

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

**ER VE ERBAŞLARIN
AİLE PLANLAMASI İLE İLGİLİ BİLGİLERİNİN
EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ASİYE ÜZEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

YRD. DOÇ. DR. MİNE YURDAKUL

Tez No:.....

MERSİN 2007

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan Er ve Erbaşların Aile Planlaması İle İlgili Bilgilerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:29 /06 /2007

Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr.Nazife AKAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Hacer ÇETİN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Ülkü ÇÖMELEKOĞLU
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu alıŐma sÜeresince değerli yardım ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Sn. Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL'a teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca beni destekleyen Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürü Sn. Prof.Dr. Ayşe ÖZCAN'a, onay ve katkılarını gördüğüm Sn.Yrd.Doç.Dr. Nazife AKAN'a, tezimin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde büyük katkı sağlayan Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğr.Gör.Sn.Semra ERDOğAN'a, çalıŐmamda önerileri ile destek sağlayan Sn.Yrd.Doç.Dr.Gülay BÖREKÇİ'ye, dostluklarını ve yardımlarını esirgemeyen Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanları ve çalıŐanlarına, çalıŐmama gösterdikleri ilgi ve katılımdan dolayı Mersin İl Jandarma Komutanlığı ve Erdemli Jandarma Komutanlığına teşekkür ederim.

Ayrıca bu tezin hazırlanması sürecinde varlıklarıyla bana güç veren ve destekleyen aileme sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Asiye ÜZEL
2007.- Mersin

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Nüfus ve Tarihsel Süreç.....	7
2.2. Nüfus Artışının Değerlendirilmesi.....	9
2.3. Nüfus Politikaları.....	11
2.4. Üreme Sağlığı.....	16
2.4.1 Üreme Sağlığının Tanımı.....	16
2.4.2. Üreme Sağlığının Amaçları.....	17
2.4.3. Üreme Sağlığı Kapsamı.....	18
2.4.4. Üreme Hakları.....	20
2.4.4.1. Yaşama Hakkı.....	21
2.4.4.2. Özgürlük Hakkı.....	21
2.4.4.3. Eşitlik Hakkı.....	21
2.4.4.4. Mahremiyet Hakkı.....	22
2.4.4.5. Düşünce Özgürlüğü Hakkı.....	22
2.4.4.6. Bilgilenme ve Eğitim Hakkı.....	23
2.4.4.7. Evlenme ve Aile Kurma Konularında Seçim Yapma Hakkı.....	23
2.4.4.8. Çocuk Sahibi Olup Olmamaya Karar Verme Hakkı.....	23
2.4.4.9. Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı.....	24
2.4.4.10. Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı.....	25
2.4.4.11. Toplanma Özgürlüğü ve Siyasete Katılma Hakkı.....	25
2.4.4.12. İşkence ve Kötü Muameleden Özgür Olma Hakkı.....	25
2.5. Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Toplumsal Cinsiyet Faktörü.....	26
2.6. Aile Planlaması Hizmetleri ve Amacı	33
2.6.1. Aile Planlamasının Yararları.....	34
2.6.2. Aile Planlaması Eğitimi.....	36
2.6.3. Aile Planlaması Danışmanlığı.....	39
2.6.3.1. Aile Planlaması Danışmanlığının Amacı.....	39
2.6.3.2. Aile Planlaması Danışmanlığının İlkeleri.....	40
2.6.3.3. Aile Planlaması Danışmanlığının Özellikleri.....	41
2.6.3.3. Aile Planlaması Danışmanlık Çeşitleri.....	42
2.6.3.3.1. Genel Danışmanlık.....	42

2.6.3.3.2.Yönteme Özel Danışmanlık.....	42
2.6.3.3.3.İzlem Danışmanlığı.....	43
2.6.3.5.Aile Planlaması Danışmanlık Adımları.....	44
2.6.3.6.İyi Bir Danışmanlık Ortamı.....	46
2.6.3.7.Aile Planlaması Danışmanlığında Ebelerin Sorumlulukları.....	46
3. GEREÇ VE YÖNTEM	48
3.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı.....	48
3.2. Araştırmanın Şekli.....	48
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	48
3.5. Araştırmanın Evreni	49
3.6. Araştırmanın Örneklemi.....	49
3.7. Verilerin Toplanması.....	49
3.7.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	49
3.7.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması.....	50
3.7.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması ve Değerlendirilmesi.....	50
3.8. Eğitim Programı ve Uygulanması.....	51
4. BULGULAR	52
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	78
7. KAYNAKLAR	83
8. EKLER	95
EK-1 Anket Formu	95
EK-2-Erlerin Aile Planlamasına İlişkin Bilgilerini Değerlendirme Formu.....	97
EK-3-Erlerin Aile Planlamasına İlişkin Bilgilerini . Değerlendirme Formu Cevap Anahtarı.....	99
EK-4-Aile Planlaması Kurs Programı.....	101
EK-5-Aile Planlaması Eğitim Kitapçığı.....	102
9. ÖZGEÇMİŞ	134

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4. 1: Er ve Erbaşların Bazı Tanıtıcı Özellikleri.....	52
Çizelge 4. 2: Evli Olan Erlerin AP Yöntem Kullanıma ve Bu Konuda Eşleriyle Konuşma Durumları.....	53
Çizelge 4. 3: Eşlerin Sahip Olunacak Çocuk Sayısına Karar Vermelerine Yönelik Erlerin Yaklaşımları.....	53
Çizelge 4. 4: Erlerin AP Yöntemlerini Kullanmana Yaklaşımları.....	54
Çizelge 4. 5: Erlerin AP Konusundaki Bilgilerini Özdeğerlendirme Durumları ve Bilgi Edindikleri Kaynak Dağılımları	54
Çizelge 4. 6: Erlerin Cinsel İlişki Deneyimi İle AP Bilgileri Konusunda Özdeğerlendirme Durumları.....	55
Çizelge 4. 7: Cinsel İlişki Deneyimi Olan Erlerin AP Yöntemi Kullanma Durumları.....	55
Çizelge 4. 8: Erlerin En Uzun Yaşadıkları Yerleşim Yerine Göre Kullandıkları AP Yöntemleri.....	56
Çizelge 4. 9: Erlerin Eğitim Durumlarına Göre Kullandıkları AP Yöntemleri.....	56
Çizelge 4. 10: Erlerin AP Yöntemleri Hakkında Bilgi Alabilecekleri Sağlık Kuruluşunu Bilme ve Başvurma Durumları.....	57
Çizelge 4. 11: Erlerin Erkeklerle Yönelik AP Yöntemleri Konusunda Bilgilerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi.....	58
Çizelge 4. 12: Erlerin Kadınlara Yönelik AP Yöntemleri Konusunda Bilgilerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi.....	59
Çizelge 4. 13: Erlerin Kadın Sağlığı Açısından Uygun Doğurganlık Davranışını Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilme Durumları.....	60
Çizelge 4. 14: Erlerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bilgi Puan Ortalamaları.....	60
Çizelge 4. 15: Erlerin Cinsel İlişki Deneyimlerine Göre Eğitim Öncesi Bilgi Puan Ortalamaları.....	61
Çizelge 4. 16: Erlerin Öğrenim Durumlarına göre AP Konusunda Eğitim Öncesi Bilgi Puan Ortalamaları.....	61

Çizelge 4. 17: Eğitim Düzeyi İle Bilgi Kazanç Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Çizelge 4. 18: Erlerin Yaşadıkları Yere Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
Çizelge 4. 19: Erlerin Medeni Durumları ve AP Yöntemi Kullanımları ile Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Çizelge 4. 20: Erlerin AP Yönelik Yaklaşımları ile Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AP	Aile Planlaması
AT	Avrupa Topluluğu
BEİ	Bilgi-Eğitim-İletişim
CS/ÜS	Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECFE	Eğitim Cinsiyet Farklılığı Endeksine
GDSHM	Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Merkezi
ICPD	International Conference on Population and Development
KS/AP	Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması
SB	Sağlık Bakanlığı
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
TÜBA	Türkiye Bilimler Akademisi
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
ÜS	Üreme Sağlığı

ÖZET

Er ve Erbaşların Aile Planlaması İle İlgili Bilgilerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi

Asiye ÜZEL. Üreme sağlığı ve aile planlaması alanında son 20 yılda Türkiye’de gerçekleştirilen eğitim ve hizmet uygulamaları, ülke kalkınması ve toplumsal gelişim açısından önemli kazanımlara yol açmıştır. Bu kazanımların sürekliliği, erkeklerin üreme sağlığı konusunda doğru bilgilerle donatılmalarına bağlıdır.

