	36	28,1	99	27,6		
10 günden fazla	15	12,3	22	17,2	37	14,8		
100 günden fazla	4	3,3	14	10,9	18	7,2		

\* Ki-kare testi

Öğrencilerin Tablo 4.3-9’da paylaşılan alkol kullanma verilerine bakıldığında, hiç alkol kullanma bakımından kadınların oranının (%56,6), erkeklere kıyasla (%43,8) daha yüksek olduğu, benzer şekilde üç aydan uzun süredir her gün alkol kullanma açısından erkeklerin oranının (%10,9) kadınların oranından (%3,3) üç kat daha fazla olduğu görülmektedir. Yapılan ki-kare test sonucuna göre, cinsiyet ile öğrencilerin yaşamları boyunca alkol aldıkları gün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $\chi^2=11,934$ ,  $p=0,063$ ).

**Tablo 4.3-10: Öğrencilerin Cinsel Deneyimlerine İlişkin Bulgular**

Gebelik deneyimi	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam		Test düzeyi*	p
	n	%	n	%	n	%		
Evet	8	6,6	24	18,8	32	12,8	8,32	<b>0,004</b>
Hayır	114	93,4	104	81,3	218	87,2		
<b>Son üç ay içinde cinsel birleşmeyle sonuçlanan ilişki durumu</b>								
Evet	16	13	46	35,9	62	24,8	18,928	<b>&lt;,001</b>
Hayır	106	86,9	82	64,1	188	75,2		
<b>Son cinsel ilişkide, gebeliği önlemek için herhangi bir yöntem kullanılma durumu</b>								
Hiç cinsel ilişkim olmadı	83	68	51	39,8	134	53,6	30,197	<b>&lt;,001</b>
Hiçbir yöntem kullanmadık	5	4,1	7	5,5	12	4,8		
Doğum kontrol hapları	5	4,1	14	10,9	19	7,6		
Kondom	12	9,8	33	25,8	45	18		
Enjeksiyon	6	4,9	8	6,3	14	5,6		
Geri çekme	2	1,6	10	7,8	12	4,8		
Emin değilim	5	4,1	1	0,8	6	2,4		
Diğer	4	3,3	4	3,1	8	3,2		

\* Ki-kare testi

Tablo 4.3-10 incelendiğinde, öğrencilerin gebelik deneyiminin oldukça düşük olduğu, bu oranın kadın öğrencilerin kendilerinde %6,6, erkek öğrencilerin partnerlerinde ise %18,8 civarında olduğu anlaşılmaktadır. Yapılan ki-kare test sonucuna göre, cinsiyet ile öğrencinin kendisinin veya partnerinin gebelik deneyimi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur ( $\chi^2=8,320$ ,  $p=0,004$ ).

Öğrencilerin son üç ay içerisindeki cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişkilerine dair veriler incelendiğinde, cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişki durumunun erkeklerde (%35,9) kadınlara kıyasla (%13) yaklaşık üç kat daha fazla olduğu görülmektedir. Yapılan ki-kare test sonucuna göre, cinsiyet ile son üç ay içinde cinsel birleşmeyle sonuçlanan ilişkinin olup olmaması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki söz konusudur ( $\chi^2=18,928$ ,  $p<0,001$ ).

Öğrencilerin son cinsel ilişkilerinde hangi korunma yöntemlerini kullandıklarına dair istatistiklere bakıldığında (Tablo 4-3-9), erkek öğrencilerin %39,8'inin, kadın öğrencilerin ise %68'inin daha önce hiç cinsel ilişkiye girmedikleri, cinsel ilişkiye giren öğrenciler açısından ise en yaygın kullanılan korunma yönteminin, hem erkekler (%25,8) hem de kadınlar (%9,8) açısından prezervatif (kondom) olduğu anlaşılmaktadır. Tablo 4.3-10'da, kadın öğrencilerin doğum kontrol hapı kullanma oranının (%4,1,  $n=5$ ) oldukça düşük olduğu da görülmektedir. Diğer yandan, her iki cinsiyet grubu açısından da hiçbir yöntem kullanmadan cinsel ilişkiye girme oranı %5

civarındadır (erkeklerde %5,5, kadınlarda %4,1). Yapılan ki-kare test sonucuna göre, cinsiyet ile son cinsel ilişkide gebeliği önlemek için kullanılan yöntem türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $\chi^2=30,197$ ,  $p<0,001$ ).

**Tablo 4.3-11: Öğrencilerin Evlilik Dışı Gebelik Hakkındaki Görüşleri**

Evli olmadan yaşanan bir cinsel ilişki sonunda ortaya çıkan gebelik hakkındaki görüş	Kadın (N=122)		Erkek (N=128)		Toplam		Test düzeyi*	P
	n	%	n	%	n	%		
Her koşulda gebeliğin devam ettirilmesi gereklidir	82	67,3	78	60,9	160	64	1,068	0,301
Her koşulda kürtaj yaptırılmalıdır	40	32,8	50	39,1	90	36		

\* Ki-kare testi

Öğrencilere evlilik dışı cinsel ilişki sonrasında oluşabilecek muhtemel bir gebelik durumunda ne yapılabileceği sorulmuş, bu soruya hem erkek (%60,9) hem de kadın (%67,3) öğrencilerin büyük çoğunluğu, “Her koşulda gebeliğin devam ettirilmesi gereklidir” cevabı vermiştir. “Her koşulda kürtaj yapılmalıdır” fikrini savunan öğrenciler açısından, erkeklerin oranının (%39,1) kadın öğrencilere kıyasla (%32,8) biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan ki-kare test sonucuna göre, kadın veya erkek olmak, evli olmadan yaşanan bir cinsel ilişki sonunda ortaya çıkan gebelik durumunda kürtaj yaptırılıp yaptırılmasına dair bakış açısına etki etmemektedir ( $\chi^2=1,068$ ,  $p=0,301$ ).

#### 4.4. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Bilgi Testi Puanının Riskli Davranışlar ile İlişisine Ait Bulgular

Bu bölümde, soru formunda iki ayrı bölümde öğrencilere sorulan Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Bilgi Testi Puanı ile riskli davranışlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunup bulunmadığı araştırılacaktır.

**Tablo 4.4-1: ÜS/CS Bilgi Testi Puanlarının, Güvenli Cinsellik ve Gebelik Durumlarına İlişkin Yanıtlarının Karşılaştırılması**

ÜS/CS Bilgi Testi Puanı						
Güvenli cinsel ilişkinin tanımı	Yanıt Türü	Ort.	Ortanca	S.S.	Test düzeyi	P
Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan Korunmak	Hayır	9,94	10	3,97	10.028,50*	<.001
	Evet	12,21	13	4,30		
Tek eşlilik	Hayır	10,57	10	4,22	8.698*	<.001
	Evet	12,59	13	4,16		
Gebeliği önleyici yöntemler kullanmak	Hayır	11,01	10	4,19	4.770,50*	0,113
	Evet	12,31	14	4,76		
Kondom (prezervatif) kullanmak	Hayır	11,11	11	4,22	7.658*	0,706
	Evet	11,38	11	4,44		
Tanımadığı kişi ile cinsel ilişkiye girmemek	Hayır	11,18	11	4,31	1.213,50*	0,544
	Evet	12,11	11	4,23		
Gebeliğin olmaması	Hayır	11,24	11	4,36	2.740*	0,832
	Evet	11	12	3,82		
Tam birleşme ile sonuçlanmayan ilişki	Hayır	11,53	12	4,40	3.639*	<b>0,017</b>
	Evet	9,83	10	3,54		
<b>Son cinsel ilişkide kondom (prezervatif) kullanma durumu</b>						
Evet		10,16	10	4,19	5,354**	0,069
Hayır		10,97	11	4,02		
<b>Korunmasız bir cinsel ilişki sonrasında gebelik oluşmasını önleme düşüncesi</b>						
Evet		11,79	12	4,38	5,957*	0,051
Hayır		10,06	9	4,49		
Fikrim yok		11,46	11	4,01		
<b>Evli olmadan yaşanan bir cinsel ilişki sonunda ortaya çıkan gebelik durumun</b>						
Her koşulda gebeliğin devam ettirilmesi gereklidir		11,8	12	4,28	5.547**	<b>0,003</b>
Her koşulda kürtaj yaptırılmalıdır		10,18	9,5	4,16		
<b>Bir cinsel ilişki sırasında gebelikten, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak konusunda sorumlu kişi</b>						
Erkek		9,37	9	3,98	11,679*	<b>0,003</b>
Kadın		8,85	8	2,99		
Her ikisi de		11,63	12	4,31		

\* Kruskal Wallis testi

\*\* Mann-Whitney U testi

Tablo 4.4-1’de, öğrencilerin güvenli cinsel ilişki tanımlarına katılma durumları, son cinsel ilişkide prezervatif kullanıp kullanmama durumları, son cinsel ilişkide, gebeliği önlemek için kendileri ya da partnerlerinin herhangi bir yöntem kullanıp kullanmadığı, korunmasız bir cinsel ilişki sonrasında gebelik oluşmasının önlenip önlenemeyeceğine dair bakış açıları, evli olmadan yaşanan bir cinsel ilişki sonunda ortaya çıkan gebelik durumunda ne yapılması gerektiği ve bir cinsel ilişki sonrasında gebelikten, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak konusunda kimin sorumlu olması gerektiği sorularına verilen farklı yanıt türleri belirtilerek, bu yanıt türlerine göre

gruplara ayrılan öğrencilerin test puanları arasında anlamlı düzeyde fark olup olmadığı iki kategorili değişkenlerde Mann-Whitney U, ikiden fazla kategorili değişkenlerde ise Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir.

Tablo 4.4-1'deki bulgulara bakıldığında, güvenli cinsel ilişkiyi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak olarak tanımlayan öğrencilerin test puan ortalamalarının ( $\bar{x}=12,21$ ), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak olarak tanımlamayan öğrencilerin test puan ortalamalarından ( $\bar{x}=9,94$ ) daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $U= 10.028,5$ ,  $p<0.001$ ). Benzer şekilde, güvenli cinsel ilişkiyi tek eşlilik (Birden fazla partnerin olmaması) olarak tanımlayan öğrencilerin test puan ortalamalarının ( $\bar{x}=12,59$ ), tek eşlilik olarak tanımlamayan öğrencilerin test puan ortalamalarından ( $\bar{x}=10,57$ ) daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $U= 8.698$ ,  $p<0.001$ ). Ayrıca, güvenli cinsel ilişkiyi tam birleşme ile sonuçlanmayan ilişki (hiç cinsel ilişkide bulunmamak) olarak tanımlayan öğrencilerin test puan ortalamalarının ( $\bar{x}=9,83$  tam birleşme ile sonuçlanmayan ilişki olarak tanımlamayan öğrencilerin test puan ortalamalarından ( $\bar{x}=11,53$ ) daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $U= 3.639$ ,  $p=0.017$ ). Diğer güvenli cinsel ilişki tanımlarından olan “Gebeliği önleyici yöntemler kullanmak”, “Kondom (prezervatif) kullanmak”, “Tanımadığı kişi ile cinsel ilişkiye girmemek” ve “Gebeliğin olmaması” maddelerini güvenli cinsel ilişkinin tanımı olarak gören ve görmeyen öğrencilerin test puanları arasındaki farklar ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Son cinsel ilişkinizde siz ya da partneriniz kondom (prezervatif) kullandı mı sorusuna “evet” ve “hayır” yanıtı veren öğrencilerin test puan ortalamaları birbirine oldukça yakındır (sırasıyla  $\bar{x}=11,6$ ,  $\bar{x}=10,16$  ve  $\bar{x}=10,97$ ) ve aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $\chi^2=5,354$ ,  $p=0,069$ )

“Korumasız bir cinsel ilişki sonrasında gebelik oluşması önlenbilir mi?” sorusuna “evet”, “hayır” ve “fikrim yok” yanıtı veren öğrencilerin test puan ortalamaları birbirine yakın seviyelerdedir (sırasıyla  $\bar{x}=11,79$ ,  $\bar{x}=10,06$  ve  $\bar{x}=11,46$ ) ve aradaki bu puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $\chi^2=5,957$ ,  $p=0,051$ ).

Evlü olmadan yaşanan bir cinsel ilişki sonunda ortaya çıkan gebelik durumunda her koşulda gebeliğin devam ettirilmesini savunan öğrencilerin ÜS/CS test skorları ( $\bar{x}=11,8$ ), her koşulda kürtaj yaptırılmasını savunan öğrencilerin ÜS/CS test

skorlarından ( $\bar{x}=10,18$ ) daha yüksek düzeydedir ve aradaki bu fark, istatistik olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=5.547, p=0,003$ ).

Son olarak, size göre bir cinsel ilişki sırasında gebelikten, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak konusunda kim sorumlu olmalıdır sorusuna “erkek” yanıtını veren ( $\bar{x}=9,37$ ), “kadın” yanıtını veren ( $\bar{x}=8,85$ ) ve “her ikisi de” yanıtını veren ( $\bar{x}=11,63$ ) öğrencilerin ÜS/CS test skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=11,841, p=0,019$ ). Bu bakımdan, gebelik ve korunma konularında hem erkek hem de kadının sorumlu olması gerektiğini savunan öğrencilerin test puanlarını, erkek veya kadını sorumlu tutan öğrenciler puanlarından daha yüksek seviyededir.

Tablo 4.4-2’de, son üç ay içerisinde cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişkisi olan ve olmayan öğrencilerin, güvenli cinsel ilişki, korunma ve gebeliğe yönelik bakış açıları karşılaştırılmalı olarak incelenmektedir.

Tablonun ilk bölümünde, öğrencilere sorulan güvenli cinsel ilişkinin tanımına dair cevaplar yer almaktadır. Buna göre, öğrencilerin güvenli cinsel ilişki olarak tanımladıkları en yoğun seçenek türü, hem son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girenler (%41), hem de girmeyenler (%41,2) için, “Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak” seçeneği olmuştur ( $n=103$ ). Öğrencilerin güvenli cinsel ilişki olarak tanımlamadıkları seçenek türü ise, hem son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girenler (%3,3), hem de girmeyenler (%3,2) için, “Tam birleşme ile sonuçlanmayan ilişki” seçeneği olmuştur ( $n=8$ ). Son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girip girmemenin, güvenli cinsel ilişki tanımlarına verilen cevap türlerine olan etkisi sadece, “Kondom (prezervatif) kullanmak” seçeneğinde ortaya çıkmaktadır. Yapılan ki-kare test sonuçlarına göre, son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye giren öğrencilerin prezervatif kullanmayı güvenli cinsel ilişki olarak tanımlama oranı (%34,4), son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girmeyen öğrencilerin prezervatif kullanmayı güvenli cinsel ilişki olarak tanımlama oranına kıyasla (%19) daha yüksektir ve aradaki bu oran farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=6,196, p=0,013$ ).



**Tablo 4.4-2: Öğrencilerin Riskli Cinsel Davranışları ve Güvenli Cinsel İlişki Parametrelerinin İlişkisi**

Güvenli Cinsel İlişki Parametreleri		Son üç ay içinde cinsel ilişkiniz oldu mu?						Test düzeyi*	P
Güvenli cinsel ilişki	Yanıt	Evet		Hayır		Toplam			
		n	%	n	%	N	%		
Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak	Hayır	36	59,0	111	58,7	147	58,8	0,002	0,968
	Evet	25	41,0	78	41,3	103	41,2		
Tek eşlilik	Hayır	42	68,9	116	61,4	158	63,2	1,108	0,292
	Evet	19	31,1	73	38,6	92	36,8		
Gebeliği önleyici yöntemler kullanmak	Hayır	49	80,3	157	83,1	206	82,4	0,239	0,625
	Evet	12	19,7	32	16,9	44	17,6		
Kondom (prezervatif) kullanmak	Hayır	40	65,6	153	81,0	193	77,2	6,196	<b>0,013</b>
	Evet	21	34,4	36	19,0	57	22,8		
Tanımadığı kişi ile cinsel ilişkiye girmemek	Hayır	52	85,2	156	82,5	208	83,2	0,242	0,623
	Evet	9	14,8	33	17,5	42	16,8		
Gebeliğin olmaması	Hayır	57	93,4	179	94,7	236	94,4	0,14	0,708
	Evet	4	6,6	10	5,3	14	5,6		
Tam birleşme ile sonuçlanmayan ilişki	Hayır	59	96,7	183	96,8	242	96,8	0,002	0,968
	Evet	2	3,3	6	3,2	8	3,2		
<b>Son cinsel ilişkide kondom (prezervatif) kullanma durumu</b>									
	Evet	27	69,2	23	46,0	50	56,2	4,803	<b>0,028</b>
	Hayır	12	30,8	27	54,0	39	43,8		
<b>Son cinsel ilişkide, gebeliği önlemek için herhangi bir yöntem kullanma durumu</b>									
	Hiçbir yöntem kullanmadık	2	4,0	10	15,2	12	10,3	3,814	0,051
	Yöntem kullandık	48	96,0	56	84,8	19	89,7		
<b>Korumasız bir cinsel ilişki sonrasında gebelik oluşması önenebilir mi?</b>									
	Evet	25	41,0	59	31,2	84	33,6	14,063	<b>0,001</b>
	Hayır	23	37,7	40	21,2	63	25,2		
	Fikrim yok	13	21,3	90	47,6	103	41,2		
<b>Evli olmadan yaşanan bir cinsel ilişki sonunda ortaya çıkan gebelik durumu</b>									
	Her koşulda gebeliğin devam ettirilmesi gereklidir	37	60,7	123	65,1	160	64,0	0,392	0,531
	Her koşulda kürtaj yaptırılmalıdır	24	39,3	66	34,9	90	36,0		
<b>Bir cinsel ilişki sırasında gebelikten, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak konusunda sorumlu kişi</b>									
	Erkek	10	16,4	20	10,6	30	12,0	5,427	0,066
	Kadın	6	9,8	7	3,7	13	5,2		
	Her ikisi de	45	73,8	162	85,7	207	82,8		

\* Ki-kare testi

Tablonun ikinci bölümünde, öğrencilere sorulan son cinsel ilişkide kondom kullanılıp kullanılmadığına dair cevaplar yer almaktadır. Bu soruya öğrencilerin %64'ü (N=161), hiç cinsel ilişkim olmadı şeklinde yanıt vermiştir. Son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye giren öğrencilerin %69,2'si son cinsel ilişkide kendisi veya partnerinin kondom kullandığını belirtirken, son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girmeyen öğrencilerin %46,0'ı son cinsel ilişkide kendisi veya partnerinin kondom kullandığını belirtmektedir. Yapılan ki-kare testi neticesinde, son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girip girmeme

durumu ile son ilişkide kondom kullanıp kullanmama durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $\chi^2=4,803, p=0,028$ ).

Tablonun üçüncü bölümünde, öğrencilere sorulan, son cinsel ilişkide, gebeliği önlemek için kendileri ya da partnerlerinin herhangi bir yöntem kullanılıp kullanılmadığına dair cevaplar yer almaktadır. Son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye giren öğrencilerin %96,0'ı yöntem kullandığını belirtirken son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girmeyen öğrencilerin %84,8'i yöntem kullandığını belirtmişti. Yapılan ki-kare test sonuçlarına göre, son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girip girmeme durumu ile son cinsel ilişkide gebeliği önlemek için kullanılan yöntem türü arasında istatistiksel olarak sınırdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=3,814, p=0,051$ ).