Bu çalışma, erlerin aile planlaması konusu ile ilgili bilgilerinin eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmada, erlerin tanıtıcı özellikleri hazırlanan anket formu ile toplandıktan sonra ön-test soru formu uygulanmış, bir hafta sonra erlere 2 gün süre ile günde 4 saat planlı eğitim verilmiş, eğitim sonrası son-test ile bilgi düzeylerindeki değişim değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan 40 er ve erbaşın; % 87.5’i becardır, % 87.5’i 20-26 yaşlarında, % 37.5’inin ortaöğretim, % 62.5’inin lise ve üzeri eğitime sahiplerdir.

Bu çalışma, erlerin AP yöntemlerine ilişkin bilgilerinin eksik olduğunu göstermiştir. Erlerle eğitim verildikten sonra bilgi puanlarında önemli derecede bir artış gözlenmiştir ve bu artış istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p= 0.0001$). Ön-test bilgi puan ortalamasının 20.0 puan üzerinden, 7.05 ± 3.05 , son-test bilgi puan ortalamasının 16.4 ± 2.8 olduğu saptanmıştır.

Eğitim sırasında, görsel-işitsel araçlarla desteklenmiş interaktif eğitim yöntemlerinin kullanılması ve konunun gençleri ilgilendiren bir konu olması bilgi artışını sağlamıştır.

Üreme sağlığı hizmet sunum biriminde ağırlıklı olarak yer alan ebe ve hemşirelerin, erlere yönelik planlı ve etkili AP eğitim hizmeti vermeleri, erkeklerde sorumlu cinsel davranış örüntülerinin gelişmesine katkısının yanı sıra ülkemizin önemli sorunlarından olan; aşırı doğurganlığın, anne ve bebek ölümlerinin, istenmeyen gebeliklerin azalmasını da sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: aile planlaması / erkek katılımı/ planlı eğitim

ABSTRACT

Family Planing Knowledge of Soldiers Before and After The Training

Asiye ÜZEL. Service applications and education events about for reproductive health and family planning for last twenty years in Turkey is caused important gains on country development and community improvment.

Continuousness of this gains depends on equiping men with accurate information about reproductive health.

In these study we measured ‘family planing knowledge of soldiers before and after the training’. Before the pre-test personality of soldiers has collected, one week later soldiers were educated 8 hours in 2 days,after the training the soldiers have been appreciated about their knowledge by post-test.

40 soldiers who were in investigation 85.5 % were bachelor, 87.5 % 20-26 years old, 37.5% of secondary school, 62.5% of high school and university graduated.

It was found the knowledge increase after the training. The increase was found statistically significant ($p=0,0001$) scores of knowledge related to pre-test family planning was 7.05 ± 3.05 and related to post-test family planning was 16.4 ± 2.8 .

During the training ,using interactive training methods which supported with optic and visual tools and the interest of young people caused to knowledge increase.

Giving planned and effective family planning education to men by midwife and nurse who work for reproductive health causes growing men’s responsible sexual behaviour, beside decreaseing of excessive fecundity,maternal and child deaths and unwanted pregnancies

Key words: family planning/male participation/planned education

1-GİRİŞ

Dünya nüfusu son 40 yıl içinde nüfus yoğunluğu ve dağılımı açısından büyük değişikliklere uğramıştır. Bu dönem içerisinde gelişmiş ülkelerin nüfusu 832 milyondan 1.2 milyara çıkarken, gelişmekte olan ülkelerin nüfusu 1.7 milyardan 4.2 milyara yükselmiştir(1). Bu değişikliğe bağlı olarak gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasında var olan sosyo-ekonomik farklılaşma daha da artmıştır. 2006 İnsani Gelişme Endeksinde en üst ve alt sırada yer alan iki ülke arasındaki farka bakılacak olursa; Norveç'te insanların Nijerya'ya göre 40 kez daha zengin ve 2 misli daha uzun yaşadıkları, Norveçlilerin tamamı ilk, orta ve yüksek öğrenim alırken, Nijerlilerin ise ancak %21'inin okula gidebildiği görülmektedir (2). Bunun başlıca nedeni gelişmekte olan ülkelerdeki nüfus artışının gelişmiş ülkelere oranla çok daha yüksek olmasıdır. Hızlı nüfus artışı, gıda maddelerine, konut, sağlık ve eğitim hizmetlerine olan talebi artırmakta, diğer bir yaklaşımla kalkınmayı güçleştirmekte ve gerekli imkanların sağlanamaması nedeniyle insanların en temel ihtiyaçların karşılanamamasına sebep olmaktadır (1, 3, 4).

Nüfus ile kalkınma arasında kurulan bu bağ çerçevesinde tek çözüm, gelişmekte olan ülkelerde doğurganlığın azaltılmasıdır (5). 1950'lerin başında gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık oranı 6 iken, 2005'e gelindiğinde bu oranın yarıya indiği görülmektedir. Bu rakama ulaşılmasında sosyo-ekonomik düzeydeki olumlu gelişmeler, kentleşme, kadınların eğitim düzeylerinin artması ve çalışma hayatına katılmaları gibi faktörlerin katkısı bulunmaktadır. Bu faktörlerin yanında ailelerde de daha az sayıda çocuk yapma isteğinin oluştuğu gözlenmektedir (6, 7, 8). Çocuk sayısını kontrol etmek isteyen ailelere, modern aile planlaması yöntemlerinin yayılmasının büyük yararı olmuştur. Gelişmiş ülkelerde 1960'ların başında kadınların ancak % 10'u modern aile planlaması yöntemlerine başvururken, bugün bu rakam % 60'a ulaşmıştır (6, 9, 10).

Dünyada nüfus, kalkınma ve doğurganlık arasında kurulan ilişki önce “nüfus planlaması” ardından “doğum kontrolü” ve “aile planlaması (AP)” kavramlarının gelişmesine sebep olmuştur. Bu alanda yapılan çalışmaların kadının statüsü ile ilgili

konularla ve kadının genel sağlık sorunları ile ilişkisi, kadın nüfusuna odaklanılmasına ve bu kavramlara kadın sağlığının da eklenmesine yol açmıştır (10). Günümüzde artık AP kavramı yerine "üreme sağlığı" kavramı kullanılmaktadır. Üreme sağlığı (ÜS), aile planlamasını kapsamakla birlikte, güvenli anneliği, cinsel yolla bulaşan hastalıkları (CYBH) ve bunların önlenmesini ön plana almaktadır (11).

Son yıllarda, hem nüfus ve kalkınma alanında, hem de bireyin yaşam kalitesine ilişkin pek çok alanda uygulanan stratejilerin, politikaların izlenebilmesine ve değerlendirilebilmesine olanak verecek göstergelerin oluşturulması konusunda uluslararası çabalar yoğunlaşmıştır.

Söz konusu uluslararası girişimlerden en önemlilerinden birisi 1994 yılında Kahire'de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD-94)'dir. ICPD-94 eylem planında "nüfus ve kalkınma" kavramının kapsamı ve boyutları yeniden tanımlanarak ülkeler düzeyinde bağlayıcı olan kararlar alınmıştır. Bu konferansta alınan kararların, nüfus ve kalkınma göstergelerinin oluşturulması sürecinde önemli katkısı bulunmaktadır. Bu çerçevede 2015 yılından önce temel sağlık hizmetleri kapsamında, AP, Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve cinsel sağlık hizmetleri dahil olmak üzere tüm üreme sağlığı hizmetlerinin toplumda ihtiyacı olan herkese ulaştırılmasını sağlamak hedef olarak belirlenmiştir. Bu hedefe ulaşabilmek için kadının güçlendirilmesi, cinsiyetler arasındaki yasal ve sosyal farklılıkların, ayrımcılığın ortadan kaldırılması, erkeklerin ÜS hizmetleri konusunda bilgilendirilmesi, farkındalık yaratılması ve bu hizmetlerden yararlanmalarının sağlanması, özellikle eğitimdeki cinsiyet ayrımının kaldırılması, üreme sağlığı ve ÜS haklarının garantilenmesi, herkes için ÜS fikrinin savunulması da özel olarak vurgulanmıştır (12, 13).

Ülkemizde sosyal ve ekonomik kalkınmanın hızlandırılması amacıyla ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda, plan ve programlarda yer alan hedef ve politikalar uluslararası eylem plan ve programları ile örtüşmektedir. Ancak politikaların bölgesel ve yerleşim yerleri arasındaki eşişsizlikleri giderecek düzeyde olmasına rağmen, nüfusun niteliklerinin özellikle dezavantajlı nüfus gruplarının iyileştirilmesine yönelik politikaların uygulanması konusunda yeterli mekanizmaların oluşturulduğunu söylemek mümkün olmamaktadır (10, 14)

Türkiye 1927'de cumhuriyetin ilk nüfus sayımında, 13.6 milyon kişi iken, 2000'de 68 milyona ulaşmıştır (15). Türkiye bugün hızlı nüfus artış dönemini geride bırakmakta ve kalkınma sürecinde, hızlı nüfus artışından kaynaklanan sorunlar giderek etkisini azaltmaktadır. 2005 yılında yenilenen nüfus projeksiyonlarına göre, 2006 yılında binde 12.4 olan yıllık nüfus artış hızının 2007 yılında binde 12.1'e gerileyeceği, 2006 yılında 72.9 milyon olan yıl ortası toplam nüfusun 2007 yılında 73.8 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. 2006 yılında 2.18 olan toplam doğurganlık hızının ise, 2007 yılında 2.17'ye gerilemesi beklenmektedir (16).