Tablonun dördüncü bölümünde, öğrencilere sorulan, korumasız bir cinsel ilişki sonrasında gebelik oluşması önlenbilir mi sorusuna dair cevaplar yer almaktadır. Bu soruya öğrenciler en çok “fikrim yok” şeklinde cevap vermişlerdir (%41,2). Son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye giren öğrencilerin %41'i, korumasız bir cinsel ilişki sonrasında gebelik oluşması önlenbilir derken, Son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girmeyen öğrencilerde bu oran %31,2'dir. Yapılan ki-kare test sonuçlarına göre, son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girip girmeme durumu ile korumasız bir cinsel ilişki sonrasında gebelik oluşmasının önlenibilip önlenemeyeceğine dair bakış açısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=14,063, p=0,001$ ).

Tablonun beşinci bölümünde, öğrencilerin evlilik dışı yaşanan ilişki sonrası gebelikte kürtaja dair bakış açıları yer almaktadır. Öğrencilerin çoğu (%64), her koşulda gebeliğin devam ettirilmesi gerektiğini savunarak kürtaja karşı çıkmaktadırlar. Bu oran, son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye giren öğrencilerde %60,7 iken, son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girmeyen öğrencilerde %65,1'dir. Son üç ay içerisinde ilişkiye giren ve girmeyen öğrencilerin kürtaja bakış açıları bakımından aralarındaki oran farkı, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ( $\chi^2=0,392, p=0,531$ ).

Tablonun son bölümünde, bir cinsel ilişki sırasında gebelikten, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak konusunda kimin sorumlu olması gerektiği sorusuna verilen yanıt türleri yer almaktadır. Öğrencilerin büyük bir çoğunluğu (%82,8), hem erkek hem de kadınların cinsel ilişki sırasında gebelikten, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak konusunda sorumlu olması gerektiğine inanmaktadır. Bu oran, son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye giren öğrencilerde %73,8

iken, son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girmeyen öğrencilerde %85,7'dir. Son üç ay içinde cinsel ilişkiye giren ve girmeyen öğrencilerin arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ( $\chi^2=5,427, p=0,066$ ).

**Tablo 4.4-3: Öğrencilerin Evlilik Öncesi Cinsel İlişkiye Bakış Açısının Demografik Özellikler Arasındaki İlişki**

Cinsiyet	Evlenmeden önce cinsel ilişkiye bakış						Test düzeyi*	P
	Olumlu		Olumsuz		Yorumsuz			
	n	%	n	%	N	%		
Kadın	16	32,7	33	47,8	73	55,3	7,373	0,025
Erkek	33	67,3	36	52,2	59	44,7		
<b>Medeni durumu</b>								
Bekâr	42	85,7	52	75,4	113	85,6	6,568	0,363
Evli	1	2,0	3	4,3	6	4,5		
Nişanlı/sözlü	5	10,2	13	18,8	10	7,6		
Flört ile birlikte	1	2,0	1	1,4	3	2,3		
<b>Aile bütünlüğü</b>								
Anne-baba hayatta, birlikte yaşıyor	44	89,8	60	87,0	113	85,6	**	**
Anne hayatta, baba değil	2	4,1	5	7,2	12	9,1		
Baba hayatta, anne değil	0	0,0	0	0,0	1	0,8		
Anne-baba hayatta, ayrı yaşıyor	2	4,1	3	4,3	5	3,8		
Anne-baba her ikisi de hayatta değil	1	2,0	1	1,4	1	0,8		
<b>Aile ekonomik durumu</b>								
Çok Kötü	2	4,1	0	0,0	2	1,5	**	**
Kötü	6	12,2	6	8,7	2	1,5		
Orta	25	51,0	41	59,4	70	53,0		
İyi	11	22,4	21	30,4	54	40,9		
Çok İyi	5	10,2	1	1,4	4	3,0		
<b>Cinsel ilişki sırasında gebelikten, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak konusunda sorumlu kişi</b>								
Erkek	5	10,2	4	5,8	21	15,9	6,65	0,156
Kadın	2	4,1	2	2,9	9	6,8		
Her ikisi de	42	85,7	63	91,3	102	77,3		
<b>Annenin eğitim durumu</b>								
Okur/Yazar değil	8	16,3	11	15,9	14	10,6	5,086	0,533
İlköğretim	23	46,9	42	60,9	72	54,5		
Lise	14	28,6	12	17,4	33	25,0		
Üniversite	4	8,2	4	5,8	13	9,8		
<b>Babanın eğitim durumu</b>								
Okur/Yazar değil	3	6,1	4	5,8	2	1,5	9,659	0,14
İlköğretim	14	28,6	31	44,9	62	47,0		
Lise	22	44,9	28	40,6	51	38,6		
Üniversite	10	20,4	6	8,7	17	12,9		
<b>Okullarda cinsel ve üreme sağlığı eğitimi verilme düşüncesi</b>								
Evet	43	87,8	62	89,9	112	84,8	1,04	0,595
Hayır	6	12,2	7	10,1	20	15,2		

\* Ki-kare testi

\*\*Çok gözlü bu tablo oluşturulurken bir veya daha fazla kutucukta birey sayısı dağılımı

olmadığı için p değeri hesaplanamamıştır.

Tablo 4.4-3 incelendiğinde, evlenmeden önce cinsel ilişkiye olumlu bakan, olumsuz bakan ve bu konuda yorumda bulunmayan öğrencilerin cinsiyet, medeni durum, ailenin birliktelik durumu, ailenin ekonomik durumu sorularına verdikleri yanıtlar ve ayrıca, cinsel hastalıklardan korunmada sorumluluk yükü, cinsel hastalıklardan koruyucu tedbirler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon türlerine dair bakış açıları karşılaştırmalı olarak incelenmektedir.

Tablonun ilk bölümünde, öğrencilerin evlenmeden önce cinsel ilişkiye bakış açıları, cinsiyetlerine göre karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Buna göre, evlilik öncesi cinsel ilişkiye olumlu bakanların %67,3'ü erkek iken (%32,7'si kadın), bu tip bir ilişkiye olumsuz bakanların %52,2'si erkektir. Ayrıca, bu soruya yorum yapmaktan kaçınan kadın öğrenci oranı (%55,3), erkeklere kıyasla (%44,7) çok daha yüksektir. Yapılan ki-kare test sonucuna göre, kadın veya erkek olmak, öğrencilerin cinsel ilişkiye olumlu, olumsuz veya yorumsuz bakış açılarını etkilemektedir ( $\chi^2=7,373$ ,  $p=0,025$ ).

Tablonun ikinci bölümünde, öğrencilerin evlenmeden önce cinsel ilişkiye bakış açıları, medeni durumlarına göre karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Buna göre, evlenmeden önce cinsel ilişkiye olumlu bakanların çok büyük bir kısmı (%85,7) bekâr olan öğrencilerden oluşmaktadır. Diğer yandan bekâr olan öğrencilerin ( $n=207$ ) yaklaşık %20'si ( $n=42$ ) evlilik öncesi cinsel ilişkiye olumlu bakmakta, yaklaşık %25'i ise ( $n=52$ ) olumsuz bakmaktadır. İlginç bir şekilde, bekâr öğrencilerin yarıdan fazlası (%54,  $n=113$ ), evlilik öncesi cinsel ilişki hakkında yorum yapmak istememektedir. Evli öğrencilere bakıldığında ise, toplam 10 evli öğrenciden sadece bir tanesi (%10) evlilik öncesi cinsel ilişkiye olumlu baktığını belirtmektedir. Sonuç itibarıyla, tüm medeni durum kategorilerinde (bekâr, evli, nişanlı/sözlü ve flört) evlilik öncesi cinsel ilişkiye olumlu bakma düzeyi %10 ile %20 arasında değişen oranlardadır. Birbirine oldukça yakın olan bu oranlar dikkate alındığında, yapılan ki-kare test sonuçlarına göre medeni durum ile evlilik öncesi cinsel ilişkiye bakış açısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $\chi^2=6,568$ ,  $p=0,363$ ).

Tablonun üçüncü bölümünde, öğrencilerin evlenmeden önce cinsel ilişkiye bakış açıları, ailelerinin birlikte yaşama durumlarına göre karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Buna göre, anne ve babası hayatta olup birlikte yaşayan toplam 217 öğrenciden yaklaşık %20'si ( $n=44$ ), evlilik öncesi cinsel ilişkiye olumlu bakarken, yaklaşık %27'si ise ( $n=60$ ) bu tür bir ilişkiye olumsuz bakmaktadır. Bu kategorideki

öğrencilerin yarıdan fazlası ise (%52, n=113) evlilik öncesi cinsel ilişki sorusuna yorum vermekten kaçınmışlardır. Diğer kategorilerdeki (anne veya babası hayatta olmayan veya ayrı olan) öğrencilerin örneklem içerisindeki sayı ve oranları oldukça düşüktür. Tabloda bir veya daha fazla kutucukta birey sayısı dağılımı olmadığı için p değeri hesaplanamamıştır.

Tablonun dördüncü bölümünde, öğrencilerin evlenmeden önce cinsel ilişkiye bakış açıları, ailelerinin ekonomik gelir durumlarına göre karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Tablo frekans dağılımlarına bakıldığında, öğrencilerin yarıdan fazlasının (n=136) ailelerinin orta gelir düzeyine sahip olduğu, yaklaşık %35'inin ise (n=86) iyi gelir düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Ailesinin gelir düzeyi kötü olan toplam 14 öğrenciden 6'sı (yaklaşık %43'ü) evlilik öncesi cinsel ilişkiye olumlu bakıyorken, ailesinin gelir düzeyi iyi seviyede olan 86 öğrenciden sadece 11'i (yaklaşık %12'si) evlilik öncesi ilişkiye olumlu bakmaktadır. Tabloda bir veya daha fazla kutucukta birey sayısı dağılımı olmadığı için p değeri hesaplanamamıştır.

Tablonun beşinci bölümünde, öğrencilerin evlenmeden önce cinsel ilişkiye bakış açıları, cinsel hastalıklardan korunmada kimin sorumlu olması gerektiğine dair bakış açısına göre karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Buna göre, evlilik öncesi cinsel ilişkiye olumlu bakanlardan %85,7'si (n=42) hastalıklardan korunma konusunda hem kadın hem de erkeğin sorumlu olması gerektiğini belirtirken, bu oran evlilik öncesi cinsel ilişkiye olumsuz bakanlarda %91,3'tür. Ayrıca, evlilik öncesi cinsel ilişki hakkında yorum belirtmeyen öğrencilerin %77,3'ü de, hastalıklardan korunma konusunda hem kadın hem de erkeğin sorumlu olması gerektiğini belirtmektedir. Yapılan ki kare test sonuçlarına göre, öğrencilerin evlilik öncesi cinsel ilişkiye bakış açılarının, onların cinsel hastalıklardan korunmada kimin sorumlu olması gerektiğine dair bakış açılarına etki etmediği anlaşılmaktadır ( $\chi^2=6,65$ ,  $p=0,156$ ).

Tablonun altıncı ve yedinci bölümlerinde, evlenmeden önce cinsel ilişkiye olumsuz, olumlu ve yorumsuz olarak bakan öğrencilerin anne ve babalarının eğitim düzeyleri incelenmektedir. Buna göre, evlilik öncesi cinsel ilişkiye yönelik farklı (olumlu, olumsuz ve yorumsuz) bakış açılarına sahip öğrencilerin annelerinin %10,6 ile %16,3 arasında değişen oranlarda okur-yazar olmadığı, %46,9 ile %60,9 arasında değişen oranlarda ilköğretim mezunu oldukları, %5,8 ile %9,8 arasında değişen oranlarda ise üniversite mezunu oldukları anlaşılmaktadır.

Öğrencilerin evlilik öncesi cinsel ilişkiye yönelik farklı (olumlu, olumsuz ve yorumsuz) görüşleri ile annelerinin eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $\chi^2=5,068$ ,  $p=0,533$ ).

Diğer yandan, evlilik öncesi cinsel ilişkiye yönelik farklı (olumlu, olumsuz ve yorumsuz) bakış açılarına sahip öğrencilerin babalarının %1,5 ile %6,1 arasında değişen oranlarda okur-yazar olmadığı, %28,6 ile %47 arasında değişen oranlarda ilköğretim mezunu oldukları, %8,7 ile %20,4 arasında değişen oranlarda ise üniversite mezunu oldukları anlaşılmaktadır. Öğrencilerin evlilik öncesi cinsel ilişkiye yönelik farklı (olumlu, olumsuz ve yorumsuz) görüşleri ile babalarının eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $\chi^2=9,659$ ,  $p=0,140$ ).

Son olarak, evlilik öncesi cinsel ilişkiye hem olumlu bakan, hem olumsuz bakan, hem de bu konuda yorum yapmak istemeyen katılımların yaklaşık %85'lik bir kesimi, okullarda üreme sağlığı ve cinsel sağlık ile ilgili eğitim verilmesi gerektiğini savunmaktadır.

Öğrencilerin evlilik öncesi cinsel ilişkiye yönelik farklı (olumlu, olumsuz ve yorumsuz) görüşleri ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili eğitim verilmesine bakış açıları (verilmeli, verilmemeli) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $\chi^2=1,04$ ,  $p=0,595$ ).

**Tablo 4.4-4: Öğrencilerin Cinsel İlişki ile İlgili Görüşleri ve Sigara İçme Durumlarıyla ÜS/CS Bilgi Testi Puanlarının İlişkisi**

Evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulması konusuna bakış açısı	ÜS/CS Bilgi Test Puanları				
	Ort.	Ortanca	S.S.	Test Düzeyi	p
Olumlu	10,92	10	4,96	1,685**	0,431
Olumsuz	11,83	12	4,19		
Yorumsuz	11,01	11	4,09		
<b>Şu anda yaşadığı yer</b>					
Evde ailem/akrabam ile birlikte	11,87	12	3,98	6,27**	0,18
Evde arkadaş/arkadaşlarım ile	11,02	10,5	4,14		
Evde tek başıma	9,94	10	3,94		
Yurt-lojmanda	10,47	10	4,89		
Diğer	12,25	12,5	5,39		
<b>Sigara içme</b>					
Hiç içmedim	11,14	10	4,15	9,606**	<b>0,008</b>
Bıraktım	9,69	8,5	4,45		
İçiyorum	12,01	13	4,28		
<b>Son üç ay içinde cinsel birleşmeyle sonuçlanan ilişki durumu</b>					
Evet	10,62	10	4,46	6,456*	0,158
Hayır	11,41	11	4,24		

\* Mann-Whitney U testi

\*\* Kruskal Wallis testi

Tablo 4.4-4'te öğrencilerin evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulması konusuna bakış açıları, şu anda yaşadıkları yer, sigara içip içmedikleri ve son üç ay içinde cinsel birleşmeyle sonuçlanan ilişkileri olup olmadıklarına vermiş oldukları çeşitli yanıt türleri belirtilerek, bu yanıt türlerine göre gruplara ayrılan öğrencilerin test puanları arasında anlamlı düzeyde fark olup olmadığı iki kategorili değişkenlerde Mann-Whitney U, ikiden fazla kategorili değişkenlerde ise Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir.

Evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulması konusuna olumlu yaklaşan, olumsuz bakan ve bu konuda yorum yapmak istemeyen öğrencilerin üreme sağlığı cinsel sağlık bilgi düzeyi puanları birbirine oldukça yakındır (sırasıyla  $\bar{x}=10,92$   $\bar{x}=11,83$  ve  $\bar{x}=11,01$ ). Yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, bu puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $\chi^2=1,685$ ,  $p=0,431$ ).

Öğrencilerin şu an yaşadıkları yer açısından bakıldığında, en düşük ÜS/CS test puanına sahip öğrencilerin evde tek başına yaşayanlar olduğu ( $\bar{x}=9,94$ ), en yüksek ÜS/CS test puanına sahip öğrencilerin ise yaşadığı yer olarak “diğer” seçeneğini yanıtlayanlar olduğu ( $\bar{x}=12,25$ ) anlaşılmaktadır. Ne var ki, yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda aradaki bu puan farkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $\chi^2=6,270$ ,  $p=0,180$ ).

Sigara içme durumu açısından bakıldığında, ilginç bir şekilde, sigarayı halen içmeye devam edenlerin ÜS/CS test puanı ( $\bar{x}=12,01$ ), hem sigarayı hiç içmeyenlerin ( $\bar{x}=11,14$ ), hem de sigarayı bırakanların ( $\bar{x}=9,69$ ) test puanlarından daha yüksektir ve aradaki bu puan farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=9,606$ ,  $p=0,008$ ).

Son olarak, son üç ay içerisinde cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişkisi bulunan öğrencilerin test puan ortalamaları ile ( $\bar{x}=10,62$ ), son üç ay içerisinde cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişkisi bulunmayan öğrencilerin test puan ortalamaları ( $\bar{x}=11,41$ ) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $\chi^2=6,456$ ,  $p=0,158$ ).

**Tablo 4.4-5: Öğrencilerin Sigara İçme Davranışı ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki**

Cinsiyet	Sigara içme						Test düzeyi*	p
	Hiç İçmedim		Bıraktım		İçiyorum			
	n	%	n	%	n	%		
Kadın	59	50,9	16	38,1	47	51,1	2,316	0,314
Erkek	57	49,1	26	61,9	45	48,9		
<b>Aile bütünlüğü</b>								
Anne-baba hayatta, birlikte yaşıyor	105	90,5	36	85,7	76	82,6	5,744	**
Anne hayatta, baba değil	7	6,0	4	9,5	8	8,7		
Baba hayatta, anne değil	0	0,0	0	0,0	1	1,1		
Anne-baba hayatta, ayrı yaşıyor	3	2,6	1	2,4	6	6,5		
Anne-baba her ikisi de hayatta değil	1	0,9	1	2,4	1	1,1		
<b>Ailenin ekonomik durumu</b>								
Çok Kötü	1	0,9	1	2,4	2	2,2	14,882	0,061
Kötü	8	6,9	2	4,8	4	4,3		
Orta	70	60,3	26	61,9	40	43,5		
İyi	36	31,0	12	28,6	38	41,3		
Çok İyi	1	0,9	1	2,4	8	8,7		
<b>Evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulması konusuna bakışı</b>								
Olumlu	17	14,7	11	26,2	21	22,8	4,977	0,29
Olumsuz	30	25,9	12	28,6	27	29,3		
Yorumsuz	69	59,5	19	45,2	44	47,8		
<b>Şu anda yaşadığı yer</b>								
Evde ailem/akrabam ile birlikte	56	48,3	17	40,5	31	33,7	9,31	0,317
Evde arkadaş/arkadaşlarım ile	23	19,8	13	31,0	30	32,6		
Evde tek başıma	10	8,6	2	4,8	5	5,4		
Yurt-lojmanda	22	19,0	9	21,4	24	26,1		
Diğer	5	4,3	1	2,4	2	2,2		
<b>Annenin eğitim durumu</b>								
Okur/Yazar değil	21	18,1	4	9,5	8	8,7	5,102	0,531
İlköğretim	58	50,0	25	59,5	54	58,7		
Lise	28	24,1	9	21,4	22	23,9		
Üniversite	9	7,8	4	9,5	8	8,7		
<b>Babann eğitim durumu</b>								
Okur/Yazar değil	5	4,3	1	2,4	3	3,3	1,057	0,983
İlköğretim	52	44,8	18	42,9	37	40,2		
Lise	44	37,9	17	40,5	40	43,5		
Üniversite	15	12,9	6	14,3	12	13,0		

\* Ki-kare testi

\*\*Çok gözlü bu tablo oluşturulurken bir veya daha fazla kutucukta birey sayısı dağılımı olmadığı için p değeri hesaplanamamıştır.



Tablo 4.4-5'e göre, sigarayı hiç içmeyen, içip daha sonra bırakan ve halen içmeye devam eden öğrencilerin, cinsiyet, ailenin birliktelik durumu, ailenin ekonomik gelir düzeyi ve evlilik öncesi cinsel ilişkiye bakış açıları karşılaştırmalı olarak incelenmektedir.

Tablonun ilk bölümünde, öğrencilerin sigara içme durumları, cinsiyetlerine göre karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Buna göre, hiç sigara içmeyen erkek ve kadın öğrencilerin oranı neredeyse birbirine eşittir (erkek=%49,1, kadın=%50,9). Sigarayı bırakanların %61,9'u erkek, %38,1'i ise kadındır. Diğer yandan halen sigara içmeyen devam eden erkek ve kadın öğrencilerin de oranı neredeyse birbirine eşittir (erkek=%48,9, kadın=%51,1). Yapılan ki kare test sonuçlarına göre, kadın veya erkek olmak, kişilerin sigara içme tercihlerine (içme, içmeme ve bırakma) etki etmemektedir ( $\chi^2=2,316$ ,  $p=0,314$ ).

Tablonun ikinci bölümünde, öğrencilerin sigara içme durumları, ailelerinin birlikte yaşama durumlarına göre karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Buna göre, öğrencilerin yaklaşık %87'si ( $n=217$ ) aileleri ile birlikte yaşamaktadır ve bu gruptaki öğrencilerin yaklaşık yarısı ( $n=105$ ), hiç sigara içmeyen öğrencilerden, yaklaşık %15'i ( $n=36$ ), sigarayı bırakanlardan ve yaklaşık %35'i ise, halen sigara içen öğrencilerden oluşmaktadır. Diğer kategorilerdeki (anne veya babası hayatta olmayan veya ayrı olan) öğrencilerin örneklem içerisindeki sayı ve oranları oldukça düşüktür. Ayrıca, yapılan ki kare test sonuçlarına bakıldığında, farklı aile birliktelik durumlarına sahip olmanın sigara içme durumu ile ilişkili olmadığı görülmektedir ( $\chi^2=5,744$ ,  $p=0,676$ ).

Tablonun üçüncü bölümünde, öğrencilerin sigara içme durumları, ailelerinin ekonomik gelir durumlarına göre karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Tablodaki veriler incelendiğinde, ailesinin ekonomik gelir düzeyi iyi ve çok iyi seviyede olan öğrencilerden sigara içenlerin oranının (sırasıyla %41,3 ve %8,7), sigara içmeyenlere (sırasıyla %31 ve %0,9) ve sigarayı bırakanlara (sırasıyla %28,6 ve %2,4) oranla daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Fakat yapılan ki kare test sonuçlarına göre, aradaki bu oran farklarının istatistiksel olarak anlamlılık değeri olarak kabul edilen 0,05 seviyesinin üzerinde olduğu ( $p=0,061$ ), dolayısıyla öğrencilerin ailelerinin ekonomik düzeyleri ile kendilerinin sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişkinin saptanmadığı görülmektedir ( $\chi^2(4)=14,882$ ,  $p=0,061$ ).

Tablonun dördüncü bölümünde, öğrencilerin sigara içme durumları, evlilik öncesi cinsel ilişkiye bakış açılarına göre karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Tablo verilerine göre, hem sigara içen, hem içmeyen, hem de bırakan öğrenci gruplarının her birinde, evlilik öncesi cinsel ilişkiye en sık verilen yanıtın “yorumsuz” yanıtı olduğu (sırasıyla %47,8, %59,5, %45,2), en az verilerin yanıtın ise “olumlu” yanıtı olduğu (sırasıyla %22,8, %14,7, ve %26,2) anlaşılmaktadır. Yapılan ki kare test sonuçlarına göre, öğrencilerin evlilik öncesi cinsel ilişkiye bakış açıları ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır ( $\chi^2=4,977, p=0,290$ ).

Tablonun beşinci bölümünde, öğrencilerin sigara içme durumları, nerede ve kiminle yaşadıklarına göre karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Tablo verilerine göre, hem sigara içen, hem içmeyen, hem de bırakan öğrenci gruplarının her birinde yaşanan yer sorusuna en sık verilen cevabın, “evde ailem/akrabam ile birlikte” yanıtı olduğu (sırasıyla %48,3, %40,5, %33,7), “diğer” yanıtı haricinde en az verilerin yanıtın ise “evde tek başıma” yanıtı olduğu (sırasıyla %8,6, %4,8 ve %5,4) anlaşılmaktadır. Yapılan ki kare test sonuçlarına göre, öğrencilerin nerede ve kiminle yaşadıkları ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır ( $\chi^2 =9,310, p=0,317$ ).

Tablonun altıncı ve yedinci bölümlerinde, sigara içen, içmeyen ve bırakan öğrencilerin anne ve babalarının eğitim düzeyleri karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Buna göre, sigarayı hiç içmeyen, bırakan ve halen içen öğrencilerin annelerinin yarısından fazlası (sırasıyla %50, %59,5 ve %58,7) ilköğretim mezunudur. Her üç grupta da üniversite mezunu olan annelerin tüm annelere oranı %10’u geçmemektedir. Yapılan ki kare test sonucuna göre, öğrencilerin annelerinin eğitim düzeyleri ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır ( $\chi^2 =5,102, p=0,531$ ). Diğer yandan, sigarayı hiç içmeyen, bırakan ve halen içen öğrencilerin babalarının yaklaşık %40’ı ilköğretim mezunu, %40’ı ise lise mezunudur. Yapılan ki kare test sonucuna göre, öğrencilerin babalarının eğitim düzeyleri ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır ( $\chi^2 =1,057, p=0,983$ ).

**Tablo 4.4-6: Öğrencilerin bildiği Gebeliği Önleyici Etkin Yöntemler ile Son Üç Ay İçerisinde Cinsel Birleşme Durumları Arasındaki İlişki**

Gebeliği önleyici etkin yöntem	Son üç ay içinde cinsel birleşmeyle sonuçlanan ilişki				Test düzeyi*	P
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Takvim yöntemi	11	25,0	33	75,0		
Hazneyi (vajina) yıkama	13	32,5	27	67,5		
Deri altına takılan kapsül (implant)	18	28,1	46	71,9	3,978	0,409
Geri çekme (dışarı boşalma)	12	20,3	47	79,7		
Spermisit (sperm öldürücü)	7	16,3	36	83,7		

\* Ki-kare testi

Tablo 4.4-6'da da görüleceği üzere, öğrencilerin gebeliği önleyici etkin yöntemlere bakış açıları ile son üç ay içerisinde cinsel birleşme durumları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2 = 3,978; p=0,409$ ). Bu durum, öğrencilerin son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girip girmemelerinin, onların gebeliği önleyici etkin yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi ve tercihlerini anlamlı düzeyde etkilemediğini ifade etmektedir.

#### 4.5. Duygusal Zekâ Ölçeği İle Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık İlişisine Ait Bulgular

Bu bölümde öğrencilerin üreme sağlığı cinsel sağlık sorularına vermiş oldukları cevaplara göre oluşan gruplar arasında, duygusal zekâ ölçek skorları bakımından anlamlı farklılıklar olup olmadığı incelenecektir.

Aşağıda duygusal zekâ ölçeğinin toplam puanları, kadın ve erkek öğrencilere göre karşılaştırılmaktadır.

**Tablo 4.5-1: Öğrencilerin Duygusal Zekâ Ölçek Puanı Karşılaştırması**

Cinsiyet	N	Ortalama	Ortanca	S.S	Min	Maks	Test düzeyi*	P
Kadın	122	64,25	62	9,33	35	88	7.150	0,249
Erkek	128	63,50	60	8,86	50	98		

\*Mann-Whitney U

Tablo 4.5-1'de görüleceği üzere, kadın ve erkek öğrencilerin ölçek puan ortalamaları (sırasıyla 64,25 ve 63,50) ve ortancaları (sırasıyla 62 ve 60) birbirine oldukça yakın düzeydedir. Yapılan Mann Whitney U testi sonucunda, kadın ve erkek öğrencilerin ölçek skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $U=7.150, p=0,249$ ).

**Tablo 4.5-2: Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık Sorularına Verdiği Cevaplarının Duygusal Zekâ Ölçeği Skorları ile Karşılaştırılması**

Sorular	Seçenekler	n	Ort.	SS	Test düzeyi*	p
Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak konusunda sorumlu kişi	Erkek	30	60,43	2,46	1,701	0,427
	Kadın	13	56,77	4,71		
	Her ikisi de	207	60,47	1,1		
Gençlerin üreme sağlığı haklarına dahil olmayan seçenek	Kendi kararını vermede özgür olma hakkı	39	59,74	3,06	12,266	<b>0,015</b>
	Kendini koruma ve başkası tarafından korunma hakkı	30	54,4	3,55		
	Cinsel sağlık konularını bilme hakkı	31	62,9	2,57		
	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı	22	52,95	3,27		
	<b>Genital enfeksiyonu eşinden gizleme hakkı</b>	128	62,44	1,16		
Gebelik açısından risk faktörü olmayan seçenek	<b>30 yaşında ilk gebeliğin olması</b>	71	64,21	1,65	13,105	<b>0,011</b>
	İlk doğum arasında 3 yıldan daha az bir süre bulunması	49	61,88	1,59		
	18 yaşından küçük ya da 35 yaşından büyük olunması	74	54,88	1,87		
	Bir kadının dört ya da daha fazla çocuğa sahip olması	32	60,19	3,98		
	Kadının 38 kilodan daha az bir kiloya sahip olması	24	62,13	2,38		
Cinsel yolla bulaşan hastalık	<b>Sifiliz (frengi)</b>	95	60,37	1,55	1,533	0,675
	Hepatit A	131	60,16	1,43		
	Grip (influenza)	20	59,25	3,15		
	Kanser	4	67	4,49		

\*Kruskal Wallis testi

Tablo 4.5-2'nin ilk bölümünde görüleceği üzere, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda erkek, kadın ve her ikisi de şeklinde cevap veren üç grup öğrencilerin duygusal zekâ puan ortalamaları birbirine oldukça yakındır (sırasıyla 60,43; 56,77 ve 60,47). Bu farklılıkların anlamlı olup olmadığına yönelik yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, bu üç grubun duygusal zekâ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $\chi^2 = 1,701$ ;  $p=0,427$ ).

Tablo 4.5-2'nin ikinci bölümünde, üreme sağlığı hakları ile ilgili yapmış oldukları tanımlamalara göre farklılaşan öğrenci gruplarının duygusal zekâ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmış, yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, üreme sağlığını farklı şekilde tanımlayan ve bu anlamda birbirinden ayrılan öğrencilerin duygusal zekâ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu görülmüştür ( $\chi^2 = 12,266$ ;  $p=0,015$ ).

Tablo 4.5-2'nin üçüncü bölümünde, gebelik açısından risk faktörü olabilecek beş madde ve bu beş maddeden her birini seçen öğrenci gruplarının duygusal zekâ puan ortalamaları yer almaktadır. Yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, gebelik açısından risk faktörü olarak farklı yanıtları işaretleyen ve bu anlamda farklı beş gruba ayrılan öğrencilerin duygusal zekâ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır ( $\chi^2 = 13,105$ ;  $p=0,011$ ).

Tablo 4.5-2'nin dördüncü ve en alt bölümünde ise, öğrenciler cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili işaretlemiş oldukları “Sifiliz(frengi), Hepatit A, Grip ve Kanser” yanıtlarına göre her bir cevabı temsil eden dört farklı gruba ayrılmış ve bu grupların duygusal zekâ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Tablo 4-5-2'de görülen test sonuçlarına göre, bahse konu öğrenci gruplarının duygusal zekâ puan ortalamaları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı anlaşılmaktadır ( $\chi^2 = 1,533$ ;  $p=0,675$ ).

#### 4.6. Duygusal Zekâ Ölçeği ile Riskli ÜS/CS Davranışlarının İlişkisine Ait Bulgular

Bu bölümde öğrencilerin riskli davranışlarını ölçen sorulara vermiş oldukları cevaplara göre oluşan gruplar arasında, duygusal zekâ ölçek skorları bakımından anlamlı farklılıklar olup olmadığı incelenecektir.

**Tablo 4.6-1: Riskli Davranışlar Soru Maddelerinin Duygusal Zekâ Ölçeği Skorları Kapsamında Karşılaştırılması**

Sorular	Seçenekler	n	Ort.	S.S.	Test düzeyi*	p
Sigara içme	Hiç içmedim	116	57,48	1,33	7,403	<b>0,025</b>
	Önceden içiyordum bıraktım	42	60,26	3,07		
	Halen içiyorum	92	63,8	1,5		
Son üç ay içinde cinsel birleşmeyle sonuçlanan ilişkisi olma durumu	Evet	61	56,54	2,43	4,112	<b>0,043</b>
	Hayır	189	61,48	1,04		
Son cinsel ilişkinizde kondom (prezervatif) kullanma durumu	Hiç cinsel ilişkim olmadı	159	60,52	1,18	2,052	0,562
	Evet	51	60,56	2,16		
	Hayır	40	58,51	3,08		
İstenmeyen gebelik deneyimi olma durumu	Evet	32	52,88	3,51	8,141	<b>0,004</b>
	Hayır	218	61,36	0,99		
Evli olmadan yaşanan bir cinsel ilişki sonunda ortaya çıkan gebelik durumundaki görüşü	Her koşulda gebeliğin devam ettirilmesi gereklidir	160	61,58	1,23	4,425	<b>0,035</b>
	Her koşulda kürtaj yaptırılmalıdır	90	57,97	1,63		

\*Kruskal Wallis testi

Tablo 4.6-1'in birinci bölümünde, daha önce hiç sigara içmeyen, halen sigara içen ve önceden içip daha sonra bırakan üç farklı öğrenci grubun duygusal zekâ ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı incelenmiştir. Yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, sigara içen, içmeyen ve bırakan öğrenci gruplarının duygusal zekâ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farkın bulunduğu görülmektedir ( $\chi^2 = 7,403$ ;  $p=0,025$ ).

Tablo 4.6-1'in ikinci bölümünde, son üç ay içerisinde cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişkisi olan (evet) ve olmayan (hayır) öğrenci gruplarının duygusal zekâ puan ortalamaları arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, son üç ay içinde cinsel ilişkiye giren ve girmeyen öğrenci gruplarının duygusal zekâ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farkın bulunduğu anlaşılmıştır ( $\chi^2 = 4,112$ ;  $p=0,043$ ).

Tablo 4.6-1'in üçüncü bölümünde, son cinsel ilişkide kendisi veya partneri bakımından kondom (prezervatif) kullanan öğrenciler, kullanmayan öğrenciler ve hiç cinsel ilişki tecrübesi olmayan öğrencilerin arasındaki duygusal zekâ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, kondom kullanan, kullanmayan ve hiç cinsel ilişki tecrübesi olmayan öğrenci gruplarının duygusal zekâ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ( $\chi^2 (\chi^2 = 2,052$ ;  $p=0,562$ ).

Tablo 4.6-1'in dördüncü bölümünde, kendisi veya partneri açısından gebelik deneyimi olan ve olmayan öğrencilerin duygusal zekâ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, gebelik deneyimi yaşayan ve yaşamayan öğrencilerin duygusal zekâ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $\chi^2 = 8,141$ ;  $p=0,004$ ). Grupların duygusal zekâ skorlarına bakıldığında, kendisi veya partneri tarafından gebelik deneyimi yaşayan öğrencilerin duygusal zekâ puan ortalamaları (ortalama 52,88), hiç gebelik deneyimi yaşamayan öğrencilerin (ortalama 61,38) kıyasla daha düşük olduğu ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6-1'in beşinci ve en alttaki bölümünde, evli olmadan yaşanan bir cinsel ilişki sonunda ortaya çıkan gebelik durumunda, gebeliğin devam ettirilmesi gerektiğini savunan ( $n=160$ ) ve diğer yandan da kürtaj yapılması gerektiğini savunan ( $n=90$ ) iki öğrenci grubunun duygusal düzeyleri arasında fark olup olmadığına yönelik Kruskal

Wallis testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda, “her koşulda gebeliğin devam ettirilmesi gereklidir” görüşünü savunan öğrencilerin duygusal zekâ puan ortalamalarının (ortalama = 61,58), “Her koşulda kürtaj yaptırılmalıdır” görüşünü savunan öğrencilerin duygusal zekâ puan ortalamalarından (ortalama = 57,97) daha yüksek olduğu ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $\chi^2 = 4,425$ ;  $p=0,035$ ).



## 5. TARTIŞMA

Üniversite öğrencilerinin üreme sağlığı ve aile planlaması bilgi düzeylerini belirlemek, bilgi düzeyinin riskli davranışlar ve duygusal zekâ ile ilişkisini incelemek amacıyla elde edilen bulgular güncel literatür doğrultusunda altı başlık altında ele tartışılmıştır.

### 5.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Bilgi Testine Ait Bulguların Tartışılması

5.3 Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Riskli Davranışlar ile İlgili Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

5.4. Üreme Sağlığı Cinsel Sağlık Bilgi Testi Düzeyinin Riskli Davranışlar ile İlişkinine Ait Bulguların Tartışılması

5.5. Duygusal Zekâ Ölçeği ile Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) İlişkinine Ait Bulguların Tartışılması

5.6. Duygusal Zekâ Ölçeği ve Riskli Davranışlara Ait Bulguların Tartışılması

### 5.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Üniversite öğrencileri ile ÜS/CS konusunda yapılmış pek çok çalışma vardır. Aslan ve arkadaşlarının dört farklı üniversitede eğitim gören, toplam 613 öğrenci ile yaptıkları, üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeyleri ve davranışları konulu araştırmada yaş ortalaması  $21,42 \pm 3,82$  olarak bildirilmiştir [95]. Evcili ve arkadaşları ebelik bölümü öğrencilerinin evlilik öncesi cinsel deneyim konusundaki görüş ve tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada 181 öğrencinin yaş ortalaması  $20,5 \pm 1,7$  olarak bildirilmiştir [30]. Araştırmamızda ise çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $21,24 \pm 2,47$  olarak elde edildi (Tablo 4.1-1). Araştırmamızdaki yaş ortalaması Aslan ve Evcili'nin araştırma sonuçlarına benzerdir.

Metin tarafından 2015 yılında yapılan üniversite son sınıf öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi düzeyleri konulu araştırmada kadın öğrenciler %49,1 olarak bildirilmiştir [96]. Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) göre 2018'de Türkiye



nüfusunun %49,8 ini kadın nüfus oluşturduğunu bildirmiştir [97]. Araştırmamızın %48,8'i kadın öğrencilerden oluşmaktadır. Araştırmamızdaki kadın erkek oranı Metin ve TUIK sonucuyla benzerdir.

Metin tarafından yapılan çalışmada, şu an yaşanan yer; %56,5 evde aile ile birlikte, arkadaşı ile birlikte olarak belirtenlerin oranı %13,7, evde tek başına olarak belirtenlerin oranı %19, yurt-lojmanda olarak belirtenlerin oranı %10,7 olarak bildirilmiştir [96]. Araştırmamızda da benzer olarak yurttan, evde arkadaş/arkadaşları ile ve evde tek başına yaşayanların oranı daha düşük iken, evde ailem/akrabam ile birlikte yaşayanların oranı daha yüksekti ve öğrenci oldukları için çoğunluk bekar öğrencilerden oluşuyordu (Tablo 4.1-2). Medeni durum ve yaşanan yerle ilgili bu farklılıkların sebebi araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim için aileden uzaklaşmamayı tercih etmek olabilir. Aynı araştırma olan Metin tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin medeni durumları; %75,3'nün bekâr, %3,9'nun evli ve %14,9'nun flört ile birlikte olarak bildirilmiştir [96]. Araştırmamızda bekârların oranı benzer şekilde hem kadın hem erkek için daha yüksekken (%82,8) evli ve diğer medeni durumlar daha düşüktü (Tablo 4-1-2). Üniversite öğrencilerinin çoğunluğunun medeni durumunun bekâr olması tüm çalışmalarda beklenen bir sonuçtur.