Nüfus artışındaki bu olumlu gelişmelere rağmen bazı sorunlar devam etmektedir. Doğurganlık hızlarında belirgin bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Doğurganlık hızı Doğu bölgesinde en yüksek (kadın başına 3.7 çocuk) ve Batı bölgesinde en düşük (kadın başına 1.9 çocuk) düzeydedir. Okuma-yazma bilmeyen anneler ortalama 5.6 çocuk sahibi olurken, yüksek eğitimli anneler ortalama 1.3 çocuk yapmaktadırlar. 15-49 yaş grubu evli kadınların son beş yılda yapmış oldukları doğumların %14'ü daha sonra olması istenen, %20'si ise istenmemiş doğumlardır. 15-49 yaş grubu kadınlarda isteyerek düşük hızı % 11.3 olarak saptanmıştır (17). Bu göstergeler ülkemizde istenmeyen gebelikler sonucu olan doğumların ve isteyerek yapılan düşüklerin yaygın olduğunu göstermektedir. Türkiye'de 15-49 yaş arası halen evli kadınların %71'i gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmakta olup modern yöntem kullananların oranı sadece %43'tür. Yöntem kullanımı ve modern yöntem kullanımı oranları arasında bölgeler ve yerleşim birimleri arasında büyük farklılıklar ve hizmet açığı görülmektedir. Doğurgan yaştaki tüm kadınları ve erkekleri etkileyen istenmeyen gebelikler hem sağlıkla ilgili, hem sosyal hem de ekonomik bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. (14, 17, 18).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) AP gereksinimlerinin karşılanmama nedenlerini; kaliteli hizmetlere erişim yetersizliği, yöntem seçeneklerinin sınırlı olması, güvenilirliğine ilişkin kaygılar, yöntemlerin yan etkileri, bilgisizlik ve eşlerin kabul etmemesi gibi etmenlerle açıklamaktadır. Bireylere doğurganlığını kontrol altına alması için gerekli bilginin ve yöntemlerin sunulması temel sağlık hakları ile ilgilidir (19, 20). Yapılan çeşitli çalışmalarda, AP programlarına ağırlık verilmesi ile anne ölümlerinin % 30-40 (21), bebek ölümlerinin de en az % 20 oranında azaltılacağı belirtilmektedir (22).

Bir çok ülkede ve ülkemizde AP ile ilgili bilgi-eğitim-iletişim (BEİ) ve klinik hizmetlerde erkekler, kadınlara göre yetersiz ele alınmakta ve sağlık hizmeti sunanlar tarafından genellikle göz ardı edilmektedirler. Oysa erkeklerin üreme kapasiteleri kadına göre yaşamlarının daha uzun zaman diliminde devam etmektedir. Ayrıca, erkeklerin ideal aile büyüklüğü, cinsiyet tercihleri, ideal doğum aralıkları, AP yöntemlerini kullanma gibi konulardaki bilgi ve tutumları eşlerin doğurganlık davranışlarında belirleyici olmaktadır (23, 24, 25). Bu nedenlerle erkeklerin bu konudaki duyarlılıklarının artırılması, toplumsal ve özel yaşamda erkek ve kadın eşitliğini sağlamak için erkek ve kadınlar arasında cinsellik ve üreme sağlığı konularında iyi bir iletişimin ve ortak sorumluluklarına ilişkin bilincin oluşturulması gerekmektedir (26, 27, 28, 29).

Ülkemizde kullanılan AP yöntemlerin yarısından fazlasını (% 52.5) erkeğin aktif katılımını gerektiren yöntemler (geri çekme % 20.9, kondom %10.8 ve vazektomi % 0.1) oluşturmaktadır (15, 17). Bu veriler modern ve etkili yöntem kullanımının yetersizliği ile birlikte, erkeklerin AP eğiliminin ve katılımının yaygın bir biçimde var olduğunu göstermektedir (30). Geri çekme gibi geleneksel yöntemlerde başarısızlık hızının diğer AP yöntemlerine göre oldukça yüksek olduğu ve isteyerek düşük yapan gebelerin yaklaşık yarısının (% 46.6) bu yöntemi kullandığı bilinmektedir (31). Ülkemizde yapılmış bazı çalışmalarda da geri çekme yöntemini uygulayanların çoğunluğunun, bu yöntemi etkin bir yöntem olarak düşündüğü saptanmıştır (32). Güldal ve ark. (33), İzmir’de yapmış oldukları çalışmada, erkeklerin pek çok yöntemi tanımakta olduğu ancak onlara ilişkin bilgilerinin yanlış olduğu saptanmıştır. Bu nedenlerle erkeklerin AP ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmalı, etkin yöntemlerle birlikte, geleneksel yöntemlere ilişkin bilgilendirilme yaygınlaştırılmalıdır.

Üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda son yıllarda toplumu bilinçlendirmek amacıyla birçok çalışma başlatılmıştır (34). Bu çalışmalar, daha çok evli aile bireyleri ve erişkin yaş grupları üzerinde yoğunlaşmış, gençler genelde ihmal edilmiştir (35). Oysa gençler giderek daha erken yaşta cinsel olarak aktif hale gelmekte ve evlilik yaşı daha ileriki yaşlara kaymaktadır. (36).

Türkiye’de cinselliği sınırlayan bütün kültürel özelliklere ve hizmet alımlarındaki engellere bağlı olarak gençlerin de yetersiz bilgi ile cinsel ilişki

deneyimleri yaşamakta oldukları ve bu durumdan kaynaklanan sorunları göğüslemek zorunda kaldıkları görülmektedir (34, 37, 38, 39, 40, 41). Türkiye nüfusunun yaklaşık % 20'sini oluşturan gençlerin sağlık sorunları arasında üreme sağlığı konusunda; CYBH'lar ve komplikasyonları, adölesan gebelikler, istenmeyen gebelikler, anne ölümleri gibi sorunlar önemli bir yer tutmaktadır (7, 10, 42, 43, 44). DSÖ tahminlerine göre, her yıl 333 milyon yeni CYBH olgusu oluşmaktadır (45, 46). Sağlık Bakanlığı verilerine göre , 2003 yılı itibariyle ülkemizdeki HIV taşıyıcılarının sayısı 1123 ve AIDS vakalarının sayısı 477'dir ve her yıl giderek artmaktadır. Vakaların 3/4' ü erkektir (10). Hızlı nüfus artışı ve CYBH'ların, özellikle de HIV enfeksiyonunun yayılımı ve başlıca korunma yolunun güvenli cinsel ilişki ve kondom kullanımı olması AP ve cinsellik konularının sürekli olarak gündemde kalmasına yol açmaktadır (47).

Sağlık Bakanlığı'nın Ankara'da yapmış olduğu Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CS/ÜS) Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı Tanıtım toplantısında; gençlerin bir çok CS/ÜS sorunları vurgulanmış, erkeklerin, başta AP olmak üzere, tüm CS/ÜS ile ilgili karar ve uygulamalara katılımının ve sorumluluk üstlenmesinin sağlanması (erkek katılımı) hedeflenmiş, bunun için Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) ile iş birliği yapılarak silah altındaki erlere yönelik davranış değişikliği iletişimi çalışmaları yapılması planlanmıştır (10). Sağlık ve sosyo-ekonomik kalkınma yolunda ilerlemek isteyen bir ülkenin, genç insanların ÜS/CS gereksinimlerini karşılayabilmesi önemlidir (48). Cinsel konulardaki bilgi ve tutum, gençlerin gelecekteki cinsel yaşamını, aile hayatını ve doğurganlık davranışlarını yakından etkileyecektir (13).