1935 yılı eğitim istatistikleri incelendiğinde, kadın nüfusun %90,2'sinin; erkek nüfusun %70,7'sinin, okuma yazma bilmediği anlaşılmaktadır. 2018 yılı TUIK verilerine göre ise kadınların %5,2'sinin, erkeklerin %0,9'sinin; toplam nüfusun %3,0'nun okuma yazma bilmediği görülmektedir [98]. Araştırmamızda öğrencilerin anne ve babaların eğitim durumlarına bakıldığında; okur/yazar olmama oranının annelerde daha fazla olduğu, babaların eğitim seviyeleri annelerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1-3). Öğrenciler arasında cinsiyet oranını benzer olması ve TUIK verileri göz önüne alındığında geçmişten günümüze doğru yüksek öğrenimdeki cinsiyetler arasındaki eğitim farkının azaldığı görülmektedir.

TUIK istatistikleri gelir ve yaşam koşulları araştırması sonuçlarına göre; eşdeğer hane halkı kullanılabilir fert medyan gelirinin %60'ı dikkate alınarak belirlenen yoksulluk sınırı incelendiğinde, yoksulluk sınırının altında yaşayan bireylerin oranının 2017 yılında %20,1 olduğu bildirilmiştir [99]. Araştırmamızda ailenin ekonomik durumu öğrencilerin görüşüne göre sorulmuş olup büyük çoğunluğu gelir durumunu orta ve üzeri olarak bildirmiştir (Tablo 4.1-3).

Aile içinde sık yaşanan tartışma ve şiddet, beklendiği gibi ergenlerde risk alma davranışlarını arttırmaktadır. Duygusal olarak yakın ve destekleyici olma, baskıcı olmayan, uyumlu aile ilişkileri ergenin riskli davranışlara karışmasını engellemekte; ergenin olumsuz akranlarıyla beraber olma olasılığını azaltarak, akran grubunun yaratacağı olumsuz etkilerden ergeni korumaktadır [100]. Araştırmamızda öğrencilerin büyük bir çoğunluğu olumlu bir bulgu olarak anne ve babasının birbirleriyle iyi (%31) ve çok iyi (%51) anlaştığını belirtmişlerdi (Tablo 4.1-3). Bu durum öğrencileri sigara, alkol, uyuşturucu ve korunmasız cinsel deneyim gibi riskli sağlık davranışlarından korunması açısından önemlidir.

Metin tarafından yapılan çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu (%92,9) şimdiye kadar ÜS/CS ile ilgili herhangi bir sağlık sorunu yaşamadıklarını, %7,1'i ise yaşadığını bildirmiştir [96]. Araştırmamızda katılımcıların 1/3'ü genel olarak sağlıklı olmadığını düşünüyor, bununla birlikte yukarıdaki araştırmaya benzer şekilde çok azı ÜS/CS ile ilgili herhangi bir sağlık sorunu yaşadığını belirtmişti (Tablo 4.1-4). Bunun nedeninin ÜS/CS sorunlarını gizleme eğiliminden kaynaklanıyor olabilir.

## **5.2. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Bilgi Testine Ait Bulguların Tartışılması**

Gençler üniversite dönemine ÜS/CS yönünden gerekli bilgi ile donatılmış bir şekilde başlar veya devam ederse, ilk ilişkileri itibari ile daha sağlıklı kararlar alabileceklerdir. Gençlerin ÜS/CS konusundaki bilgi eksikliği tespit edilip, eğitim verenlerin gereksinimleri belirlendiğinde, daha kaliteli ve gerekli bir hizmet sunulabilecektir.

Metin, 34 sorudan oluşan bilgi düzeyi, Pınar (2008) ve Geçici'nin (2011) çalışmalarında kullanılmış olan sorulardan faydalanılarak oluşturulan soru formuyla ölçülerek öğrencilerin ortalamasını 16,85 (%49,6) olarak bildirmiştir. Metin'in bu araştırmasında öğrencilerin ÜS/CS bilgi düzeyini olumlu etkileyen faktörler: İnsan ve Toplum Bilimleri veya Mühendislik- Mimarlık Fakültesinde öğrenim görme, kadın cinsiyet, özel liseden mezun olma, öğrenim bursu alma, üniversite ve üzeri eğitime sahip anne veya babası olması, ailede cinsel sağlıkla ilgili konularını konuşuluyor olması, okullarda ÜS/CS eğitimi verilmesini isteme, ÜS/CS bilgi düzeylerini yeterli bulma, evlenmeden önce cinsel ilişkiye olumlu bakma ve üniversitede ÜS/CS danışma

birimi olmasını isteme yer almaktadır [96]. Kocaman, öğrencilerin genel olarak ÜS/CS bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını ve dış hekimliği fakültesinde öğrenim görenler, kadın cinsiyet, sağlık meslek lisesinden mezun olanlar, ailenin aylık geliri 3500 TL'den yüksek olanlar, üniversite ve üzeri eğitime sahip anne veya babası olanlar, ailede cinsel sağlıkla ilgili konularını konuşanların ÜS/CS puanlarının olumlu etkilendiğini bildirmiştir [101]. Dinç ve arkadaşları üniversite öğrencilerin aile planlaması ile ilgili bilgi seviyeleri orta düzeyde olduğunu bildirmiştir (%52.6) [102]. Araştırmamızda 25 soruluk bilgi testinde başarı ortalaması 11,22 olduğu ve kadınların bilgi testi puanının daha yüksek olduğu görülmüş (Tablo 4.2-1, Tablo 4.2-3). Araştırmamızın bu sonucunun başarı düzeyinin altında kaldığını göstermektedir dolayısı ile öğrencilerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık ile ilgili bilgi düzeyleri Metin, Kocaman ve Dinç'in araştırmalarına benzer olarak yetersizdir. Bu yetersizlik beraberinde riskli davranışları da getirmektedir. Gençlerin sağlığını korumak sonraki yaşlarında daha kaliteli yaşam sürmek amacıyla ÜS/CS konularında gerekli bilgilendirme uygun yollardan yapılması gereklidir.

Kadın öğrencilerin, ekonomik durumu iyi ve çok iyi olanların, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmanın her iki cinsinde sorumluluğu olduğunu belirtenlerin, anne-babanın orta düzeyde anlaşıyor olmanın, sifilizin CYBE olduğunu bilenlerin ÜS/CS bilgi düzeyleri daha yüksekti. Medeni durum ÜS/CS bilgi düzeylerini etkilememekteydi. Anne babanın yaşıyor, birlikte olması, ayrı olması veya hayatta olmamaları ÜS/CS bilgi seviyelerini etkilememekteydi (Tablo 4.2-2).

Hacettepe Üniversitesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada annelerin öğrenim düzeyi arttıkça öğrencilerin bilgi düzeyinde anlamlı şekilde artış görülmüş ancak baba öğrenim durumu ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [103]. Ancak çalışmamızda anne babanın eğitim durumunun bilgi düzeyine etkisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2-2). Ancak anne ve babanın öğrenim düzeyleri yükseldikçe, çocuklarıyla daha fazla iletişime geçip, cinsellikle ilgili konuları daha rahat konuşabilmekte ve çocuklarına ÜS/CS ile ilgili bilgileri aktarabilmektedir.

IPPF belirlediği üreme hakları göz önüne alındığında üreme sağlığı hizmetleri alırken özel bilgilerin gizli kalması gerektiği belirtilmektedir [32]. Ancak bu cinsel enfeksiyon nedeni ile partnerin güvenliğinin tehlikeye atılacağı anlamına gelmemektedir. Araştırmamızda öğrencilerin yarısı genital enfeksiyonu eşinden gizleme

hakkının üreme sağlığı hakkı olmadığını düşünmüştü (Tablo 4.2-4). Yapılacak ÜS/CS eğitimlerinde CYBE gizlemenin neden olabileceği sağlık riskleri üzerinde durulmalıdır.

Kadın öğrencilerde daha fazla (%63,93) olmak üzere tüm öğrencilerin yarısından fazlası cinsel istismar sorusuna, “Kişi bedenine dokunulmasını istemediğinde hayır diyebilmelidir” doğru yanıtını vermişti (4.2-5). Ancak gebelik açısından risk faktörleri ve gebeliklerin yasal olarak kaçınıcı haftaya kadar sonlandırılabilceği az biliniyordu (Tablo 4.2-7). Kadın ve erkeklerde en çok tercih edilen seçenek gebeliğin yasal olarak 6. haftaya kadar sonlanabileceği idi. En az haftaya sahip olan seçenek seçilmişti, hafta ilerledikçe ve fetüsün geliştikçe gebeliğin sonlanmasına dair düşünce azalmıştı. Ama gebeliğin sonlanması için yasal süre olan “10 hafta”nın ve gebelik açısından risk faktörü olmayan “30 yaşında ilk gebeliğin olması” doğru seçeneklerinin az tercih edilmiş olması bilgi yetersizliği ve buna bağlı olarak ÜS/CS açısından riskli davranış göstermesi mümkün olmaktadır.

İstenmeyen gebelikler ve istemli yapılan düşüklerin olduğu olgulara bakıldığında, %50’sinin geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemi ile korunduğu gözlemlenmiştir ve geri çekme etkin olmayan korunma yöntemlerindedir [104]. TNSA-2013 verilerine göre; tüm yaş gruplarına bakıldığında her yaşta en çok bilinen gebeliği önleyici yöntem, geri çekmedir. Ayrıca geri çekme yöntemi, 15-19 yaş aralığı kadınlarda kullanımı en yüksek düzeydedir [49]. Araştırmamızda da gebeliği önleyici etkin olmayan yöntem olarak geri çekmeyi, özellikle kadınlar (%53,3) tarafından daha çok biliniyordu (Tablo 4.2-6). Gebelik, doğum, kürtaj olaylarını yaşayan ve çocuk bakımında asıl rolü kadınlar üstlendiği için gebeliği önleme yöntemlerini kadınlar daha fazla öğrenmeyi tercih ediyor.

CYBE bir çığ gibi büyüdüğü ve pek çok ülkenin bu salgının durdurulmasında çaresiz kaldığı bu dönemde, CYBE mücadelede en etkili yolun eğitim olduğu kabul edilmektedir. Özellikle salgının en çok görüldüğü 15-24 yaş grubunun cinsel sağlık eğitimi almasının ve güvenli cinsel davranış kazanmalarının salgının durdurulmasına önemli bir rol oynayacağı açıktır [105]. Araştırmamızda öğrencilerin yaklaşık yarısı prezervatifin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağladığını biliyordu ve bu oran kadın öğrencilerde daha fazlaydı (57,4) (Tablo 4.2-8). Öğrencilerin sifilizin CYBE olduğunu bilme oranı düşüktü ve yarıdan azı Hepatit B’nin aşıyla önlenebilen ve cinsel yolla bulaşan bir etken olduğunu biliyordu. Öğrencilerin yaklaşık 1/3’ü AIDS’in

aşı ile tedavi edilebilen bir hastalık olmadığını biliyordu (Tablo 4.2-9). Bu bilgi eksikliği öğrencilerde CYBE açısından riskli davranış gösterebilme ihtimalini arttırmaktadır.

### **5.3. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Riskli Davranışlar ile İlgili Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması**

Yaşanan hızlı sosyokültürel değişim, ergenlik döneminde özellikle cinsel konularda eğitimin yetersiz olması, üniversite gençlerini ÜS/CS konularında riske açık bir topluluk haline getirmektedir.

Kocaman tarafından 2017 yılında 366 üniversitesi öğrencisinin üreme sağlığı hakkındaki bilgi ve düşüncelerini etkileyen sosyodemografik faktörlerin çalışmada katılımcılar ÜS/CS bilgilerini: %47’i iletişim araçlarından (internet, TV, dergi, gazete vb), %32’ arkadaşlarından, %17,2’si anneden, %12,8’i sağlık personelinden, %12,6’sı öğretmeninden, %7,9’u babadan, %6,3’ü kardeşlerden aldıklarını bildirmiştir [101]. Metin’in araştırmasında ÜS/CS bilgilerini %49,3’ü internetten, %31,8 arkadaşından, %23,1’i TV-Gazete-Dergilerden, %19,9’u annesinden, %19,3’ü sağlık personelinden ve % 11,3’ü öğretmeninden aldığı bildirilmiştir [96]. Bu araştırmalarda öğrenciler birden fazla seçeneği işaretlediğinden bizim sonuçlarımızla karşılaştırmada sıralama yapılarak yorumlanmıştır. Geçici tarafından 1720 katılımcıyla yapılan “Gaziantep Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsellik ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi” konulu çalışmada öğrencilerin ÜS/CS bilgilerini: %41.3’ünün birden çok yerden, %24,8’i iletişim araçlarından, %18’i arkadaşlarından, %4,7’si öğretmenden ve %3,4’ü sağlık personelinden aldığı bildirilmiştir [7]. Araştırmamızda ise öğrencilerin çok büyük bir çoğunluğu ÜS/CS ile ilgili herhangi bir sağlık sorunu yaşamamıştı ve kadınlarda daha fazla olmak üzere okullarda ÜS/CS eğitimi verilmesi gerektiğini düşünüyorlardı. ÜS/CS ile ilgili bilgileri kadınlar daha çok annelerinden erkekler ise arkadaşlarından almaktadır. Her iki grup için internet ikinci sırada bilgi kaynağıdır. Sağlık personelinden bilgi almanın oldukça düşük olması dikkat çekmektedir (Tablo 4.3-1). Araştırmamız Kocaman, Metin ve Geçici’nin araştırmalarına göre, öğrencilerin ÜS/CS bilgi kaynakları oranlarının benzer olduğu görülmektedir. ÜS/CS bilgilerinin daha çok internet gibi medya araçlarından alınması öğrencilerin yanlış bilgilendirilmesi ve riskli sağlık davranışlara yönlendirilebilir. Bu konuda bilgi kaynağının öğretmenler ve sağlık personeli olması gerektiği açıkken bu bilgi kaynaklarının son sıralarda yer alması dikkat

çekicidir. ÜS/CS bilgilerinin okullarda ve özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında bilgili eğitimci (öğretmen, doktor, hemşire) tarafından yeterli olarak verilmelidir. Araştırmamızda diğer üç araştırmadan farklı olarak ÜS/CS bilgi kaynakları cinsiyete göre de incelenmiştir (Tablo 4.3-1). Kız öğrencileri için daha çok annelerin erkek öğrenciler için daha çok arkadaşlarının bilgi kaynağı olması bu konuda geliştirilecek eğitim programlarında bu iki grubun göz önüne alınması gerektiğini göstermektedir.

Metin tarafından yapılan araştırmada okullarda ÜS/CS eğitiminin verilmesini öğrencilerin %92,6'sının istediğini bildirmiştir [96]. Araştırmamızda ise kadın öğrenciler daha fazla (91,80) olmak üzere büyük çoğunluğu (86,8) okullarda ÜS/CS eğitiminin verilmesini istemişlerdir. Ayrıca öğrencilerin nerdeyse yarısı ÜS/CS bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 4.3-1). Bu araştırmalar üniversite öğrencilerinin ÜS/CS eğitim ihtiyacını güçlü bir şekilde olduğunu göstermektedir. Üreme hakları kapsamında, gençler dahil tüm insanların cinsel sağlık, üreme sağlığı, hakları ve sorumluluklarına ilişkin, cinsiyete duyarlı, önyargısız, tarafsız ve çoğulcu bir şekilde verilen eğitime ve doğru bilgilere erişme hakkına sahiptir [7,106]. Türkiye’de cinsel sağlık eğitimi ile ilgili konuların bazıları, ilköğretim ve orta öğretimde ders programında farklı derslerde birbirinden bağımsız olarak yer almaktadır.

Atatürk Üniversitesi’nde yapılan bir araştırmada öğrencilerin %61,3’ü cinsel sağlığı, sağlıklı cinsellik olarak tanımlamışlardır [107]. Araştırmamızda da benzer olarak üreme sağlığının ne olduğu ile ilgili görüşe erkeklerde daha fazla (68,0) olmak üzere tüm öğrencilerde verilen en yaygın yanıt %60 oranla “Sağlıklı cinselliktir” (Tablo 4.3-2). Bu sonuç cinsellik sağlıklı yaşandığında üreme ile ilgili problemin yaşanmayacağı düşüncesini göstermektedir. Kişiler cinsel yaşamları ile ilgili kararlar verirken mutlaka üremeyi de hesaba katmalı ki riskli davranış göstermeden güvenli ve sağlıklı cinsellik yaşayabilsinler. Üreme sağlığı ve cinsel sağlık bütünsel olarak ele alınması gereken tüm yaşamı etkileyen konulardır.

CYBE yakalanmamak veya risklerini azaltmak, istenmeyen ve planlanmamış bir zamanda gebe kalmayı engellemek için yapılabilecekler güvenli cinsel davranış biçimleri olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışların başında cinsel ilişkiden kaçınma veya cinsel ilişkiyi erteleme gelmektedir. Özellikle cinsel ilişkiye başlama yaşının küçülmesi, erken yaşta gebelik, gebeliği sonlandırma ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanma sıklıklarının artması cinsel ilişkiden kaçınma/erteleme

yönünde uyarı ve önerileri artırmakta, cinsel gereksinimleri karşılamak için de çeşitli alternatifler sunulmaktadır. Bu alternatiflerin başında tek eşlilik, eğer olamıyorsa korunmalı cinsel ilişkiyi alışkanlık haline getirmek ve kondom kullanmak gelmektedir [88]. Öğrencilerin büyük bir çoğunluğu güvenli cinsel ilişkinin ne olduğu konusunda belli bir görüşe sahiptiler. Hem kadın hem erkek öğrenciler için çoğunluk (%37,5) güvenli cinsel ilişkiyi “CYBE’den korunmak” olarak tanımlamıştı, diğer en fazla (%30,5) tercih edilen görüş “Tek eşlilik” olmuştu (Tablo 4.3-3). Güvenli ilişki; sadece kondom kullanmakla sınırlı değildir. Ayrıca, karşılıklı güvenin, dostluğun, sevginin ve saygının olduğu, bireyler arası paylaşımın artarak yoğun duyguların yaşandığı bu ilişkide, doğru iletişimi kurarak kendini ortaya koyabilmek, “evet” ya da “hayır” diyebilmek, cinsel ilişkiye karşı tarafı zorlamamak ilişkinin sağlıklı yürüyebilmesi için çok önemlidir [2].

2013 TNSA verilerinde görüşme yapılan kadınların hepsi en az bir modern yöntemi bildiği bildirilmişti. Kadınlar arasında en yaygın olarak bilinen gebeliği önleyici modern yöntem RİA ve hap olduğunu ve bu yöntemleri tüp ligasyonu, prezervatif ve iğne takip etmektedir [49]. Araştırmamızda ise hem kadın hem erkekte en fazla bilinen gebeliği önleyici yöntem prezervatif (%80,4) ve hap (%72), en az takvim yöntemi (%31,2), iğne (%28,4) ve vazektomi (%26) bilinmekteydi (Tablo 4.3-4). TNSA verileriyle araştırma sonucumuz benzerdir.

AIDS ile ilgili kadın öğrencilerin çoğunluğu “Bilimsel araştırmalara ağırlık verilerek, çare bulunmalı; zira cinsel tercihler sınırlandırılmaz” yanıtına katılmışlardı, erkek öğrenciler ise “Tedavisi bulununcaya kadar, etkili cinsel korunma yöntemlerine başvurarak hastalığa yakalanmamak gerekir.” düşüncesine katılmışlardı (Tablo 4.3-5). AIDS hastalığı ve diğer CYBE konusunda, tedaviden önce korunmanın önemi düşünülürse; toplumun farkındalığının bu konuda artırılıp, bilinçlendirilmesinin etkin bir yol olduğunu ve öğrencilerin görüşünün bunu desteklediği görülmektedir.

Kocaman, evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulmasına olumlu bakanların oranını %36,3, olumsuz bakanların oranını %32,5, yorumsuz kalanların oranını %31,1 olarak bildirmiştir [101]. Metin, öğrencilerin evlenmeden önce cinsel ilişkiye, %43,5’inin olumlu, %25,3’ünün olumsuz, %31,3’ünün yorumsuz baktığını bildirmiştir [96]. Aslan ve arkadaşlarının, öğrencilerin %48,6’sının evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanmasını kabul edilebilir buldukları, %32,0’nın olumsuz baktığını ve erkek

öğrencilerin kız öğrencilere göre evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanmasını istatistiksel olarak anlamlı derecede kabul edilebilir bulduklarını bildirmiştir [95]. Araştırmamızda ise evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulmasına kadın öğrencilerin %59,8'i erkek öğrencilerin %46,1'i olumsuz bakarken, erkek öğrenciler (25,8) kadınlara (13,1) göre evlenmeden önce cinsel ilişkiye daha olumlu bakmıştı. Öğrencilerin %27'si ise yorumsuz kalmıştı (Tablo 4.3-6). Araştırmamızda cinsel ilişkide bulunulması konusunda öğrencilerin tutumu olumsuz görüş bildirmişlerdir. Araştırmamızda evlilik öncesi cinsel ilişkiye olumlu bakanların oranı Kocaman, Metin ve Aslan'ın araştırmalarından farklı olarak daha düşük olup erkek öğrencilerde olumlu bakanların Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzer olarak kız öğrencilerden daha fazlaydı.

Set ve arkadaşları Trakya Üniversitesi'ne 2001-2004 yılları arasında kayıt yaptıran öğrencilerden, 17237 kişiye, demografik özellikler, cinsellik ve aile planlaması ile ilgili bilgi düzeylerini ve cinsel tutum ve davranışlarını inceleyen çalışmada, ergenlerin %27,8'inin cinsel deneyime sahip olduğu (erkeklerin %49,2'si, kızların %3,2'si), özellikle erkeklerin, çoklu cinsel partner ve korunmasız cinsel ilişki açısından oldukça büyük bir risk altında olduğunu, her iki cinsiyet de kadınların evlilik öncesi cinsel deneyime sahip olmasını uygun bulmadığını ve kızların bu bakımdan daha muhafazakar olduğunu bildirmiştir [108]. Araştırmamızda da benzer olarak her iki cinsiyet için evlilik öncesi cinsel ilişki konusunda düşünceleri “hem erkek hem de kız için kabul edilemez.” olmuştu (Tablo 4.3-6). Türk toplumunun kültürel yapısı ve cinsellikle ilgili değer yargıları (toplumsal cinsiyet normları), kızlar ve erkekler arasında cinsellik konusunda farklı yaklaşımları ortaya çıkarmaktadır. Kadınların evlilik öncesi cinsel ilişki yaşaması kadınların suçlandığı, ayıplandığı bir durum iken; erkeklerde deneyim olarak kabul edilebilmektedir.

2012 yılında yapılan “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması”nda Türkiye'de sigara içme sıklığı genel olarak % 27, 15-24 yaş aralığında erkeklerde %33 ve kadınlarda %7,4 olarak bildirmiştir [109]. Oğuz ve arkadaşları 2018 yılında yayınladıkları çalışmada öğrencilerin genel olarak %20'si, erkek öğrencilerin %43,2'si kadın öğrencilerin %10,5'i sigara kullandığını bildirmiştir [83]. Araştırmamızda ise kadın öğrencilerin %38,5 erkek öğrencilerin %35,2'si sigara içiyordu (Tablo 4.3-7). Araştırmamızda sigara içme sıklığı toplum genelinden ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan iki çalışmadan da daha yüksektir. İlginç olarak kadınların sigara içme sıklığı erkeklerden daha fazla



olmasıdır. Sigaranın pek çok kanser, KOAH, kalp-damar hastalıkları, inme, diyabet yanı sıra, infertilite, iktidarsızlık gibi üreme sağlığı sorunlarına da neden olduğu bilinmektedir. Bu konuda yapılacak eğitimler ve sağlık kuruluşlarına yönlendirmelerle sigara içme oranında ve pasif içicilikte azalma sağlanabilir. Sigara, alkol gibi bağımlılık yapıcı madde kullanmanın CYBE (HIV / AIDS ve Hepatit C dahil) ve motorlu taşıt kazaları için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Ayrıca gebelikte sigara kullanmanın erken menopoz, düşük doğum ağırlıklı bebek, ani bebek ölümü, dış gebeliğe neden olabilmektedir.

Sigara başlama nedeni olarak merak, özel bir neden yok, sinirlenmek ve can sıkıntısı ön sırada gelmekteydi (Tablo 4.3-8).

Geçici, Üniversite öğrencilerinin %16,9'unun düzenli sigara içtiğini ve %6,3'ünün düzenli alkol aldığını bildirmiştir [7]. Erkek öğrencilerde biraz daha fazla olmakla birlikte tüm öğrencilerin %50'si alkol kullanmıştı, %27,6'sı 10 günden az aralıklarla alkol kullanıyordu (Tablo 4.3-9). Gebelikte hafif-orta dereceli alkol kullanımının kadın üreme işlevi için çok sayıda olumsuz sonucu vardır. Alkol tüketiminin büyümeyi ve kemik sağlığını etkileyebileceği, ergenliğin ötesinde, alkolün, kadınlarda normal adet döngüsünü bozduğu ve menopoz sonrası kadınlarda hormonal seviyeleri etkilediği bildirilmiştir [96]. Alkol ve madde kullanım bozukluğu, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de başta gençlerde toplumun tamamını etkileyen bir sağlık sorunudur. Uyuşturucu maddelerinin kullanımıyla gelişen bağımlılık; kişinin fiziksel, ruhsal, sosyal, cinsel sağlığını ve üreme sağlığını etkilemektedir. Bağımlı olan kadınlar yüksek riskli davranışları nedeniyle CYBE, adolesan gebelikler, istenmeyen ve planlanmamış gebelikler, sözel, fiziksel, cinsel şiddet açısından da risk altındadırlar [85].

Kaya ve arkadaşları, kız öğrencilerin %4,7'sinin, erkek öğrencilerin %25,3'ünün cinsel deneyimi olduğunu ve %99,2'sinin ilk cinsel deneyimlerini 16-19 yaşları arasında yaşadıklarını bildirmiştir [87]. Aslan ve arkadaşları öğrencilerin %44,9'u evlilik öncesi cinsel deneyim yaşadığını ve bunların %73,8'inin erkek olduğunu bildirmiştir [95]. Set, araştırmasında öğrencilerin %27,8'nin daha önceden cinsel aktivitede bulunduğunu ve yıllar geçtikçe bu oranın arttığını bildirmiştir [108]. Araştırmamızda da erkelerin cinsel birleşme oranının (%35,9) kadın öğrencilerden (%13) daha fazla olmasıyla bu araştırmalara benzerdir (Tablo 4.3-10). Ancak genel olarak cinsel birleşme oranları

açısından farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar araştırmanın yapıldığı evreninin özellikleri ve araştırmanın yapıldığı yıllarla ilgili olabilir.

Öğrencilerin %4,8'i son cinsel ilişkisinde gebeliği önlemek için herhangi bir yöntem kullanmamıştı. Kullanan hem erkek hem kadın öğrencilerde ise en fazla tercih edilen yöntem %18 ile prezervatif olmuştu. Erkek öğrencilerin partnerlerinde daha yüksek olmak üzere gebelik deneyimi %12,8 bulunmuştu (Tablo 4.3-10). Erkeklerde bu oranın yüksek olmasının nedeni kültürel olarak erkeklerin evlilik öncesi cinsel deneyim yaşamalarının daha fazla kabul görmesi olabilir.

Evlilik dışında çocuk doğurmak Türkiye'de yaygın değildir ve bu şekilde oluşan gebelikler ayıplanmakta gizlenmekte ve kadınları isteyerek düşüğe yönlendirmektedir. Ancak araştırmamızda öğrencilerin %36'sı evlilik dışı cinsel ilişki sonrasında oluşabilecek muhtemel bir gebelik için kürtaj yapılması gerektiğini, %64'ü ise her koşulda gebeliğin devam ettirilmesi gerektiğini belirtmişti (tablo 4.3-11). Öğrencilerin bu düşüncesi bakış açısının artık değişmekte olduğunu göstermektedir. Erken yaşta cinsel ilişkinin birçok sakıncasının başında, güvenli olmayan ilişki, gebelik, sağlıksız koşullarda düşük ve CYBH gelmektedir. Bunun yanında, yaşanan birçok psikolojik sorunla birlikte, bekar kadınların yaşadıkları cinsel ilişkinin toplumsal baskı, aile ya da eşinden taciz ve tek başına çocuk büyütme gibi sorunlara yol açtığı da belirtilmektedir [86].

#### **5.4. Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık Bilgi Testi Düzeyinin Riskli Davranışlar ile İlişkisine Ait Bulguların Tartışılması**

Korunmasız cinsel ilişki %80 oranıyla dünyada özellikle AIDS için en sık bulaşma nedenini oluşturmaktadır. CYBE'lerden korunmada cinsel yolla geçişi engellemek, bireyin cinsel davranışlarıyla ilgilidir [110]. Araştırmamızda güvenli cinsel ilişkiyi; CYBE'lerden korunmak, tek eşlilik, tam birleşme ile sonuçlanan ilişki olarak tanımlayanların ÜS/CS bilgi düzeyi daha yüksekti (Tablo 4-4-1). Güvenli cinsellik konusunda CYBE'lerden korunmak ve tek eşlilik bu görüşe göre bilgi düzeyi yüksekliği ile daha anlamlı olduğu görülmektedir.

Evli olmadan yaşanan cinsel ilişki sonundaki gebelik olması durumunda gebeliğin devam ettirilmesi gerekli olduğunu belirtenlerin ve bir cinsel ilişkide gebelikten, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmanın her iki cinsinde sorumluluğu olduğunu belirtenlerin ÜS/CS bilgi düzeyleri daha yüksekti (Tablo 4.4-1).

Gelişmekte olan çoğu ülkelerdeki gibi ülkemizde de evlilik dışı ilişki toplum tarafından kabul edilmediği için gerçekleşen gebelikler için genelde istenmeyen gebelik olması, genç kadınları isteyerek düşüğe yöneltmektedir [111]. Ama araştırmamızda bilgi seviyesi yüksek olanlarda gebeliğin devamı tercih edilmektedir. Bunu etkileyen diğer faktörler birlikte ilişkilendirilerek inceleyen daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Cinsel ilişkisi olan öğrenciler olmayanlara göre güvenli cinsel ilişkiyi daha çok “kondom (prezervatif) kullanmak” olarak tanımlamıştı ve kondom kullanımı diğer yöntemlerden daha fazla idi. Cinsel ilişkisi olan öğrenciler olmayanlara göre korumasız cinsel ilişki sonrasında gebelik oluşması önlenebileceğini daha çok bilmekteydiler (Tablo 4.4-2).

Ailenin ekonomik durumu düştükçe evlenmeden önce cinsel ilişkiye olumlu bakanların oranı artmaktadır. Medeni durum ve anne-baba birliktelik durumu, CYBE’den hangi gebeliği önleyici yöntemin olduğunu bilme durumu, CYBE bilme durumu, anne ve babanın eğitim durumu, anne ve babanın birbiriyle anlaşma durumu ve okullarda cinsel ve üreme sağlığı eğitimi verilmesinin gerekli olduğunu düşünme evlenmeden önce cinsel ilişkiye bakış açısını etkilememektedir (Tablo 4.4-3).

Metin araştırmasında; evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulmasına bakıyorsunuz sorusuna, %43,5’i olumlu, %25,3’ü olumsuz, %31,3’ü yorumsuz olarak yanıt vermişlerdi. Katılımcılar arasında toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farka ulaşmıştı. Bu konuya olumlu bakan katılımcıların ortalama puanı en yüksek; olumsuz bakanım cevabı verenlerin ortalama puanı ise en düşüktü. Evlenmeden önce cinsel ilişkiye olumsuz bakanların, cinsellikle ilgili ön yargılarının olduğu ve cinsel sağlık ile ilgili bilgi sahibi olmak için çabalamadıkları düşünülüyordu [96]. Ancak araştırmamızda evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulması konusuna olumsuz yanıt verenlerin çok az miktarda ÜS/CS test puanlarının yüksek olmasıyla birlikte; olumlu, olumsuz ve yorumsuz yanıt verenlerin ÜS/CS test puanları birbirine yakındı (Tablo 4.4-4). Bu durum araştırmamızda anlamlı sonuç vermemiştir.

Metin araştırmasında, yaşadıkların yerlerin farklı olmasının ÜS/CS ile ilgili bilgi düzeylerinde farklılık yaratmadığını göstermektedir [96]. Araştırmamız da Metin’in araştırmasına benzer olarak, katılan öğrencilerin yaşadıkları yer ile ÜS/CS bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında en düşük puana sahip öğrencinin evde tek başına yaşadığı,

evde ailesi/akrabasıyla ya da diğer yerlerde yaşayanların yüksek puana sahip olduğu ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı elde edilmişti (Tablo 4.4-4).

Sigara içme durumlarıyla ÜS/CS bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında sigara içenlerin test puanları, bırakan ve hiç içmeyenlere oranla anlamlı derecede daha yüksek sonuca ulaşılmıştı (Tablo 4.4-4). Bu konuda literatürde araştırmaya rastlanmamıştı, daha fazla araştırmalara ihtiyaç vardı.

Araştırmamıza göre sigara içme davranışı; cinsiyet, ailenin ekonomik durumu, ailenin birliktelik durumu, evlilik öncesi cinsel ilişkiye bakış açıları, şuan yaşadığı yer, anne-babanın eğitim durumlarından etkilenmemektedir (Tablo 4.4-5).

Katılımcıların son üç ay içerisinde cinsel ilişkiye girme durumları, gebeliği önleyici etkin yöntemlere ilişkin bilgiyi etkilememektedir (Tablo 4.4-6). Öğrencilerin gebeliği önleyici etkin yöntem tercihleri, daha önce yaşamış oldukları gebelik deneyimlerinden etkilenmemektedir.

### **5.5. Duygusal Zekâ Ölçeği ile Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) İlişisine Ait Bulguların Tartışılması**

Ergenlik birtakım uyum sağlama davranışlarının yoğun olduğu bir zamandır. Ergenlik döneminde bireylerin cinsel duyguları uyandığında, bu duygulardan dolayı cezalandırılmaktan korkmaktan çok bu duyguyla nasıl baş edileceğini öğrenmeye çalıştığı bir dönemdir. Duygusal zekası yüksek bireyler, yakın ilişkilerinde daha başarılı olabilirler, duygusal becerileri daha yüksektir, sosyal ilişkilerinde sözsüz ifade becerileri ve yaşam doyumları daha yüksektir. Ayrıca gerginlikten uzak ve daha sakin bir yaşam sürdürebilirler. Bu durum ergenlik döneminde sorunlarla krize dönüştürmeden daha rahat başa çıkılacağını göstermektedir [113].

Erol ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık çalışanlarında DZ'yi, Schutte DZ ölçeği ile incelediği araştırmada kadın katılımcıların DZ puanının erkeklerden daha yüksek olduğunu bildirmiştir [112]. Aşan ve Özyer yayınladıkları derlemede genel kanı olarak kadınların DZ'sinin erkeklerden daha yüksek olduğunu bildirmiştir [114]. Ancak Durmuş ve arkadaşları evli çiftler üzerinde yaptığı araştırmada DZ düzeyleri açısından kadın ve erkekler arasında farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır [115]. Araştırmamızda ise kadın ve erkek öğrencilerin duygusal zeka ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo 4.5-1). Durmuş ve arkadaşları çalışması ile benzer çıkmıştı.

Duygusal zeka puanı CYBE korunma sorumluluğunun kimde olması gerektiği sorusuna doğru yanıtıma üzerinde etkili değildi. CYBE bilme durumu da DZ puanıyla etkilenmemekteydi. Üreme sağlığı hakları hakkındaki bilgi sorusu seçeneklerini işaretleyenlerin DZ düzeyleri farklı olmakla birlikte bu sorunun doğru cevabı olan “Genital enfeksiyonu eşinden gizleme hakkı” seçeneğini işaretleyenlerin DZ puanları diğer seçenekleri işaretleyenlerden bariz olarak farklıydı (Tablo 4.5-2). Bu ilişki ile ilgili literatürde araştırmaya rastlanmamıştı. Duygusal zeka alanındaki araştırmalarda tanımlara bakıldığında, duygusal zekayı, “Kişinin kendini tanıması, bilmesi ve karşısındaki kişinin duygularını tanıyıp anlayabilmesi” tanımı üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir [116]. Bu tanıma göre bakıldığında empati kurabilme yeteneğine sahip olduğu ifade edilebilir ve bu sorunun yanıtı olan “Genital enfeksiyonu eşinden gizleme hakkı”nı duygusal zekası yüksek öğrenciler üreme sağlığı hakkı olarak görmemektedirler.

Araştırmamızda gebelik açısından risk faktörleri sorusuna doğru cevap verenlerin DZ puanları daha yüksek çıkmıştı (Tablo 4.5-2). Duygusal zeka puanı yüksek bireylerin, kendilerinin ve diğer kişilerin duygusal durumlarını daha iyi anlayarak, bu duygusal verileri de kullanarak zorlu şartlarda daha iyi uyum yakalayabildikleri ve problemlere daha çözümcül yaklaştıkları ileri sürülmüştür. Araştırma sonucunun bu durumla eşleştiği görülmektedir [117].

DZ üreme sağlığı ve aile planlaması ile olan ilişkisi literatürde az araştırılmıştır. Bu nedenle araştırmamızda elde edilen bulguların karşılaştırılabileceği yeni araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

### **5.6. Duygusal Zekâ Ölçeği ve ÜS/CS ile ilişkili Riskli Davranışlara Ait Bulguların Tartışılması**

Üniversite yılları hem kadın hem erkek öğrenciler için hayatlarındaki büyük değişimlerin yaşandığı, bir yandan uyum süreci yaşanırken bir yandan sağlığı riske atma davranışlarının daha çok gözlemlendiği zorlu bir dönemdir. Öğrencilerin bir kısmı hiç zorluk yaşamazken, bir kısmı da bu dönemi sağlıklı geçirme de zorlanmaktadır. Uyum sağlayabilen ya da sağlayamayan, özellikle sağlığını riske atan öğrencilerin duygusal zeka ölçek puanı ile bir ilişkisinin varlığı sonraki çalışmalar açısından önemlidir.