DSÖ, Münih Deklarasyonu (2000) ile sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında ebeler hizmetlerini değerlendirerek, ebelerin üreme sağlığı ve AP hizmetlerinin merkezinde yer aldıklarını belirtmiştir (49). Ülkemizde antinatalist politikaların uygulanmaya başlandığı 1965 yılından bu yana ebeler, aile ve bireylere AP konusunda bilgi ve hizmet sunarak doğurganlıkla ilgili özgür ve bilinçli seçim yapılmasına önemli katkı sağlamaktadırlar. Bu hizmetlerin kalitesini daha da arttırmak için, ÜS/CS konusunda donanımlı ebelerle, erkeklerin üreme sağlığı gereksinimlerine cevap verecek daha kapsamlı, cinsiyete göre uyarlanmış, güvenli cinsel ilişki ve AP kavramının vurgulandığı eğitim programlarının yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Bu çalışma ÜS/CS sorunlarının azaltılması, özellikle AP hizmetlerindeki açığın giderilmesi için erkek katılımının sağlanması amacıyla, erkeklerin üreme sağlığı

gereksinimleri dikkate alınarak TSK'ndeki farklı kültürel yapıdaki genç erkeklerle yapılmıştır. Er ve erbaşların üreme sağlığı, AP'nın yararları ve kontraseptifler konusunda bilgilendirilmesi sağlanarak, sorumluluklarıyla ilgili farkındalık yaratılması hedeflenmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Nüfus ve Tarihsel Süreç

Organize toplumsal yaşam ilişkileri içerisinde her merkezi öge bireydir. Birey sayıları, yapısı ve yapılarındaki değişikliği ile nüfusu oluşturmaktadır. Toplumsal kalkınma bu ilişkilerin istenilen düzeylere çıkartılmasını sağlarken, nüfus öğelerini birincil olarak ele almaktadır. Nüfus konusu ile başta Demografi olmak üzere, Coğrafya, Sosyoloji, Ekonomi, Tarih, Biyoloji ve Tıp gibi bilim dalları ilgilenmektedir (50).

Dünyanın demografik yapısının ilk defa incelenmeye başlandığı XVII yy'ın ortalarından bu güne kadar, 300 yıl içerisinde dünya nüfusunun 5 kat arttığı gözlenmiştir. Dünya nüfusu 1950'ler de 2.5 milyardan başlayıp, 1960'lara doğru 3 milyar, 1976'da 4 milyara, 1991'de 5 milyara ve 1995'de de 5.7 milyara çıkmış, 1980-1990 arasındaki yıllık artışın 75 milyon kişiden 93 milyon kişiye yükselmesi sonucu dünya nüfusu 2000 yılında da 6 milyarı geçmiştir. Bu nüfus artışının yüzde 85'ini üçüncü dünya insanları oluşturmuş, dünyadaki nüfus artışının yüzde 40'ı sadece Çin ve Hindistan'da gerçekleşmiştir (51, 52).

Dünya nüfusunun yıllık artış hızı 1950-1968 arasında ölüm oranının düşmesi nedeniyle 1965' de maksimum noktasına ulaşmış, % 2.06'lık bir hızla 33 yılda dünya nüfusu iki katına çıkmıştır. Bu hız 1995' de % 1.57'ye düşmüştür. Bu dönemde güney ülkelerinin ortalama nüfus artış hızı % 1.8 idi. 30 yıllık bu yavaşlama bütün dünya nüfusunun değişim sürecinin ikinci evresine girdiğinin göstergesidir. Bu evrede doğurganlık ölüm oranını yakalarken nüfus artış hızı da düşmektedir. Doğurganlığın düşmesi bu olayın esas temeli olup, bugünkü dünya nüfus değişiminin belirleyicisidir (51, 52, 53).

Ülkemizdeki demografik gelişmelere baktığımızda; Dünyadaki demografik gelişmelerin takip ve kontrole alındığı dönemin başlangıcı her ne kadar 17. yy'ın ortaları sayılmakta ise de, nüfus çalışmalarına oldukça önem veren Osmanlı İmparatorluğunun bu konudaki çalışmaları dar kapsamlı da olsa daha eski yıllara dayandığı gözlenmektedir. Osmanlılar ilk nüfus çalışmalarını, memur ve sipahilere

bırakılan gelir kaynaklarının nicelik ve değişmelerini saptamak amacıyla 30-40 yıl gibi aralıklarla nüfus ve toprak sayımının yapılması şeklinde, ilk toprak ve nüfus sayımlarını 1326-1360 ve 1360-1389 yılları arasında yapmıştır. Daha sonra Kanuni Sultan Süleyman genel bir sayım yaptırmaya teşebbüs etmiş ve bunun her yüz yılda bir yapılması için de Kanunnameye hüküm koydurmuştur. Bu dönemde 1566-1574 yıllarında Genel Nüfus ve Arazi Sayımı yine, 1608 yılında tekrar bir nüfus sayımı yapıldığı tarihçiler tarafından belirtilmektedir. Başarı ile sonuçlandırılan ilk nüfus sayımı ise 1831 yılında askerlik yapacak halkın sayısı ile vergi kaynaklarının saptanması amacıyla yapılmış, bunu kadın nüfusu da kapsayacak şekilde 1884 yılında yapılan sayımlar izlemiştir. 1831 yılında Anadolu topraklarında 7-7.5 milyon, 1884'te 11-12 milyon kişinin yaşadığı belirtilmiştir (53, 54).

Türkiye'de gerçek anlamda ilk nüfus sayımı Cumhuriyet'in ilanından dört yıl sonra yani 1927 yılında yapılmış, 13.648.270 bulunmuştur. En düşük nüfus artışı %0.10.59 ile 1940-1945 döneminde olmuştur. Bunun nedeni II. Dünya Savaşı'nda silah altında tutulan çok sayıdaki genç nüfusun varlığı ve tedirgin bir ortamın oluşu yanında, I. Dünya Savaşı ve Milli Mücadele yıllarındaki (1914-1922 arası) az doğum ve çok ölümün, 1940-1945 yılları arasındaki anne-baba olma şansına sahip nüfusun az olmasına yol açmasıdır. 1945-1960 yılları arasında nüfus artış oranımız sürekli bir artış trendine sahip olmuştur. II. Dünya Savaşının sona ermesi ile silah altındaki erkek nüfusun büyük bir kısmı terhis edilmiş ve bunların evlenmeleri ile doğumlar artmıştır. Öte yandan savaşın getirdiği kıtlık ve yokluklar ortadan kalkmış ve böylece ölüm oranları azalarak nüfus artışını hızlandırmıştır. Ayrıca tüm ülke çapında ilerleyen sanayi faaliyetleri, kurulan ulaşım ağı ve iyileştirilen sağlık hizmetleri de ölüm oranlarının düşmesine zemin hazırlamıştır. 1985 yılından itibaren nüfus artışında düşme başlamıştır. Ülkemizde ilerleyen sanayileşme ve şehirleşme oranları, Türk kadınının çalışma hayatına girmesi ve uzun yıllar sürdürülen "AP"na yönelik olumlu sonuçların alınması bunda en önemli etkenlerdir (53, 54).

2.2.Nüfus Artışının Değerlendirilmesi

Toplumların kalıcı olabilmeleri ve varlıklarını devam ettirebilmeleri, her şeyden önce o toplumun nüfus miktarına ve daha önemlisi nüfusun kalitesine, başka bir deyişle nüfusun yapısına bağlıdır. Bu bakımdan ülkelerin nüfusu ile ilgili çeşitli konular, nüfusun gelişmesi, alansal dağılışı, nüfus hareketleri kıır ve şehir nüfusu ve eğitim durumu gibi özellikleri incelemek büyük önem taşımaktadır. Ekonomik açıdan gelişmiş bir ülke aynı zamanda fazla miktarda bir nüfusa sahipse, politik ve ekonomik güç kaynağı olarak nüfusa, olumlu yaklaşılabilir. Bununla birlikte gelişmekte olan bir ülke, hem fazla nüfusa sahipse ve hem de o ülkede hızlı bir nüfus artışı varsa birçok sosyal-ekonomik sorun ortaya çıkabilmektedir. Gerçekten de ülkelerin kalkınması, milli gelir artış hızının nüfus artış hızından daha yüksek olması durumunda mümkün olabilmektedir (54). Gelişmiş bir toplumla geri kalmış bir toplum arasındaki temel fark ülkelerin sahip oldukları insan varlıklarının nitelikleri arasındaki farktır.

Sürekli artan nüfusun, artan gereksinimlerinin sınırlı doğal kaynaklar ile nasıl dengede tutulacağı temel bir sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir. Nüfus artışı, kaynakların üzerinde talebi etkileyen, çevrenin bozulmasını hızlandıran ve sürdürülebilir kalkınmayı engelleyen önemli faktörlerden biri olabilmektedir. Öte yandan, yaşam kalitesi ile çevre arasında sıkı bir ilişki vardır. İnsanoğlunun yaşam kalitesi, bozduğu çevre koşullarından etkilenmektedir. Bozuk çevre koşulları sağlığı etkilemekte ve dolayısıyla sağlığa yapılan yatırımlara olan talebi de artırmaktadır (55).

Türkiye gelişmekte olan ülkelerin alt-orta gelir grubuna dahil ülkeler ortalamasına eşit bir yıllık nüfus büyüme oranına sahip olmuştur. Bu grup içindeki ülkelerin 1965-80 yılları arasındaki ortalama yıllık nüfus artış hızı (ağırlıklı ortalama) %2.5, Türkiye'nin artış hızı ise % 2.4'tür (56.). Türkiye'nin yıllık nüfus artış oranı 1990 yılından itibaren düşüş göstermeye başlamış olup % 1.8'e inmiştir (15). Buna rağmen Avrupa Topluluğu ülkelerinin gerek gerçekleşen, gerek önümüzdeki yıllar için tahmin edilen nüfus artış oranlarının çok üzerindedir.