Sigara içenlerin DZ puanları daha yüksekti (Tablo 4.6-1). Oliveira ve arkadaşlarına göre; sigara içmenin uyarıcı ya da sakinleştirici/gevşetici etkisinin olması;

sorunları unutmaya, günlük problemlerle başa çıkmaya yardımcı olması; toplumsallaştırıcı etkisi; bağımlılık gibi faktörler içicilerin en sık bildirdiği alışkanlık nedenleri arasındadır [118]. Yaşanılan bu nedenler ve yaşanan etkiler duygusal zeka ölçeğindeki sorulara verilen cevaplarını etkileyebilir.

Rahmati ve arkadaşları duygusal zeka ile cinsel memnuniyet arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir [119]. Son üç ay içerisinde cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişkisi olmayan, kendisi veya partnerinin gebelik deneyimi olmayan ve evli olmadan yaşanan bir cinsel ilişki sonunda ortaya çıkan gebelik durumunda gebeliğin devam ettirilmesi gerektiğini düşünen katılımcıların DZ puanları daha yüksekti (Tablo 4.6-1). Bu durum ÜS/CS sorunu yaşamayanların ve her konuda olumlu düşünceye sahip olabilen bireylerin DZ puanlarının daha iyi olduğunu ifade edebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Üniversite öğrencilerinin üreme sağlığı ve aile planlaması bilgi düzeylerini belirlemek, bilgi düzeyinin riskli davranışlar ve duygusal zekâ ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda;

- Kadınların %95,1'i; erkeklerin %96,1'i ve toplam öğrencilerin %95'inden fazlasının şimdiye kadar ÜS/CS yönelik herhangi bir sağlık sorunu yaşamamıştı. Öğrencilerin 1/3'ü son üç ay içinde cinsel birleşmeyle sonuçlanan ilişkisi olmuş ve %13'ü gebelik deneyimi yaşamıştı.
- Kadınların ÜS/CS bilgi puanı ortalamaları (11,86±4,61) erkeklerden (10,68±4,10) daha yüksekti (t=2,135, p=0,034). Diğer yandan, alınabilecek maksimum puanın 25 olduğu, bu sorulardan yarısını doğru bilen alacağı puanın ise 12,5 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, öğrencilerin test başarı ortalaması olan 11,22'nin ortalama başarı düzeyinin altındadır.
- Kadın ve erkek öğrencilerin duygusal zekâ ölçek puanları benzerdir. Duygusal zeka puanı CYBE hastalıklarından korunma sorumluluğunun kimde olması gerektiği sorusuna doğru yanıtıma üzerinde etkili değildi. Üreme sağlığı hakları hakkındaki bilgi sorusu seçeneklerini işaretleyenlerin DZ düzeyleri farklı olmakla birlikte bu sorunun doğru cevabı olan "Genital enfeksiyonu eşinden gizleme hakkı" seçeneğini işaretleyenlerin DZ puanları diğer seçenekleri işaretleyenlerden bariz olarak farklı değildi. CYBE bilme durumu da DZ'dan etkilenmemekteydi.
- Sigara içenlerin DZ puanları daha yüksekti. Son üç ay içerisinde cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişkisi olmayan, kendisi veya partnerinin gebelik deneyimi olmayan ve evli olmadan yaşanan bir cinsel ilişki sonunda ortaya çıkan gebelik durumunda gebeliğin devam ettirilmesi gerektiğini düşünen katılımcıların DZ puanları daha yüksekti.
- Öğrencilerin 1/3'ünden fazlası sigara içiyordu. Merak, sinirlenmek ve can sıkıntısı sigaraya başlama nedenlerinde ön sırada gelmekteydi. Cinsiyet, ailenin birliktelik durumu, ailenin ekonomik gelir düzeyi, evlilik öncesi cinsel ilişkiye bakış açıları, yaşanılan yer, anne-babalarının eğitim

düzeyleri ve anne-babanın birbiriyle anlaşma durumu sigara içimi üzerinde etkili faktörler değildir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1- Katılımcıların çok büyük bir çoğunluğu ÜS/CS ile ilgili herhangi bir sağlık sorunu yaşamamakla birlikte cinsel ilişki ve gebelik deneyimleri azımsanmayacak orandadır. Üniversite öğrencileri gereksinim duyduğunda bu alanda danışmanlık ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin olduğu birimler (mediko-sosyal) yoksa kurulması gerekir.

2- Üniversite öğrencilerinin ÜS/CS bilgi düzeyleri yeterli değildir. CSÜS bilgi düzeyleri yeterli hale gelmesi için:

a. ÜS/CS bilgileri öğretmen ve sağlık personelinde daha az alınmaktadır. Bunun nedenlerini ortaya koyacak araştırmalar yapılmalıdır. Lise ve öncesi örgün eğitimde eksiklik nedenleri saptanarak giderilmelidir. Yüksek Öğretim Kurulu Üniversite eğitim müfredatlarında ÜS/CS konularının yer almasını teşvik etmelidir.

b. İnternet ve diğer medya (TV, gazete, dergi) ortamının önemli bilgi kaynağı olduğu göz önüne alınarak bu mecralardaki bilgilerin doğru, yeterli ve uygun olması için gerekli önlemler alınmalıdır.

c. Sivil Toplum Kuruluşları, dernekler, üniversiteler, hastaneler, internet üzerinden bilgi siteleri oluşturulabilir.

d. ÜS/CS konularında bilgi edinmede ve paylaşmada “arkadaş” önemli bir yere sahiptir. ÜS/CS konularında arkadaşın önemli olması farklı bölümlerde okuyan istekli olan öğrencilerin tespit edilerek “Akran Eğitim Programları” ile eğitim etkinliği artırılabilir.

e. Televizyon kanallarında gençliğe ilgili ÜS/CS eğitimleri verilmelidir. Böylece daha geniş kitlelere ulaşılabilir.

3- DZ, ÜS/CS bilgi düzeyini etkilememektedir. Ancak bu alanda daha çok araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır.



4- Duygusal zekâ hem öğrenilebilir hem de geliştirilebilir bir kavramdır. Duygusal zekâ geliştikçe, problem çözme becerisinin de geliştiği görülmektedir. Bu nedenle öğrencilere, kendi duygularının farkına varmaları, olaylar karşısında verdiği duygusal tepkilerini değerlendirmeleri ve duygularını kontrol etme becerilerinin kazandırılması için eğitim sürecinde destek verilmelidir. Mediko-sosyal alanda eğitim verenler duygusal zekanın geliştirilmesi konusunda kendilerini geliştirmelidir.

5- Sigara kullanma oranları yüksektir. Sigaranın diğer sağlık zararları yanında üreme sağlığına olan olumsuz etkileri ile ilgili tüm iletişim ve eğitim kanallarında mesajlar verilmelidir.

## KAYNAKLAR

- [1] The Role of WHO Division of Family Health (FHE). *Achieving Reproductive Health for All*. 1995.
- [2] Öztaş Ö, Baydar Artantaş A, Üstü Y, Uğurlu M. 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Ankara Med J* 2015; **15**(2). doi:10.17098/amj.13642.
- [3] Giray H, Kılıç B. Bekâr kadınlar ve üreme sağlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg* 2004; **13**: 286–9.
- [4] Set, T. Dağdeviren, N. Aktürk Z. Ergenlerde cinsellik. *Genel Tıp Derg* 2006; **16**: 138–40.
- [5] Erenoğlu R, Bayraktar E. Sexual attitudes of nursing students and the affecting factors. *J Hum Sci* 2017. doi:10.14687/jhs.v14i2.4505.
- [6] Lule E, Rosen J. Adolescent health. *Matern. Child Heal. Glob. Challenges, Programs, Policies*, 2009. doi:10.1007/b106524\_24.
- [7] Geçici F. *Gaziantep Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsellik ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*. Gaziantep Üniversitesi, 2011.
- [8] Didem, A. Aktan, K. Tuğrul E. Üniversite öğrencileri güvenli cinselliği nasıl algılıyor? *Sürekli Tıp Eğitimi Derg* 2005; **14**: 130–4.
- [9] Yalım D. *Üniversite Öğrencilerinin Uyum: Psikolojik Sağlamlık, Başa Çıkma, İyimsizlik ve Cinsiyetin Rolü*. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, 2007.
- [10] Özer E, Deniz ME. Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin duygusal zeka açısından incelenmesi. *İlköğretim Online*, 2014. doi:10.17051/io.2014.74855.
- [11] Hudd SS, Dumilao J, Erdmann-Sager D, et al. Stress at college: Effects on health habits, health status and self-esteem. *Coll Stud J*, 2000. doi:10.1179/acb.2004.038.
- [12] Terzi Ş. Üniversite Öğrencilerinin Kendini Toparlama Gücünün İçsel Koruyucu Faktörlerle İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg* 2008; **35**: 297–306.

[13] Karabulutlu, Ö. Kılıç M. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *J Anatolia Nurs Heal Sci* 2010; **14**: 39–45.

[14] Beckmann CRB, Link FW, Barzaansky B, Herbert WNP, Laube D, Simith R, editors. *Embryology and Anatomy*. Obstet. Gynecol. 6th ed., Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.; 2009: 36–37.

[15] Strauss JF, Lessey BA. *The Structure, Function, and Evaluation of the Female Reproductive Tract*. Yen Jaffe's Reprod. Endocrinol. 5 nd ed., Philadelphia, PA: Saunders-Elsevier 2004. doi:10.1016/B978-1-4160-4907-4.00009-7.

[16] Katz VL, M. G, Lentz RAL, David M. *Comprehensive Gynecology*. 5 nd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007.

[17] Junqueira LC, Jose C, Robert OK. *Basic Histology*. 9th ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange; 1998.

[18] Gray H. *The Male Genital. Anatomy of the Human Body*. Philadelphia, New York: Lea & Febiger, 1918; Bartleby 2000; 2000.

[19] Snell R. Structures of the Anterior Abdominal Wall: Scrotum, Testis, and Epididymides. *Clinical Anatomy for Medical Students*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

[20] Moore K, Dalley A. II. Inguinal Region. *Clinically Oriented Anatomy*. 5 nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. doi:10.1001/jama.282.15.1485.

[21] Jordan GH, McCammon KA. *Surgery of the Penis and Urethra*. Campbell-Walsh Urol. 9th ed., Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012. doi:10.1016/B978-1-4160-6911-9.00036-0.

[22] Diederichs W, Stief CG, Lue TF, Tanagho EA. Norepinephrine involvement in penile detumescence. *J Urol* 1990. doi:10.1016/S0022-5347(17)40251-5.

[23] Kim N, Azadzo KM, Goldstein I, Saenz de Tejada I. A nitric oxide-like factor mediates nonadrenergic-noncholinergic neurogenic relaxation of penile corpus cavernosum smooth muscle. *J Clin Invest* 1991. doi:10.1172/JCI115266.

[24] Ignarro LJ, Bush PA, Buga GM, Wood KS, Fukuto JM, Rajfer J. Nitric oxide and cyclic GMP formation upon electrical field stimulation cause relaxation of

corpus cavernosum smooth muscle. *Biochem Biophys Res Commun* 1990. doi:10.1016/0006-291X(90)92168-Y.

[25] Nitahara K, Lue T. Microscopic anatomy of the penis. In: Carson C, Kirby R, Goldstein I, editors. *Textb. Erectile Dysfunct.*, Oxford, UK: Isis Medical Media; 1999: 31–41.

[26] Croxatto H. Female Reproductive Physiology/Function. In: Heggenhougen H, editor. *Int. Encycl. Public Heal.*, Elsevier; 2008: 603–608.

[27] Narendra, Malhotra. Jaideep, Malhotra. Richa, Saxena. Neharika MB, editor. *Clinical Aspects of Menstruation and Ovulation*. Jeffcoate's Princ. Gynaecol. 9th ed., Taylor & Francis; 2019: 88.

[28] Behre HM. Male Reproductive Function. In: Heggenhougen HK, editor. *Int. Encycl. Public Heal.*, Elsevier; 2008:603–608.

[29] International Institute for Population Sciences. *Maternal and reproductive health*. Natl Fam Heal Surv 2000.

[30] Evcili F, Cesur B, Altun A, Güçtaş Z, Sümer H. Evlilik Öncesi Cinsel Deneyim: Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Görüş ve Tutumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg* 2013; 2: 486–98.

[31] Kartal A. Ergenlerde Üreme Sağlığı. *Turkiye Klin Public Heal Nurs - Spec Top* 2018; 4: 70–6.

[32] Ergör G. Üreme Hakları-Uluslar Arası Gelişmeler. 3. *Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*, Ankara 2003: 76–77.

[33] Akın A. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. *Aktüel Tıp Derg, Kadın Sağlığı Özel Sayısı* 2001; 6: 4–8.

[34] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Üreme Sağlığına Giriş El Kitabı*. 2009.

[35] Glasier A, Gebbie A. Family Planning/Contraception. In: Heggenhougen HK, editor. *Int. Encycl. Public Heal.*, Elsevier; 2008: 570–572.

[36] Özvarış ŞB, Ertan AE. Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi Yayınları* 2003;113-126.

[37] Sağlık Bakanlığı Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Aile Planlamasında Genel Bilgiler*. 1997.

[38] Mermelstein S, Plax K. Contraception for Adolescents. *Curr Treat Options Pediatr* 2016. doi:10.1007/s40746-016-0053-9.

[39] Singh S, Darroch JE. Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services. *Estimates for 2012*. Erişim Tarihi: 06.01.2019, [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf).

[40] WHO. *WHO Family planning. Fact Sheets*, 2016. Erişim Tarihi: 06.01.2019, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

[41] TC Hükümeti - UNICEF İşbirliği Programı. *Türkiye’de Anne ve Çocukların Durum Analizi*. Ankara: 1996.

[42] TC Milli Eğitim Bakanlığı. *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, Aile Planlaması 761CBG020*. Ankara: 2011.

[43] Bal MD, Şahin NH. The usage and discontinuation of contraceptive methods. *Arch Gynecol Obstet* 2011. doi:10.1007/s00404-010-1613-z.

[44] *Contraception Reproductive Health CDC*. Erişim Tarihi: 07.01.2019, <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm>.

[45] Sahin NH. Male university students’ views, attitudes and behaviors towards family planning and emergency contraception in Turkey. *J Obstet Gynaecol Res* 2008. doi:10.1111/j.1447-0756.2007.00698.x.

[46] 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*. 2009. Erişim Tarihi: 07.01.2019, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>.

[47] Dirican R. Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-II, *Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması*. Ankara: 1998.

[48] Sağlık Bakanlığı AGM. Nüfus Planlaması Hizmetleri Hakkında Kanun Tüzük ve Yönetmelikler. Ulus. *Aile Planlaması Hizmet Rehberi*, 1994: 1–23.

[49] 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2014. Ankara, Türkiye. Erişim Tarihi: 12.02.2019, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf).

[50] Aras Ş, Şemin S, Günay T, Orçın E, Özan S. Lise öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri Orijinal Araştırma. *Türk Pediatr Arşivi* 2005. doi:10.4274/tpa.v40i2.5000002384.

[51] CETAD. *Gençlik ve Cinsellik*. 2007. Erişim Tarihi: 15.02.2019, <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/43/7-bilgilendirme-dosyasi-basin-bulteni-8-mayis-2007-istanbul.pdf>.

[52] Ateş, D. Karahan, A. Erbaydar T. Üniversite öğrencileri güvenli cinselliği nasıl algılıyor? *Sürekli Tıp Eğitimi Derg* 2005;**14**:130-134

[53] Çalışandemir F, Bencik S, Artan İ, Öz HÜ. Çocukların Cinsel Eğitimi: Geçmişten Günümüze Bir Bakış Sexual. *Eğitim ve Bilim* 2008.

[54] Bertan M, Güler Ç. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Güneş Kitapevi; 1997.

[55] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Kadın Sağlığı ve ile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı*. Ankara: Tisamat Basım; 1998.

[56] World Health Organization. *Dünya Sağlık Raporu*. 1998. Erişim Tarihi: 20.02.2019, [https://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf).

[57] Population Reference Bureau, *Improving Reproductive Health in Developing Countries*. Washington, DC: Population Reference Bureau, 1997.

[58] Bulatao R. *The value of family planning programs in developing countries*. 1998.

[59] Zakharov S V., Ivanova EI. Fertility Decline and Recent Changes in Russia: On the Threshold of the Second Demographic Transition. *Russ. Demogr.* "Crisis," Santa Monica: 1996.

[60] Ahmed BMK, Rahman M, Ginneken J Van. Induced Abortion in Matlab, Bangladesh: Trends and Determinants. *Int Fam Plan Perspect* 1998. doi:10.2307/3038209.

[61] National Research Council. *Contraception and Reproduction: Health Consequences for Women and Children in the Developing World*. Washington, D.C.: National Academy Press; 1989.

[62] D Smith R; Ashford L; Gribble J; Clifton. *Family planning saves lives*. 4th ed. Washington, DC, Popul Ref Bur 2009.

[63] DaVanzo, J. Adamson DM. *Family Planning in Developing Countries, An Unfinished Success Story*. Erişim Tarihi: 06.01.2019, [https://www.rand.org/pubs/issue\\_papers/IP176/index2.html#fn8](https://www.rand.org/pubs/issue_papers/IP176/index2.html#fn8).

[64] USAID's International Population and Family Planning Assistance: Answers to 10 Frequently Asked Questions. *USAID Bur Glob Programs* 2002. Erişim Tarihi: 06.01.2019, <https://www.usaid.gov/>.

[65] Bruce, Judith. Lloyd, Cynthia. B. Leonard A. "Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers, and Children." New York: 1995.

[66] Topkaya N, Sümer ZH. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Öğrencilerinin Cinsel Bilgi Kaynakları, Yeterlilik Algıları ve Bilgi İhtiyaçları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehb Derg* 2010; **4**: 139–51.

[67] Falaye AO. Predictive Factors Influencing the Sexual Behaviour of Some Nigerian Adolescents. *IFE Psychol* 2004; **12**: 17–26. doi:10.4314/ifep.v12i2.23641.

[68] Council on Communications and Media TC on C and, Prevention C for DC and, Strasburger V, et al. American Academy of Pediatrics. Policy statement--sexuality, contraception, and the media. *Pediatrics* 2010. doi:10.1542/peds.2010-1544.

[69] Nathan D. *Pornography*. Toronto, Canada: Groundwork Books; 2007.

[70] Joshi B, Chauhan S. Determinants of youth sexual behaviour: Program implications for India. *East J Med* 2011. doi:10.1051/mateconf/201713308001.

[71] Lee FA, Lewis RK, Kirk CM. Sexual attitudes and behaviors among adolescents. *J Prev Interv Community* 2011. doi:10.1080/10852352.2011.606399.

[72] Brook DW, Morojele NK, Zhang C, Brook JS. South African adolescents: Pathways to risky sexual behavior. *AIDS Educ Prev* 2006. doi:10.1521/aeap.2006.18.3.259.

[73] Barone C, Ickovics JR, Ayers TS, Katz SM, Voyce CK, Weissberg RP. High-Risk Sexual Behavior Among Young Urban Students. *Fam Plann Perspect* 1996. doi:10.2307/2136127.

[74] Çetin SK, Bildik T, Erermiş S, Demiral N. Erkek Ergenlerde Cinsel Davranış ve Cinsel Bilgi Kaynakları: Sekiz Yıl Arayla Değerlendirme. *Türk Psikiyat Derg* 2008; **19**:4:390-397

[75] Stoner BP. Sexually Transmitted Infections: Overview. In: Heggenhougen HK, editor. *Int. Encycl. Public Heal.*, Elsevier; 2008: 713–714.