Nüfus artışının yarattığı en çarpıcı ve dramatik sonuç yoksulluk, açlık ve barınma sorunudur. Azgelişmiş ülkelerin bir çoğu, başta Afrika ülkeleri olmak üzere açlık ve barınma sorunu ile karşı karşıyadır. İklim değişikliğinin yarattığı doğal felaketler su, toprak, orman gibi doğal kaynakların tahribini hızlandırırken, bir yandan da bu varlıklara bağımlı insan yoksulluk ve açlık sorunu ile yüz yüze getirmiştir (57). Hızla

büyüyen kentlerde sağlık ve kaliteli bir yaşam için temiz ve yeterli suyun sağlanması, havanın kirlenmesinin engellenmesi, kentsel yönetimlerin gücünü aşan finans kaynaklarına sahip olunmasını gerekli kılmaktadır. Sağlıklı bir yaşam için gerekli olan kanalizasyon gibi hizmetlerin sağlanamaması insanları sağlıklı çevrenin yarattığı hastalıklarla karşı karşıya bırakmaktadır. Dolayısıyla yaşam süresini de etkilemektedir (58).

Dünyanın gelişmekte olan pek çok bölgesinde kadınlar, cinsellik ve üremeyle bağlantılı sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak hizmetlerin yokluğu veya yetersiz olması yüzünden belirli sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmaktadır. Aşırı doğurganlık kadın ve çocuk sağlığını olumsuz etkileyen önemli öğelerden biridir. Araştırmalar ailede çocuk sayısı arttıkça ve doğum aralığı azaldıkça çocuk ölümleri artmakta, çocukların hastalanma oranları yükselmekte, beslenme durumu bozulmakta, çocukların zekâ gelişmelerinin gerilediğini göstermektedir. Daha fazla çocuk istemeyen kadınlarda, aşırı doğurganlığın olumsuz etkilerinden biri de isteyerek çocuk düşürmedir. Uygun olmayan koşullarda çocuk düşürme kadın ölümleri ve jinekolojik hastalıkların önemli nedenlerindedir (9, 19, 58).

Ekonomik güç ile sağlık arasında genel bir ilişki vardır. Bir toplumda sağlık hizmetleri düzeyi, sağlık insan gücü ve organizasyonunun nitelik ve niceliğine bağlıdır. Sağlık hizmetlerini geliştirmek için kişi başına düşen nitelikli sağlık personeli ve uygun nitelikteki sağlık kuruluşu sayılarını artırmak esastır. Aşırı nüfus artışı, az gelişmiş ülkelerde bu oranların halk yararına değişmesi için yapılan çabaların verimini büyük ölçüde düşürmektedir (9). Aşırı doğurganlığın aile üzerindeki etkisi çok çocuklu olma ve bunun yol açtığı hastalık ve ölüm riskleri, ülke düzeyindeki sonucu da nüfusun hızlı artışıdır. Bu nedenle aşırı doğurganlık doğrudan ve dolaylı olarak sağlığı etkiler. Daha iyi beslenme, daha iyi giyinebilme, daha iyi konutta oturabilme ve çocuklarını daha iyi okutma az çocuklu ailelerde daha kolayca mümkün olabilir (19, 58).

Doğum kontrol yöntemlerinin, insan sağlığı ve refahını artırma potansiyeli vardır. Bu yöntemler doğum yerinin ve zamanın belirlenmesini, anne ve çocuk sağlığı için zararlı olabilecek doğumların önlenmesini sağlar. İlk doğumun zamanlamasının belirlenmesinin, kadının tüm yaşamı boyunca devam eden sosyal ve ekonomik etkileri vardır. İlk doğumun ertelenmesi kadının eğitim ve iş olanaklarına ulaşabilmesini sağlar.

Bir toplumun nüfusunun sürdürülebilirliğinin sağlanması için gerekli nüfus artış hızı % 2'nin üzerindedir (59). Drucker'e göre önümüzdeki yüzyılın en önemli problemi gelişmiş ülkelerin nüfusunun bu oranın çok altında olması ve giderek yaşlanmasıdır. Bu sebeple 30 yıl içerisinde bu ülkeler emeklilik yaşını 79'a çıkarmak zorunda kalacaklardır (60).

2.3. Nüfus Politikaları

Nüfus politikaları, nüfus büyüklüğü, artışı, hızı, mekansal dağılımı ve nitelikleri gibi demografik değişkenleri belirlemek amacıyla oluşturulmaktadır. Nüfus politikaları bu amaçlarını gerçekleştirmek için üç alanda etkili olmaktadır: Birincisi, amacı belli bir yerde ya da genel olarak dünyadaki nüfusun büyüklüğünü, kompozisyonunu düzenlemek için uygulanan üreme politikalarıdır. İkincisi, ölümleri ve hastalıkları önlemek için geliştirilen sağlık politikalarıdır. Üçüncüsü, nüfusun yerleşim yerlerine göre dağılımını, kompozisyonunu düzenlemeyi amaçlayan göç ve kentleşme politikalarıdır (61).

Nüfusu ekzojen bir faktör olarak alma eğilimi, özellikle 1950 ve 1960'larda gündeme gelen kalkınma stratejilerindeki yaklaşımda görülmeye başlanmıştır. Bu yaklaşımlar, çoğunlukla kalkınmanın hızlanması için sanayiye daha çok yatırım yapılmasını ve sadece kişi başına toplam gelir artışını hedeflemekte, gelirin bölgeler ve kişiler arasındaki dağılım özellikleri göz ardı etmektedirler. Bu yaklaşımlarda uluslararası kuruluşların, gelişmekte olan ülkelerde gözlenen hızlı nüfus artışını kontrol altına alma eğilimlerinin büyük payı olmuştur. Bu durum, nüfusla kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkinin anlaşılmasını geciktirmiş ve konunun yalnızca AP olarak ele alınmasına yol açmıştır (58).

Kalkınma ve nüfus konularındaki kavramlar ve yaklaşımlar 1974'te Bükreş'te toplanan Dünya Nüfus Konferansı'ndan sonra değişmiştir. Hükümetler düzeyindeki bu ilk önemli toplantıdaki tartışmalarda ve kabul edilen Dünya Nüfus Hareket Planı'nda çok açık olarak nüfus dinamikleri ile kalkınma faktörleri arasındaki karşılıklı ilişkilere ve etkileşimlere dikkat çekilmiştir. Bükreş Konferansı, nüfus politikalarının, özellikle doğurganlığı azaltıcı ve nüfus artış hızını yavaşlatıcı politikaların, ancak yoğun

kalkınma çabaları ile birlikte uygulanabilirse başarılı olabileceğini ortaya koymuştur ve bu durum 1984 Meksika Dünya Nüfus Konferansı'nda artık tartışılmadan kabul edilen bir gerçek haline gelmiştir. 1984 yılında Mexico City'de yapılan Uluslararası Nüfus Konferansında; "Bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları" olarak kabul edilmiş ve uluslararası oy birliği ile bu yaklaşım güvence altına alınmıştır (9, 58, 59).

1990'lı yıllardan itibaren Birleşmiş Milletler (BM) öncülüğünde gittikçe artan bir biçimde kalkınma ve ilişkili süreçlerle ilgili alanlarda uluslararası konferanslar gerçekleştirilerek kalkınmanın farklı boyutlarına vurgu yapan çeşitli kalkınma hedefleri ve bu hedefleri izlemeyi sağlayacak gösterge setleri belirlenmeye başlanmıştır (62).

1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (International Conference on Population and Development-ICPD), kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olduğu vurgulanmıştır. Toplantıda nüfus politikalarının temelinde, bireylerin yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği, nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerinin bilincinde olunması gerektiği ilkeleri kabul edilmiştir. Yoksulluğun yok edilmesi için bütün ülkelerin işbirliği yapması zorunluluğu, kadınlarla kız çocuklarına özel olarak önem verecek şekilde eğitimin herkesin hakkı olduğu ve önceliğin çocuklara verilmesi gerektiği gibi ilkeler kabul edilmiştir. Ayrıca "Üreme Sağlığı" (ÜS) tanımı da ilk kez bu toplantıda gündeme gelmiş ve üreme ile ilgili konular, her iki cinsiyet için, doğumdan ölüme kadar yaşamın bütün evrelerinde, sağlık, sosyal ve hukuki boyutları ile kapsamlı bir biçimde ele alınmıştır (28, 63). Konferansın sonuçları daha sonra, 1995'te Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda da bir kez daha vurgulanmış ve bu konferanslardan sonra eylem programları hazırlanmıştır. Eylem programlarının ana konularını; kalkınma ve nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin sağlanması, kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi, üreme sağlığı ve AP, kız çocuklar, gençler ve yaşlılar oluşturmuştur (64). Eylem Programı'nda ayrıca, AP çalışmalarının, daha geniş bir kavram olan "Üreme Sağlığı" içerisine dahil edilmesinin gereği vurgulanmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin, temel sağlık hizmetleri aracılığı ile gereksinimi olan herkese verilmesi uygun görülmüştür (65).