[76] Family Planning and Population Unit. Communicating family planning in reproductive health: key messages for communicators. *World Health Organization* 1997. Erişim Tarihi: 06.01.2019, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63777>.

[77] Topbaş M, Çan G, Kapucu M. Trabzon’da bazı liselerdeki adölesanların aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri. *Gülhane Tıp Derg* 2003; **45**: 331–337.

[78] Chesson HW, Mayaud P, Aral SO. *Sexually Transmitted Infections: Impact and Cost-Effectiveness of Prevention*. In: Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR, Jha P, editors., Washington (DC): 2017. doi:10.1596/978-1-4648-0524-0/ch10.

[79] Uzun E, Kişioğlu M. Halk Sağlığı AD. Keçiözümlü Eğ. ve Arş. Bölgesi Çalışmaları, Bir meslek yüksek okulunda okuyan öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi durumları. *SDÜ Tıp Fak Derg* 2007; **14**: 7–12.

[80] Greene ME, Rasekh Z, Amen K-A. In this Generation: Sexual & Reproductive Health Policies for a Youthful World. *Population Action International* 2002.

[81] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar. Ulus. *Aile Planlaması Hizmet Rehberi*. 2009; **1**:239–299.

[82] Karabey S. *Gençlik ve Cinsellik*. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2007. Erişim Tarihi: 06.01.2019, <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/43/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>.

[83] Oğuz S, Çamcı G, Kazan M. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanım Sıklığı ve Sigaranın Neden Olduğu Hastalıkları Bilme Durumu. *Van Tıp Derg* 2018; **25**(3): 332-337 doi:10.5505/vtd.2018.02411.

[84] Emanuele MA, Wezeman F, Emanuele NV. Alcohol’s Effects on Female Reproductive Function. *Alcohol Res Heal* 1997.

[85] Dişsiz M. Üreme Sağlığı ve Kadında Zararlı Madde Kullanımı. *Acibadem Univ Sağlık Bilim Derg* 2018; 9(3):201-206. doi:10.31067/0.2018.32.

[86] Giray H, Kılıç B. Bekar Kadınlar ve Üreme Sağlığı. *STED* 2004; **13**: 286.



[87] Kaya F, Serin Ö, Genç A. Eğitim Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yaşamlarına İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2007; **6**(6):441-448

[88] Özgülner N., Pektaş H. *Güvenli Cinsellik*. Bilgilendirme Dosyası-4. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. 2007. Erişim Tarihi: 06.01.2019, <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/32/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>.

[89] Musacchio NS, Forcier M. Adolescent Health. In: Heggenhougen H, editor. *Int. Encycl. Public Heal.*, Elsevier Inc; 2008:33-48

[90] Susman E, Rogol A. Puberty and psychological development. In: Lerner R, Steinberg L., editors. *Handb. Adolesc. Psychol.* 2nd ed., Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2004:15–44. doi:10.1002/9780471726746.

[91] Ünalın P, Apaydın KÇ, Akgün T, Yıkılkan H, İşgör A. Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım. *Türkiye Klin J Med Sci* 2007; **27**: 567–576.

[92] Kılıç A. *Gelişim Dönemleri ve Ergenlerde Ruhsal Sorunlar*. 2009.

[93] Mayer JD. What Emotional Intelligence Is and Is Not. *Psychol Today* 2009. Erişim Tarihi: 14.01.2019, <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-personality-analyst/200909/what-emotional-intelligence-is-and-is-not>.

[94] Lewis GM, Neville C, Ashkanasy NM. Emotional intelligence and affective events in nurse education: A narrative review. *Nurse Educ Today* 2017; **53**: 34–40. doi:10.1016/j.nedt.2017.04.001.

[95] Aslan E, Bektaş H, Şükran B, Sevda D, Irmak Vural P. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Davranışları. *Sted* 2014; **23**: 174–82.

[96] Metin Z. Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyleri. *T.C. Okan Üniversitesi*, 2015.

[97] Türkiye İstatistik Kurumu, *İstatistiklerle Kadın, 2018-2019*. Erişim Tarihi: 15.05.2019, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1068](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068).

[98] TÜİK. *Eğitim İstatistikleri 2019*. Erişim Tarihi: 09.08.2019, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id).

[99] Türkiye İstatistik Kurumu, *İstatistiklerle Aile, 2018-2019*. Erişim Tarihi: 15.05.2019, <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30726>.

[100] Uludağlı NP, Sayıl M. Orta ve İleri Ergenlik Döneminde Risk Alma Davranışı: Ebeveyn ve Akranların Rolü. *Türk Psikoloji Yazıları* 2009;12 (23): 14-24.

[101] Kocaman O. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi ve Düşüncelerini Etkileyen Sosyodemografik Faktörler. *Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 2017.

[102] Dinc A, Söğüt S, Cangöl E. Üniversite Öğrencilerinin Cinsellik ve Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi, Görüş Ve Davranışları. *JACSD* 2018:46-57.

[103] Akın A, Özvarış ŞB. Adolesanların/gençlerin cinsel ve üreme sağlığını etkileyen faktörler projesi (Özet Rapor). *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı* 2004.

[104] Bostancı MS. Doğu Anadolu Bölgesindeki Bir İlçede Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemleri İçin Bilgi Kaynakları Ve İstenmeyen Gebeliklerle İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2011; 38 (2): 202-207. doi: 10.5798/diclemedj.0921.2011.02.0015.

[105] Dolunay P. *Güvenli cinsel yaşam 2019*. Erişim Tarihi: 07.08.2019, <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/guvenlicinsellik.shtml>.

[106] Üreme Hakları. *Bilkent Univ*. Erişim Tarihi: 16.05.2019, <http://w3.bilkent.edu.tr/www/saglik-merkezi/genclik-danisma-birimi/ureme-haklari/>.

[107] Karabulutlu Ö, Kılıç M. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 14: 2.

[108] Set T. *Üniversite çağındaki ergenlerin cinsel bilgi tutum ve davranışları*. Trakya Üniversitesi, 2005. Erişim Tarihi: 16.05.2019, <http://dspace.trakya.edu.tr/xmlui/handle/1/480>.

[109] The Ministry of Health of Turkey (2012) Global Adult Tobacco Survey (GATS) Turkey Country Report, Turkey, Ministry of Health. Erişim Tarihi: 25.05.2019, [https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats\\_turkey\\_2012\\_fact\\_sheet\\_may\\_2013.pdf?ua=1](https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_turkey_2012_fact_sheet_may_2013.pdf?ua=1).

[110] Sun CJ, García M, Mann L, Alonzo J, Eng E, Rhodes SD. Latino sexual and gender identity minorities promoting sexual health within their social networks: process evaluation findings from a lay health advisor intervention. *[abstract] Health Promotion Practice* 2014.

[111] Özcebe, H. Erken Evlilikler. *Görünüm Dergisi Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV)* 2010:1-15.

[112] Erol S, Aygün S, Çay H. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zekâ, Benlik Saygısı ve İlişkili Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg* 2018; **7**: 10–20.

[113] Ergün O. Ergenlerde Duygusal Zeka Özellikleri İle Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, 2016.

[114] Aşan Ö, Özyer K. Duygusal Zekaya Etki Eden Demografik Faktörlerin Saptanmasına Yönelik Ampirik Bir Çalışma. *HÜ İktisadi Ve İdari Bilim Fakültesi Derg* 2003; **21**: 151–67.

[115] Durmuş E, Baba E. Evli Çiftlerin Duygusal Zeka Düzeyleri İle Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması. *Sos Bilim Enstitüsü Derg* 2014; **23**: 352–69.

[116] Özdemir M, Dilekmen M. Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Duygusal Zeka ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. *Sakarya University Journal of Education*. 2016; **6**(1): 113-198.

[117] Yılmaz KE, Yılmaz S, Yurttaş A. Öğrencilerin Duygusal Zeka Düzeyleri ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing* 2011; **2**(2): 75-79

[118] Oliveira RM, Siqueira Júnior AC, Santos JL, Furegato AR. Nicotine dependence in the mental disorders, relationship with clinical indicators, and the meaning for the user. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014; **22**:685-692.

[119] Rahmati R, Mohebbi-Dehnavi Z. The relationship between spiritual and emotional intelligence and sexual satisfaction of married women. *J Educ Health Promot* 2018. doi: 10.4103/jehp.jehp\_82\_18.

## FORMLAR

### EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Sibel HAKLI tarafından yürütülen "ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİ ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI BİLGİ DÜZEYLERİNİN RİSKLİ DAVRANIŞLARA YATKINLIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı üniversite öğrencilerinin üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini ve bu düzeyin riskli davranışlara yatkınlığını belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 15-20 dk ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamandır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya sibelhkl34@gmail.com e-posta adresi ve 05332072244 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Katılımcının :**

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

**Araştırmacının**

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

## EK-2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

### ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİ ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI BİLGİ DÜZEYLERİNİN RİSKLİ DAVRANIŞLARA YATKINLIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Yüksek Lisans Öğrencisi Sibel HAKLI tarafından yüksek lisans tezi olarak yapılmaktadır. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin üreme sağlığı ve aile planlaması bilgi düzeylerini belirlemek bu doğrultuda eğitim planlaması yapmak ve riskli davranışlara yatkınlığı ile ilişkisini belirlemek amaçlanmaktadır. **Anket formuna lütfen isminizi yazmayınız.** Tüm yanıtlarınız saklı tutulacaktır, sadece bilimsel veri amaçlı kullanılacaktır. Cevaplarınızın doğru ve samimi olması doğru verilere ulaşmak ve sonuçlar doğrultusunda çözüm önerileri geliştirmek açısından son derece önemlidir. Bu hususta hassasiyet göstereceğinize inanıyor ve katılımlarınız için teşekkür ediyorum.

Sibel HAKLI  
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları  
Yüksek Lisans Öğrencisi

#### A. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Yaşınız.....
2. Kaçınıcı sınıftasınız?.....
3. Hangi bölümünde öğrenim görmektesiniz? .....
4. Cinsiyetiniz: K ( ) E ( )
5. Doğum tarihiniz: Ay:..... Yıl:.....
6. Sağlık güvenceniz var mı? Evet ( ) Hayır ( )
7. Medeni durumunuz nedir?  
( ) Evli  
( ) Bekar  
( ) Nişanlı/sözlü  
( ) Flört ile birlikte  
( ) Diğer (belirtiniz).....
8. Eğer varsa yaşayan çocuk sayısı: .....
9. Şuanda yaşadığınız yer neresidir?  
( ) Evde ailem/akrabam ile birlikte  
( ) Evde arkadaş/arkadaşlarım ile  
( ) Evde tek başıma  
( ) Yurt-lojmanda  
( ) Diğer (belirtiniz).....
10. Aile tipiniz nedir?  
( ) Çekirdek aile ( ) Geniş aile ( ) Parçalanmış aile ( ) Diğer (belirtiniz).....
11. Annenizin eğitim durumu nedir?  
( ) İlköğretim  
( ) Lise  
( ) Üniversite ve üzeri  
( ) Diğer (belirtiniz).....
12. Babanızın eğitim durumu nedir?  
( ) İlköğretim  
( ) Lise  
( ) Üniversite ve üzeri  
( ) Diğer (belirtiniz).....
13. Anne ve babanız için uygun olan seçeneği işaretleyiniz.  
( ) Anne-baba hayatta, birlikte yaşıyor  
( ) Anne hayatta, baba değil  
( ) Baba hayatta, anne değil  
( ) Anne-baba hayatta, ayrı yaşıyor  
( ) Anne-baba her ikisi de hayatta değil  
( ) Diğer.....
14. Anne ve babanızın birbiriyle ne kadar iyi anlaşmıştı düşünyorsunuz?  
( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Az ( ) Çok az
15. Gelir kaynağınız (birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz):  
( ) Aile  
( ) Burs  
( ) Tam zamanlı iş  
( ) Yarı zamanlı iş (part-time)  
( ) Sezonluk iş  
( ) Diğer (lütfen açıklayınız).....
16. Elinize geçen aylık toplam geliriniz / harçlığınız: \_\_\_\_\_ TL
17. Ailenizin ekonomik durumu sizce aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?  
Çok kötü ( ) Kötü ( ) Orta ( ) İyi ( ) Çok iyi ( )
18. Ailenizin cinsel sağlıklı ilgili konularla ilgili yaklaşımı nasıldır?  
( ) Cinsellikle ilgili bilgiler verilir ve konuşulur.  
( ) Cinsellikle ilgili aile içinde konuşulmaz.  
( ) Cinsellikle ilgili konuları konuşmak yasaktır.
19. Şimdiye kadar cinsel sağlık ya da üreme sağlığı ile ilgili herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı? Evet ( ) Hayır ( )
20. Size göre okullarda cinsel ve üreme sağlığı eğitimi verilmeli midir?  
Evet ( ) Hayır ( )
21. Cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili bilgiler ne zaman verilmeye başlanmalıdır?  
( ) İlköğretim düzeyinde  
( ) Lise düzeyinde  
( ) Üniversitede  
( ) Diğer (belirtiniz).....

22. Cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?  
Evet ( ) Hayır ( )
23. Cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili bilgileri nereden ya da kimden aldınız?  
( ) Anneden  
( ) Babadan  
( ) Kardeşlerden (abla/abi)  
( ) Öğretmenimden  
( ) Arkadaşlarımdan  
( ) İletişim ve internet araçlarından  
( ) Sağlık personelinde  
( ) Diğer (belirtiniz).....
24. Cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili bilgileri kimden almak istersiniz?  
( ) Anneden  
( ) Babadan  
( ) Kardeşlerden (abla/abi)  
( ) Öğretmenimden  
( ) Arkadaşlarımdan  
( ) İletişim araçlarından  
( ) Sağlık personelinde  
( ) Diğer (belirtiniz).....
25. Cinsel ve üreme sağlığı konularında kiminle konuşursunuz?  
( ) Annemle  
( ) Babamla  
( ) Kardeşimle (abla/abi)  
( ) Öğretmenimden  
( ) Arkadaşlarımdan  
( ) Hiç kimse ile konuşmam  
( ) Diğer (belirtiniz).....
26. Evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulması konusuna nasıl bakıyorsunuz?  
( ) Olumlu  
( ) Olumsuz  
( ) Yorumsuz
27. Üniversitede cinsel ve üreme sağlığı danışma birimi olması gerekli midir?  
Evet ( ) Hayır ( )
28. Cinsel ve üreme sağlığı eğitim programlarında en çok ihtiyaç duyduğunuz konular nelerdir?  
( ) Aile planlaması yöntemleri  
( ) Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yolları  
( ) Gebeliğin oluşumu  
( ) Kadın ve erkek üreme sistemi organları ve işleyişi  
( ) Diğer (belirtiniz).....
29. Size göre üreme sağlığı ne demektir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)  
( ) Sağlıklı cinsellik  
( ) Üreme organlarının yapısal olarak normal olması  
( ) Üreme organlarının normal şekilde işlev görmesi/ çalışması  
( ) Üreme organlarının temizliği  
( ) Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak  
( ) Doğurganlığın düzenlenmesi  
( ) Gebelikten korunma yöntemleri  
( ) Cinsellik ve üreme sağlığına ilişkin problemleri yaşamayı önleyici sağlık davranışlarında bulunma  
( ) Diğer (belirtiniz.....)
30. Aşağıdaki gebeliği önleyici yöntemlerden hangilerini biliyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)  
( ) Rahim içi araç (spiral)  
( ) Hap  
( ) Prezervatif ( kılıf,kondom )  
( ) Takvim yöntemi  
( ) Geri çekme  
( ) İğne (aylık, 3 aylık )  
( ) Kadının tüplerinin bağlanması (tüp ligasyonu)  
( ) Erkeğin kanallarının bağlanması ( vazektomi )  
( ) Diğer (Belirtiniz.....)
31. Size göre bir cinsel ilişki sırasında gebelikten, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak konusunda kim sorumlu olmalıdır?  
( ) Erkek  
( ) Kadın  
( ) Her ikisi de  
( ) Diğer (belirtiniz.....)
32. Size göre güvenli cinsel ilişki ne demektir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)  
( ) Hiç cinsel ilişkide bulunmamak  
( ) Birden fazla partnerin olmaması  
( ) Erken yaşta cinsel ilişkiye başlamamak  
( ) Prezervatif kullanmak  
( ) Gebeliğin olmaması  
( ) Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak  
( ) Gebeliği önleyici korunma yöntemleri kullanmak  
( ) Tanınmadığı biriyle cinsel ilişkiye girmek  
( ) Diğer (belirtiniz.....)