Kahire konferansında ele alınan kavramlardan biri de “Üreme Hakları” olmuştur. Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine, bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bu kapsamda; bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve adölesan dönemden başlanarak, postmenapozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır (65).

Nüfus politika ve programlarının kalkınma stratejileri ile bütünleşmesi ancak nüfusun planlama süreci içinde herhangi diğer bir ekonomik sektör gibi, ayrı bir sektör olarak ele alınması ile mümkün olacaktır. Kalkınma stratejilerinin, önceden olduğu gibi sadece kişi başına gelir artışını hedeflemek yerine, nüfusun genel refah düzeyini artırma hedefine dönüştürülmesinin kaçınılmaz gereği artık kabul edilmektedir (59).

Türkiye’de antinatalist nüfus politikası, 1965 yılında çıkarılan ve kontraseptif yöntemlerin tanıtımı ve kullanımını serbest bırakan yasanın çıkarılması ile doğurganlığın azaltılması şeklinde değiştirilmiş, sağlık hizmetlerinde buna göre yeni örgütlenmeye gidilmiştir. 1983 yılında cerrahi sterilizasyona ve gebeliğin 10 uncu haftasına kadar isteyerek düşüklere izin veren yasanın çıkması ile AP çalışmaları yeni bir ivme kazanmıştır (65).

Ülkemizde doğurganlık düzeyi ve bunun kontraseptif kullanımı ile olan bağlantılarını inceleyen temel kaynaklar, 1960’lı yıllardan beri beş yılda bir yapılan demografi ve doğurganlık çalışmalarıdır. AP konusunda gerçekleştirilen çalışmaların, hizmetlerin yaygınlaştırılması, alt yapının geliştirilmesi ve yeniliklerin programa entegrasyonunda önemli rolleri olduğu söylenebilir.

I. Beş Yıllık Kalkınma Planında yeni bir nüfus politikasından söz edilmektedir. Hızlı nüfus artışının ekonomik gelişmeyi engellediği görüşünden hareketle, nüfus planlamasına dayalı bir nüfus politikasının gereği sunulmuştur. Bu politika antikontraseptif yasaların değiştirilmesini, sağlık personelinin nüfus planlaması konusunda, isteyenlere gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi verilmesini kontraseptiflerin ücretsiz dağıtımını içermektedir (66).

II. Beş Yıllık Kalkınma Planında ise, konuya yaklaşım açısı değişmekte, “nüfus planlaması” deyiminin yerini “AP” deyimini almaktadır. İkinci plan döneminde konuya bakış açısı değişirken aynı zamanda hükümetlerin ilgisinin azaldığı izlenmektedir (67).

III. Beş Yıllık Kalkınma Planında ise AP'nın sağlık hizmetlerinde ayrılamayacağını dolayısıyla ana ve çocuk sağlığı ile AP hizmetlerinin birleştirilmesi gereği ortaya konmuş ve ilgili kuruluşlar arası işbirliğine önem verilmesi kararlaştırılmıştır (68).

IV. Beş Yıllık Kalkınma Planında sosyal, ekonomik ve demografik faktörlerin karşılıklı etkilerini ve nüfus politikasının, sosyal ve ekonomik politikaların bir türevi olduğu vurgulanmıştır. Yüksek bebek ölüm hızının ve yetersiz ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin birer nüfus sorunu olduğu belirtilmiştir. Ayrıca AP'nın, ana-çocuk sağlığı hizmetleriyle birlikte ele alınması gereği üzerinde durulmuştur (69).

V. Beş Yıllık Kalkınma Planında ise belirgin bir AP uygulaması dile getirilmemiştir. Temel ilkenin nüfus kalitesinin yükseltilmesi olduğu belirtilmiştir (70).

VI. Beş Yıllık Kalkınma Planında yüksek nüfus artışının istenen ekonomik büyüme ve sosyal gelişmeyi engellediği görüşünden hareketle, nüfus artış hızını azaltmaya yönelik politika ve programların uygulanması öngörülmüştür(71).

VII. Beş Yıllık Kalkınma Planında ise hızlı nüfus artışının, bireylerin refah açısından daha fazla pay alabilmesini ve ekonominin değişim sürecinin daha hızlı gelişmesini engellediği, sürdürülebilir kalkınma çabalarını güçleştirdiğini, konut, sağlık, eğitim ve altyapıya olan ihtiyacı arttırdığı belirtilmektedir. Ayrıca AP hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet sunumunda etkinliğin artırılması ihtiyacının önemini koruduğu vurgulanmaktadır. Stratejinin temel yapısal değişim projeleri bölümünde, birey refahını daha hızlı arttırabilmek için nüfus artış hızını yavaşlatmak ve kalkınma hedefleriyle uyumlu bir nüfus yapısını oluşturmak temel amaç olarak yer almıştır (72).

VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planının Nüfus İhtisas Raporunda, ülkemizde kırsal/gecekondu/kent, bölgeler arası, sosyo-ekonomik düzeyler arası farklılıklara dikkat çekilmiş, sağlık hizmeti verecek personelin dağılım dengesizlikleri vurgulanmıştır. Ayrıca kadınların güçlenmesi politik bir amaç olarak ortaya konmuştur. Kadınların statüsünün iyileştirilmesinin, kadınların cinsellik ve doğurganlık alanlarında kendi kararlarını verebilme kapasitesini artıracığı belirtilmiştir. Kadınların statülerini iyileştirmek üzere yapılan programların, nüfus ve kalkınma ile ilgili programlarla

birlikte ele alınmasının daha etkili olacağı ileri sürülmüştür. Buna paralel olarak, kadınların toplumsal hayatın tüm düzeylerinde hakkaniyetli bir şekilde temsil edilmesinin sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Öte yandan kadınlara karşı ayrımcılık içeren tüm uygulamaların ortadan kaldırılması, üreme sağlığı ve cinsel sağlıkla ilgili olanlar dahil, kendi haklarını bilmeleri ve kullanmaları için kadınlara yardımcı olunması, işgücü ve sosyal güvenlik sistemlerinden kadınların eşit olarak yararlanmalarının sağlanması ve kadınlara yönelik şiddeti ortadan kaldırmak için önlemler alınması önerilmiştir (58).

Türkiye, kalkınma ile ilişkili uluslar arası etkinliklere katılmış ve uluslar arası eylem planlarını imzalamıştır. Bunlar arasında:

- Birleşmiş Milletler Kadın 10 Yılı: Eşitlik, Kalkınma ve Barış Başlıklı Projenin Gözden Geçirilmesi ve Başarıların Değerlendirilmesi Dünya Konferansı, Nairobi 1985;
- Dünya Çocuk Zirvesi, New York 1990;
- Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı, Rio de Janeiro 1992;
- Uluslararası Beslenme Konferansı, Roma 1992;
- Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, Kahire 1994;
- Dördüncü Dünya Kadın Konferansı: Eşitlik, Kalkınma ve Barış için Eylem, Beijing 1995;
- Birleşmiş Milletler İkinci İnsan Yerleşimleri (Habitat II) Konferansı, İstanbul 1998.
- Birleşmiş Milletler Binyıl Zirvesi, New York, Eylül 2000.

Tüm bu etkinlikler kalkınmanın temelinde insan olduğunu ve insana daha fazla yatırım yapılması ve kişilerin kendi toplumlarının sosyal, ekonomik ve politik yaşamına her düzeyde tam katılımlarının sağlayacak şekilde güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

2000 yılı Eylül ayında New York'ta düzenlenen BM Binyıl Zirvesi'nde 147 devlet ve hükümet başkanı yoksulluk, açlık, hastalık, cehalet, çevresel bozulma ve kadınlara karşı ayrımcılıkla mücadele etmek üzere insan hakları, iyi yönetim ve demokrasinin de öne çıktığı, zaman sınırı konulmuş, ölçülebilir amaç ve hedefler belirleme kararını vermiş ve böylece "Binyıl Kalkınma Hedefleri" gündeme gelmiştir. Bu bağlamda ülkeleri ortak kalkınma göstergeleri çerçevesinde bir araya getirme sürecinde Birleşmiş

Milletler, Uluslararası Para Fonu (IMF), Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), ve Dünya Bankası'nın çalışmalarıyla 8 amaç, 18 hedef belirlenmiş, bu amaç ve hedeflere ulaşmakta ölçme ve değerlendirme amacıyla kullanılacak 48 gösterge oluşturulmuştur. Binyıl Kalkınma Hedefleri BMe üye 189 ülke tarafından da kabul edilmiştir (73).

Binyıl Kalkınma Hedefleri, insani kalkınmaya yönelik olarak yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması, herkes için temel eğitim, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve kadının durumunun güçlendirilmesi, çocuk ölümleri, anne sağlığı, HIV/AIDS, sıtma ve diğer salgın hastalıklarla mücadele, çevre ve doğal kaynakların sürdürülebilirliği ve kalkınma için küresel işbirliği konularını içermektedir. Kalkınma hedefleri, çoğunlukla tüm tarafların üzerinde anlaştığı hedefler olduğundan, alınan kararlar büyük ölçüde bağlayıcı niteliktedir. Bu nedenle, göstergelerin oluşturulması konusundaki uluslararası çabaların, aralarında Türkiye'nin de yer aldığı taraflar üzerinde doğrudan etkisi bulunmaktadır. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için belirlenen son tarih 2015 yılıdır ve bu tarihe kadar Binyıl Kalkınma Hedefleri göstergeleri çerçevesinde ülkelerin gerekli çalışmaları yaparak küresel kalkınmada yerlerini almaları beklenmektedir (73).

Binyıl Kalkınma Hedefleri göstergeleri yaşamın her alanını kapsayan bir yapıya sahip olduğundan, farklı disiplinlerin ilgi alanlarına girebilmektedir. Demografi de çok disiplinli yapıya sahip bir bilim dalı olarak göstergelerin neredeyse tamamını kapsayan bir nitelik taşımaktadır. Bu anlamda, Binyıl Kalkınma Hedeflerinin kavramsal yapısı içinde kalarak nüfus ve kalkınma ile üreme sağlığı konularının demografik bir bakışla ele alınması, mevcut durumun değerlendirilmesine ve hedeflere ulaşma çalışmalarının izlenmesine katkıda bulunacaktır (73).

2.4. Üreme Sağlığı

2.4.1. Üreme Sağlığının Tanımı

Üreme Sağlığı; “üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ya da sakatlık olmaması değil, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumu” şeklinde tanımlanmıştır. Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine

sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (28, 63).

Üreme Sağlığı tanımından da anlaşılacağı gibi, üreme sağlığı herkesi ilgilendirmektedir. Kadın ve erkek, yaşamları boyunca, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçlarına sahiptir. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğu, bireylerin sağlıklarıyla ilgili şu andaki durumlarının bir önceki dönemin bir sonucu, bir sonraki dönemin ise bir nedeni olduğu bir kez daha önemle vurgulanmaktadır. DSÖ, bu bütüncül yaklaşımla, ailelerin, çocukların, adölesanların ve kadınların sağlığını geliştirici-destekleyici programları gündeme getirmektedir (9, 11, 19).

Kadın Sağlığı ve AP Ulusal Stratejik Eylem Planı'nın bittiği yıllarda bireyin ihtiyaçlarını ön plana çıkaran ve üreme, kadın sağlığı, AP gibi kavramları birleştiren 'cinsel sağlık ve üreme sağlığı' kavramı ortaya çıkmıştır. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ise aslında, nüfus, kalkınma ve toplumsal cinsiyet tanım kümeleri ile birlikte üçlü sacayağının bir parçasıdır (10).

AP hizmetlerini de kapsayan üreme sağlığı hizmetlerinin insan hakları kapsamında düşünülmesi ve sunulması gerekmektedir (26).

2.4.2. Üreme Sağlığının Amaçları

- Üreme sağlığı ve AP ile ilgili ihtiyaçları karşılamada yardımcı olmak,
- İstenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak,
- Erkeklerin katılımını artırmak,
- Emzirmeyi teşvik etmek,
- Kızları ve kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları, komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak,
- Cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak,

- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak,
- Gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirme, hizmet ve danışmanlık sağlamak,
- Erken yaştaki gebelikleri azaltmak (9).

2.4.3. Üreme Sağlığı Kapsamı

Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri süreklilik ve bütünlük içerisinde ele alınmalıdır. Adölesan dönem, doğurganlıkla ilgili olayların en yoğun yaşandığı üreme dönemi, postmenapozal ve yaşlılık dönemlerinin kendine özgü sorunları mevcuttur ve hizmetlerin bu sorunlara paralel düzenlenmesi gerekmektedir. Üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamı:

- Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme- eğitim iletişim
- Yaygın AP hizmetleri, AP bilgilendirme- eğitim-iletişim ve danışmanlık
- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme
- Genital yol enfeksiyonlarının (GYE) etkin kontrolü
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) önlenmesi ve AIDS ile mücadele
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi
- Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı sonuçlarda gerekenin yapılması
- Üreme organları malignansilerinin önlenmesi ve tedavisi
- Beslenme
- Bebek ve çocuk sağlığı
- Adölesan sağlığı ve cinselliği
- Sağlıklı yaşam biçimi
- Çevresel faktörlerin düzenlenmesi
- Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi.

Bir ülkenin üreme sağlığı düzeyi uzun vadeli olarak yükseltilmek istendiğinde mevcut sorunların üstesinden gelmenin yanı sıra ileriye dönük olarak yatırım yapılması gerekmektedir. Cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili doğru bilgi, tutum ve davranışları ergenliklerinden itibaren edinmiş kişiler ileride bilinçli ve sağlıklı ebeveynler olarak hem kendi cinsel ve üreme sağlıklarını, hem de yetiştirdikleri yeni kuşaklarını olumlu yönde etkileyebilirler.

Dünya Sağlık Teşkilatı, UNICEF ve UNFPA gençlerde CS/ÜS'ye yönelik belirlediği müdahaleler şu başlıklar altında toplanabilir:

- Gençlerde erken yaşta evlilik ve çocuk sahibi olmanın ertelenmesi için eğitime ve gelir getirici fırsatlara erişimin artırılması,
- Aldıkları kararların sorumluluğunu taşıyabilecek gençlerin yetiştirilmesi için doğru bilgi, yaşam ve karar verme becerilerinin sağlanması,
- ÜS/CS hizmetlerini de içeren, ekonomik olarak karşılanabilir, erişilebilir, saklı kalabilen ve yargılayıcı olmayan (genç dostu) sağlık hizmetlerine erişimin artırılması,
- Genç insanlara cinsel davranış ve üreme sağlığı yönünden olgunlaşma sürecinde destek olabilmeleri için ebeveynler, toplumsal gruplar, okullar, kurumlar, medya ve akran gruplara sağlık eğitimi verilmesi,
- Özellikle kriz durumlarında danışmanlık hizmeti sağlanması (74).

Türkiye'de evli ve üniversite okuyan gençlerin dışında çalışan gençler, sokakta yaşayan gençler, özürlü gençler gibi çok farklı gençlik grupları vardır. Bütün bu farklı gruplarda bulunan gençlerin yaşam koşullarına bağlı olarak cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusundaki bilgileri ve davranışları birbirlerinden farklıdır. Gençlerin bilgi kaynakları farklı olduğu gibi, doğru bilgiye ulaşma olasılıkları gruplar arası farklılık göstermektedir. Türkiye'de gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgilerine ve sağlık hizmetine ulaşma gereksinimi vardır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı (SB)'na ait sağlık kuruluşlarında gençlere özel yaygın bir hizmet sunumu yoktur. SB'da 2002 yılında Adölesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi ile adölesan sağlığını geliştirmek amacıyla bir Ulusal Hizmet Sunum Modeli oluşturulmuştur. Son yıllarda SB, UNICEF, UNFPA ve birçok Sivil Toplum Kuruluşu (STK)'nın işbirliği ile model Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Merkez (GDSHM)'leri açılmıştır. UNFPA ve UNICEF eğitimde SB'na destek vermektedir.

Danışmanlık veren ekip eğitilmiş uzman ya da pratisyen hekim, ebe, hemşire, psikolog ve diyetisyenden oluşmuştur. Adana, Ankara, İzmir, Antalya, Bursa, Diyarbakır ve Gaziantep illerinde Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Merkezleri açılmıştır. Afyon, Konya ve Manisa hizmet sunmaya hazırlanan illerdir. Eğitimlerin standardizasyonu çalışmaları sürdürülmektedir (74).

Tüm bu hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında mutlaka ele alınması gereken üreme sağlığı hizmetleridir. Bu hizmetler, mutlaka ikinci basamak, gerektiğinde de üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile desteklenmelidir. Bugün gelinen noktada; tüm ülkelerin, uygun yaştaki bireylere en kısa sürede, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kapsamında ele alınmak koşuluyla, çok geniş bir hizmet alanı olarak “Üreme Sağlığı Hizmetleri”ni ulaşılabılır kılmaları önerilmektedir (20).