## EK-3: ÜREME SAĞLIĞI/ CİNSEL SAĞLIK BİLGİ TESTİ

1

### B. Üreme Sağlığı/ Cinsel Sağlık Bilgi Testi

1. Kişinin kendi cinsine karşı cinsel ve duygusal ilgi duymasına ne ad verilir?
  - )Heteroseksüel
  - )Homoseksüel
  - )Bi-seksüel
  - )Travesti
  - )Transseksüel
2. "Bireylerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlama" ifadesi hangisini tanımlamaktadır?
  - )Doğurganlığın azaltılması
  - )Aile planlaması
  - )Nüfus planlaması
  - )Aile ekonomisinin düzenlenmesi
  - )Doğurganlığın artırılması
3. Hangisi gençlerin üreme sağlığı haklarından değildir?
  - )Kendi kararını vermede özgür olma hakkı
  - )Kendini koruma ve başkası tarafından korunma hakkı
  - )Cinsel sağlık konularını bilme hakkı
  - )Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı
  - )Genital enfeksiyonu eşinden gizleme hakkı
4. Cinsel istismar ile ilgili aşağıda yer alan ifadelerden hangisi doğrudur?
  - )Toplumumuzda sadece kızlar cinsel istismara maruz kalabilmektedirler.
  - )Kişi bedenine dokunulmasını istemediğinde hayır diyebilmelidir.
  - )Cinsel istismar toplumumuzda yaygın görülen bir durum değildir.
  - )Cinsel istismara uğrayan kişiler bu durumu gizlemelidir.
  - )Yetişkinler asla çocuk ve ergenleri cinsel yönden istismar etmez.
5. Hangisi gençlik döneminde sık görülen üreme sağlığı sorunlarından değildir?
  - )Erken gebelikler
  - )İsteyerek düşükler
  - )Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
  - )Cinsellikle ilgili bilgi eksikliği
  - )Üreme organları kanserleri
6. Aşağıdakilerden hangisi "kadın dış genital organları" ndan biri değildir?
  - )Overler (yumurtalıklar)
  - )Klitoris (bızır)
  - )Labia majör (büyük dudaklar)
  - )Labia minör (küçük dudaklar)
  - )Hymen (kızlık zarı)
7. Erkek tohum hücresi (sperm) ile kadın yumurta hücresinin (ovum) birleşmesine ne ad verilir?
  - )Üreme
  - )Döllenme
  - )Doğurganlık
  - )Yumurtlama
  - )Adet görme
8. Döllenme olayı aşağıdaki organlardan hangisinde meydana gelir?
  - )Tüpler (yumurta kanalları)
  - )Overler (yumurtalıklar)
  - )Uterus (rahim)
  - )Vajina (hazne)
  - )Karın boşluğu
9. Aşağıdakilerden hangisi normal adet düzeni ile ilgili ifadelerden biridir?
  - )Adet'in 9 yaşında başlaması
  - )17 yaşına kadar adet görülmemesi
  - )Adet'in 35 günden uzun aralıkta olması
  - )Adet'in yaklaşık 28 günde bir olması
  - )Adet kanamalarının 7 günden uzun sürmesi
10. Genç kızların adet görmeleri için en uygun yaş aralığı aşağıdakilerden hangisidir?
  - )7-11 yaş
  - )7-14 yaş
  - )14-18
  - )11-14
  - )11-20
11. Normal bir adet kanaması kaç gün sürer?
  - )1-2
  - )3-7
  - )8-10
  - )12-13
  - )14-15
12. Normal bir gebelik süresi kaç haftadır?
  - )20 hafta
  - )25 hafta
  - )30 hafta
  - )35 hafta
  - )40 hafta

13. Gebe kalma olasılığının en yüksek olduğu dönem aşağıdakilerden hangisidir?  
 )Adetten iki hafta önce  
 )Adet biter bitmez  
 )Adet'in ilk günü  
 )Adet günleri içinde  
 )Adetten hemen önce
14. Sağlıklı gebelik için en uygun yaş aralığı kaçtır?  
 )16-20     )17-21     )22-34     )26-38     )35-40
15. Aşağıdakilerden hangisi gebelik için risk faktörlerinden biri değildir?  
 )30 yaşında ilk gebeliğin olması  
 )ilk doğum arasında 3 yıldan daha az bir süre bulunması  
 )18 yaşından küçük ya da 35 yaşından büyük olunması  
 )Bir kadının dört ya da daha fazla çocuğa sahip olması  
 )Kadının 38 kilodan daha az bir kiloya sahip olması
16. Hangisi gebeliği önleyici etkin yöntemlerden biri değildir?  
 )Rahim içi araç (spiral)  
 )Prezervatif (kondom)  
 )Geri çekme (dışarı boşalma)  
 )Gebeliği önleyici haplar  
 )Tüplerin bağlanması (tüp ligasyon)
17. Aşağıdaki yöntemlerden hangisi gebeliği önleyici etkin yöntemlerden biridir?  
 )Takvim yöntemi  
 )Hazneyi (vajina) yıkama  
 )Deri altına takılan kapsül (implant)  
 )Geri çekme (dışarı boşalma)  
 )Spermisit (sperm öldürücü)
18. Hangisi korunmasız cinsel ilişki sonrası kullanılacak gebeliği önleyici yöntemlerinden (acil korunma) biridir?  
 )Gebeliği önleyici haplar  
 )Tüpligasyon (tüplerin bağlanması)  
 )Gebeliği önleyici iğneler  
 )Spermisit (sperm öldürücü)  
 )Prezervatif (kondom)
19. Aşağıdaki gebeliği önleyici yöntemlerin hangisi bireyleri aynı zamanda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korur?  
 )Kadında tüplerin bağlanması (tüp ligasyon)  
 )Gebeliği önleyici haplar  
 )Prezervatif (kondom)  
 )Rahim içi araç (spiral)  
 )Erkekte sperm kanallarının bağlanması (vazektomi)
20. Türkiye'de gebelikler yasal olarak kaçınıcı haftaya kadar sonlandırılmaktadır?  
 )6 hafta     )8 hafta     )10 hafta     )12 hafta     )16 hafta
21. Aşağıdakilerden hangisi cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır?  
 )Sifiliz (frengi)     )Hepatit A     )Grip (influenza)     )Kanser     )Kolera
22. Aşağıdakilerden hangisi aşıyla önlenemeyen ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan biridir?  
 )AIDS     )Hepatit B     )Bel soğukluğu (gonore)     )Frengi (sifiliz)
23. Gonore (bel soğukluğu) ile ilgili özellikler aşağıda verilmiştir. Yanlış olanı işaretleyiniz?  
 )Sadece erkeklerde görülebilen bir hastalıktır  
 )Hastalık cinsel ilişki ile bulaşır  
 )Yüksek doz penisilin ile tedavi edilir  
 )Tedavi edilmezse kısırlık ile sonuçlanabilir  
 )Enfeksiyon doğum sırasında anneden bebeğe geçebilir
24. AIDS/HIV ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?  
 )AIDS hastalığının etkeni HIV virüsüdür.  
 )HIV (+) olan kişi sağlıklı bir görünüme sahip olabilir  
 )HIV vücuda girdikten 3 ay sonra antikorlar oluşur  
 )AIDS aşısı ile tedavi edilebilen bir hastalıktır  
 )AIDS kan ve cinsel ilişki ile bulaşan ölümcül bir hastalıktır
25. HIV aşağıdakilerden hangi yolla bulaşmaz?  
 )Vajinal sıvı     )Tükürük     )Anne sütü     )Meni sıvısı     )Kan



## EK-4: ÜREME SAĞLIĞI RİSKLİ DAVRANIŞLARI

### C. ÜREME SAĞLIĞI RİSKLİ DAVRANIŞLARI

1. AIDS aşağıdaki ifadelerden hangisi sizin düşüncenize en uygundur?
  - ( ) Bilimsel araştırmalara ağırlık verilerek, çare bulunmalı; zira cinsel tercihler sınırlandırılmaz.
  - ( ) Tedavisi bulununcaya kadar, etkili cinsel korunma yöntemlerine başvurarak hastalığa yakalanmamak gerekir.
  - ( ) Problemin ana kaynağı aşırı cinsel serbestlik; çözüm tek eşliliktir.
  - ( ) Bu hastalık, günümüzdeki ahlaki yozlaşmanın yıkıcı bir sonucudur; çözüm de bu noktada aranmalıdır.
2. Genel olarak (fiziksel ya da psikolojik) sağlıklı bir birey olduğunuzu düşünüyor musunuz?
  - ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen
3. Evlilik öncesi cinsel ilişki konusunda, genç kız ve erkekler aşağıdaki ifadelerden hangisi sizin düşüncenize en uygundur?
  - ( ) Evlilik öncesi cinsel ilişki, hem kız hem erkek için normal karşılanmalı.
  - ( ) Erkek için normal kabul edilebilir ama, kız için kabul edilemez.
  - ( ) Hem erkek, hem de kız için kabul edilemez.
  - ( ) Diğer( belirtiniz):.....
4. Son on iki ayda kendinizi iki ya da daha fazla kez günlük işlerinizi yapamayacak kadar kötü ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?
  - ( ) Evet ( ) Hayır
5. Sigara içiyor musunuz?
  - ( ) Hiç içmedim ( ) Önceden içiyordum bıraktım ( ) Halen içiyorum
6. Sigara içmeye kaç yaşında başladınız? .....
7. Sigara içmeye neden başladınız?
  - ( ) Hiç içmedim
  - ( ) Eğlenmek
  - ( ) Sorunlarımdan uzaklaşmak için
  - ( ) Merak
  - ( ) Sinirlendiğim için
  - ( ) Can sıkıntısından
  - ( ) Rahatlamak için
  - ( ) Uyuyabilmek
  - ( ) Arkadaşlarım içtiği için
  - ( ) Arkadaşlarım ısrar ettiği için
  - ( ) Kendimi iyi hissetmek için
  - ( ) Özel bir nedeni yok
  - ( ) Diğer.....
8. Sigarayı bırakmada yardım almak için bir sağlık kuruluşuna başvurmayı düşünüyor musunuz?
  - ( ) Evet ( ) Hayır
9. Yaşamınız boyunca kaç gün, günde en az bir kez alkol aldınız?
  - ( ) 0 gün ( ) 1-2 gün ( ) 3-9 gün ( ) 10-19 gün ( ) 20-39 gün ( ) 40-99 gün ( ) 100 günden fazla
10. Bir birtürlü ilişkide cinsellik aşağıdakilerden hangilerini kapsar? (Birden fazla yanıt verilebilir)
  - ( ) Sadece konuşmak
  - ( ) El ele tutuşmak/öpmek
  - ( ) Dokunmak/okşamak
  - ( ) Cinsel birleşimle sonuçlanmayan ilişki
  - ( ) Cinsel birleşimle sonuçlanan ilişki
  - ( ) Ters (anal) ilişki
  - ( ) Diğer.....
11. Son 3 ay içinde cinsel birleşimle sonuçlanan ilişkiniz oldu mu?
  - ( ) Evet ( ) Hayır
12. Son cinsel ilişkinizde siz ya da partneriniz kondom (prezervatif) kullandı mı?
  - ( ) Hiç cinsel ilişkim olmadı ( ) Evet ( ) Hayır
13. Son cinsel ilişkinizde, gebeliği önlemek için siz ya da partneriniz herhangi bir yöntem kullandı mı?
  - ( ) Hiç cinsel ilişkim olmadı
  - ( ) Hiçbir yöntem kullanmadık
  - ( ) Doğum kontrol hapları
  - ( ) Kondom
  - ( ) Enjeksiyon
  - ( ) Geri çekme
  - ( ) Diğer.....
  - ( ) Emin değilim
14. Korunsuz bir cinsel ilişki sonrasında gebelik oluşması önlenebilir mi?
  - ( ) Evet ise nasıl.....
  - ( ) Hayır
  - ( ) Fikrim yok
15. Sizin ya da partnerinizin hiç gebelik deneyimi oldu mu?
  - ( ) Evet ( ) Hayır
16. Evli olmadan yaşanan bir cinsel ilişki sonunda ortaya çıkan gebelik durumunda sizce ne yapılmalıdır?
  - ( ) Her koşulda gebeliğin devam ettirilmesi gereklidir
  - ( ) Her koşulda kürtaj yapılmalıdır
17. Güvenli cinsel ilişkinin tanımı aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?
  - ( ) Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak
  - ( ) Tek eşlilik
  - ( ) Gebeliği önleyici yöntemler kullanmak
  - ( ) Kondom (prezervatif) kullanmak
  - ( ) Tanınmadığı kişi ile cinsel ilişkiye girmemek
  - ( ) Gebeliğin olmaması
  - ( ) Tam birleşme ile sonuçlanmayan ilişki
  - ( ) Diğer.....

## EK-5: DUYGUSAL ZEKÂ ÖLÇEĞİ

### D. DUYGUSAL ZEKÂ ÖLÇEĞİ-KISA FORMU (DZÖÖ-KF)

*Yönerge:* Lütfen aşağıdaki her ifadeyi o ifadeye katılma ya da katılmama derecenizi yansıtan rakamı daire içine alarak cevaplayınız. İfadelerin tam anlamı hakkında çok uzun düşünmeyiniz. Hızlı ilerleyiniz ve kesin cevaplar vermeye çalışınız. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. 1-Kesinlikle katılmıyorum ile 5-Kesinlikle katılıyorum arasında 5 cevap seçeneğiniz vardır. İlginiz ve zaman ayırdığınız için teşekkürler.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Genel anlamda, yüksek motivasyonlu birisiyim.					
2. Duygularımı düzenlemekte genellikle zorlanırım.					
3. İnsanlarla etkin bir biçimde baş edebilirim.					
4. Verdiğim kararlarımı sıklıkla değiştirme eğilimim vardır.					
5. Çoğu zaman hangi duyguyu hissettiğimi ayırt edemem.					
6. Birçok iyi özelliğe sahip olduğumu düşünüyorum.					
7. Haklarımı savunmak benim için genellikle zordur.					
8. Diğer insanların duygularını bir şekilde etkileyebilme yeteneğim vardır.					
9. Olayların akışına göre hayatımı düzenlemek benim için genellikle zordur.					
10. Genelde stresle baş edebilirim.					
11. Yakınlarıma, duygularımı göstermekte genelde zorlanırım.					
12. Motivasyonumu devam ettirmekte zorlanırım.					
13. Genel olarak, hayatımdan memnunum.					
14. Sonradan pişman olacağım şeyleri yapma eğilimim vardır.					
15. Sıklıkla duraksar ve hissettiklerimi düşünürüm.					
16. Kişisel donanımlarımın, güçlü yönlerimin tam olduğuna inanıyorum.					
17. Tartışırken haklı olduğumu bilsem dahi, geri çekilmeye meyilliyim.					
18. Genellikle, hayatımda işlerin yolunda gideceğine inanırım.					
19. Bana çok yakın olan kişilerle bile, aramda bağ oluşturmak benim için zordur.					
20. Genellikle, yeni çevreye uyum sağlama yeteneğim vardır.					

**EK-6: ETİK KURUL KARARI**

**T.C. BEYKOZ ÜNİVERSİTESİ MESLEK YÜKSEK OKULU ARAŞTIRMA PROJE VE ETİK  
KOMİSYONU BAŞKANLIĞINA**

Toplantı Tarihi	Toplantı Yeri	Oturum Başkanı
11.04.2018	Beykoz Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu	Prof. Dr. Gülten KAPTAN ATEŞOĞLU

**KARAR NO 1-** Sibel HAKLI'nın sorumlu araştırmacı olarak yürütmesi öngörülen İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda okuyan öğrencilerin katılacağı "Üniversite Öğrencileri Üreme Sağlığı ve Aile Planlanması Bilgi Düzeylerinin Riskli Davranışlara Yatkınlığı ile İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışma, araştırma etiği yönünden değerlendirildi; toplantıya katılan üyelerin oybirliğine uygun olduğu karar verildi.

**BAŞKAN** Prof. Dr. Gülten KAPTAN ATEŞOĞLU  
Beykoz Üniversitesi MYO Müdürü

**ÜYELER** Doktor Öğretim Üyesi Rana ÖZYURT KAPTANOĞLU  
Beykoz Üniversitesi MYO

Öğretim Görevlisi Taner KARATEKE  
Beykoz Üniversitesi MYO

Öğretim Görevlisi Kübra GÖLEBATMAZ  
Beykoz Üniversitesi MYO

## EK-7: PATENT HAKKI İZNI

14.06.2019 İstanbul Gelişim Üniversitesi Posta - ölçek izin

**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ** Sibel HAKLI <shakli@gelisim.edu.tr>

**ölçek izin**  
4 ileti

Sibel HAKLI <shakli@gelisim.edu.tr> 21 Ocak 2018 17:52  
Alıcı: edeniz@yildiz.edu.tr

Merhabalar Engin Hocam ben İstanbul Üniversitesi Kadın Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında yüksek lisans yapıyorum ve tez aşamasındayım. Tezim için sizin yapmış olduğunuz geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında DUYGUSAL ZEKÂ ÖZELLİĞİ ÖLÇEĞİ-KISA FORMU'nu izniniz ile kullanmak istiyorum. Cevabınızı bekliyorum, Saygılar, Teşekkürler..

--

**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**

Öğ. Gör. Sibel HAKLI  
İstanbul Gelişim Üniversitesi  
Tel:0212 422 70 00  
e-mail: shakli@gelisim.edu.tr

14.06.2019 İstanbul Gelişim Üniversitesi Posta - ölçek izin  
\*e-mail: shakli@gelisim.edu.tr <shakli@gelisim.edu.tr>\*

Sibel HAKLI <shakli@gelisim.edu.tr> 21 Ocak 2018 20:56  
Alıcı: edeniz@yildiz.edu.tr

Tabiki hocam, teşekkürler

21 Oca 2018 Paz, saat 21:55 tarihinde <edeniz@yildiz.edu.tr> şunu yazdı:  
[Alıntılanan metin gizlendi]

--  
Gmail Mobil'den gönderildi

edeniz@yildiz.edu.tr <edeniz@yildiz.edu.tr> 28 Ocak 2018 14:36  
Alıcı: Sibel HAKLI <shakli@gelisim.edu.tr>


Hocam ölçek bilgileri ekli dosyada. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. M. Engin Deniz

Yıldız Technical University  
Faculty of Education  
Department of Guidance and Psychological Counseling  
Davutpaşa/İstanbul

Yıldız Teknik Üniversitesi  
Eğitim Fakültesi  
Eğitim Bilimleri Bölümü  
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı  
Davutpaşa-İstanbul

-----Sibel HAKLI <shakli@gelisim.edu.tr> yazdı: -----  
Kime: edeniz@yildiz.edu.tr  
Kimden: Sibel HAKLI <shakli@gelisim.edu.tr>  
Tarih: 21.01.2018 18:49  
Konu: ölçek izin  
[Alıntılanan metin gizlendi]

 Duygusal zeka kısa form.doc  
61K

**EK-8: KURUM İZİNİ**

T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

Sayı : 78306657-299-E.4083  
Konu : Etik Kurul Onayı hk.

03/05/2018

Sayın Öğr. Gör. Sibel HAKLI

İlgi : Öğr. Gör. Sibel Haklı 30/04/2018 tarihli ve 6639 kurum sayılı yazısı.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında yürütülecek olan "Üniversite Öğrencileri Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Bilgi Düzeylerinin Riskli Davranışlara Yatkınlığı ile ilişkisinin incelenmesi" adlı tez çalışması anketlerinin İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda okuyan öğrencilerle yapılması uygun görülmüştür. Gereğini rica ederim.

**e-İmzalıdır**

Prof. Dr. Mustafa NİZAMLIOĞLU  
Müdür

Adres: Cihangir Mahallesi Şehit Jandarma Komando Er Hakan Öner Sk. No:1 Avcılar / İSTANBUL  
Telefon: 02124227000-505 Faks: 2124227401  
Elektronik Ağ: <http://www.gelisim.edu.tr>

Zeynep Tuğça SUCU  
Dahili: 505

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.  
Evrak teyidi <http://ebys.gelisim.edu.tr/sorgu/sorgula.aspx> adresinden 30AA-PPIO-8BII kodu ile yapılabilir.

## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI BİLGİ DÜZEYLERİNİN RİSKLİ DAVRANIŞLARA YATKINLIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

% <b>15</b>	% <b>10</b>	% <b>4</b>	% <b>12</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% <b>3</b>
<b>2</b>	www.yumpu.com İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>4</b>	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>5</b>	www.hips.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>6</b>	www.huksam.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	Submitted to Beykent Üniversitesi	

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Sibel	<b>Soyadı</b>	HAKLI
<b>Doğ.Yeri</b>	TOSYA	<b>Doğ.Tar.</b>	10.08.1990
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kim No</b>	-----
<b>Email</b>	sibelhk134@gmail.com	<b>Tel</b>	05332072244

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>	-	-
<b>Yük.Lis.</b>	İstanbul Üniversitesi (Kadın Sağlığı ve Hastalığı Hemşireliği)	Devam
	Acıbadem Üniversitesi (Cerrahi Hemşireliği Tezsiz Y.L.)	2014
<b>Lisans</b>	Amasya Üniversitesi (Hemşirelik)	2011
<b>Lise</b>	Tosya Lisesi	2007

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
<b>1.</b>	Öğretim Görevlisi	İstanbul Gelişim Üniversitesi	2015-halen
<b>2.</b>	Araştırma Görevlisi	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksekokulu	2014-2015
<b>3.</b>	Hemşire	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi	2013-2014
<b>4.</b>	Hemşire	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi	2011-2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer)Puanı
İngilizce	iyi	zayıf	orta	-	YÖKDİL- 65

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>LES Puanı</b>			
<b>ALES Puanı</b>	75,02	73	65

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Programları	İyi


### **Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri**

- HAKLI Sibel, DOLGUN Elmas Dilara, RÜSTEMOĞLU Nevriye, RATHFISH Gülay (2009). Health Problems and Complementary Medicine in the First Trimester Pregnancy. International Journal of Scientific and Tecnological Research, 5(4), 218-231. Doi: 10.7176/ JSTR/ 5-4-23 (Uluslararası) (Hakemli) (MAKALE Derleme Makale) (Yayın No: 5037789)

- Yüksek Lisans Projesi: Total Mandibulektomide Flep Sonrası Hastaya Yaklaşım

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Kitap Okuma, Sağlık alanlı araştırmalar, Aromaterapi