2.4.4. Üreme Hakları

Üreme hakları ve üreme sağlığı insanlık hakkının bir parçasıdır ve kişinin tam insan olma potansiyelinin keyfini çıkarma, mental, emosyonel, fiziksel iyi olma haline ulaşma, ilişkilerin geliştirilmesi, kadının güçlendirilmesi, kadın-erkek eşitliğinin sağlanması için şarttır. Üreme haklarına saygı ve üreme sağlığı hizmetlerinin sağlanması aynı zamanda yeni doğan sağlığı ve yaşamını, çocukların sağlığını ve gelişimini ve temelde tüm ailenin sağlığını sağlamaktadır.

5–13 Eylül 1994 tarihlerinde Kahire’de “Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında” kabul edilen eylem planında, “cinsler arası eşitlik, hakkaniyet kadınların güçlendirilmesi, güvenli annelik, üreme hakları ve üreme sağlığı vb” gibi önemli konularla ilgili uluslararası amaçlar belirlenmiş , politika ve programlara yer verilmiştir. Bu programlarda en önemli görev ekip anlayışı içerisinde, tüm sağlık personeline ama öncelikle ebeye verilmiştir(75).

Hakların öncelikle bu konularda hizmet verenler tarafından bilinmesi, hizmet vermede onları daha güçlü kılacaktır. Bu güç, uluslararası ve ulusal antlaşmalara yönelik yasal güç niteliğindedir. Hizmet verenler yine bu alandaki tüm etkinliklerinde hizmet verdikleri kişilerin insan haklarını koruma yükümlülüklerinin bulunduğu bilincinde olacaklardır (76).

2.4.4.1. Yaşama Hakkı

Tüm bireylerin yaşama hakkı vardır. Hiçbir kadının yaşamı gebelik nedeniyle tehlikeye atılmamalıdır. Bu hak, öncelikle önlenebilecek ölümlerde önem kazanmaktadır. Erken yaşta evliliğin bir sonucu da erken yaşta olan gebelik ve doğumlardır. Erken yaşta üretkenliğin başlamasının anne ve bebek ölüm riskinin artması nedeniyle trajik bir maliyeti vardır. Gençlik dönemi gebelikleri yüksek risk taşıyan gebeliklerdir ve bu yaştaki istenmeyen gebeliklerin önlenmesi hem anne hem de bebek ölüm riskini azaltacaktır (77, 78, 79)

2.4.4.2. Özgürlük Hakkı

Tüm bireyler özgürlük ve güvenlik hakkına sahiptir. Bu bağlantıda tüm bireyler, başkalarının haklarına saygı göstermek koşuluyla, cinsellik ve üreme yaşamlarını sürdürme ve kontrol etme hakkına sahiptir. Gençler üreme ve cinsel sağlıkları konusunda, tam, özgür ve bilinçli rızaları dışındaki tüm tıbbi müdahalelerden korunma hakkına sahiptir. Gençlerin cinsel tacizden korunma hakları vardır (76, 79).

2.4.4.3. Eşitlik Hakkı

Tüm insanlar özgür, onurlu ve eşit haklara sahip olarak doğmaktadır. Kadınlar ve genç kadınlar, yasalar, yönetmelikler, gelenekler, uygulamalar, sosyal ve kültürel davranış biçimleri yönünden erkeklerle eşit olmalıdır. Gençlerin geleneksel erkek-kadın rollerine dayalı olarak ayrımcılığa uğramama hakkı vardır.

Hiç kimse, cinsel ve üreme yaşamında, sağlık bakımı ya da sağlık hizmetlerinden yararlanmada ırk, renk, cinsiyet ya da cinsel tercih, medeni durum, aile konumu, yaş, dil, din, siyasi ya da diğer görüşler, ulusal ya da sosyal köken nedeniyle ayrımcılığa tabi tutulamaz.

Tüm bireyler; ırk, renk, ekonomik durum, cinsiyet, cinsel tercih, medeni durum, aile konumu, yaş, dil, din, siyasi veya ulusal ya da sosyal köken, doğum ya da diğer konumları ne olursa olsun, üreme sağlığı, cinsel sağlık ve haklarına ilişkin bilgi,

danışmanlık hizmetlerini de kapsayan sağlık ve refahlarını güvence altına alacak bilgi ve eğitime ulaşmakta eşit haklara sahiptir (76, 79).

2.4.4.4. Mahremiyet Hakkı

Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizli kalması sağlanmalıdır.

Tüm kadınların; gebeliğin güvenli sonlandırılması da dahil olmak üzere, üremeye ilgili seçimler yapma hakkı vardır.

Tüm bireyler, başkalarının haklarına saygılı olmak şartıyla yargılanmak, özgürlüğüne karşı çıkılmak ya da sosyal müdahaleye maruz kalmak korkusu olmaksızın, güvenli ve doyurucu bir cinsel yaşam için cinsel tercihini ifade etme hakkına sahiptir.

Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri bireylere ve çiftlere, özellikle de gençlere, mahremiyet ve gizlilik haklarına sadık kalarak ulaştırılmalıdır. Arkadaşça, saygılı, yargılamayan, ahlak dersi vermeyen tutum özellikle gençlere yönelik yaklaşımda önem kazanmaktadır (76, 79).

2.4.4.5. Düşünce Özgürlüğü Hakkı

Tüm bireyler, cinsel ve üreme yaşamları hakkında düşünce ve konuşma özgürlüğüne sahiptir.

Tüm bireyler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında eğitim ile bilgiye ulaşmada düşünce, vicdan ve inanç nedeniyle herhangi bir kısıtlamaya karşı korunma hakkına sahiptir (76, 79).

2.4.4.6. Bilgilenme ve Eğitim Hakkı

Tüm bireyler, cinsel sağlık, hakları ve sorumluluklarıyla ilgili, cinsiyete duyarlı, önyargılardan uzak, yansız ve çoğulcu bir şekilde sunulan eğitime ve doğru bilgiye ulaşma hakkına sahiptir.

Tüm bireyler; cinsel ve üreme yaşamlarına ilişkin kararlarını tam, özgür ve bilinçli vermelerini sağlayacak yeterli eğitim ve bilgiyi edinme hakkına sahiptir.

Tüm bireyler, doğurganlığı düzenleyen bütün yöntemlerin ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin görece yararları, riskleri ve etkililiği konularında tam bilgi edinme hakkına sahiptir (76, 79).

2.4.4.7. Evlenme ve Aile Kurma Konularında Seçim Yapma Hakkı

Tüm bireyler, tam, özgür ve bilinçli olurları dışında evlendirilmekten korunma hakkına sahiptir.

Kısır olanlar ya da cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar nedeniyle doğurganlığı aksamış olanlar da dahil olmak üzere tüm bireyler, üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir.

Genellikle 18 yaşın altında olarak tanımlanan erken yaşta evlilik, özellikle eğitim, ekonomik, otonomi, fiziksel ve psikolojik sağlık yönünden, gelişmelerinde olumsuz etkileri olması nedeniyle genç kızların kişilik hakkına saldırıdır(31, 76, 79).

2.4.4.8. Çocuk Sahibi Olup Olmamaya Karar Verme Hakkı

Tüm bireylerin sahip olacakları çocuk sayısını ve çocukları arasındaki zaman aralıklarını özgürce ve sorumluluğunun bilincinde olarak kararlaştırma ve bunun için gereken bilgi, eğitim alma ve yöntemleri öğrenme hakkı vardır.

Tüm kadınların, üreme sağlığının korunması, güvenli anneliğin sağlanması ve gebeliğinin güvenli sonlandırılması için gereken bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşma hakkı vardır.

Tüm bireyler; güvenli, etkili ve kabul edilebilir doğurganlığı düzenleme yöntemlerine ulaşabilme hakkına sahiptir.

Tüm bireyler, istenmeyen gebeliklerden korunma yöntemleri içinden kendileri için güvenli ve kabul edilebilir olanı özgürce seçmek ve kullanmak hakkına sahiptir. Bu haktan evli olanlar yanında evli olmayanlar da kısıtlamalarla karşı karşıya gelmeden yararlanabilmelidirler (31, 76, 79).

2.4.4.9. Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı

Tüm bireylerin elde edebileceği en yüksek standartta fiziksel ve ruhsal sağlığa sahip olma hakkı vardır.

Tüm bireyler; cinsel sağlık ve üreme sağlığı da dahil, bütün bakım hizmetlerinde ulaşabilecek en yüksek nitelikte hizmet alma hakkına sahiptir.

Tüm bireyler; geniş kapsamlı bir sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Bu hizmet, gebeliğin güvenli sonlandırılması dahil, doğurganlığı düzenleyen tüm yöntemler ile infertilite (çocuk sahibi olamama) ve AIDS de dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tanısı ve tedavisini de içerir.

Tüm bireyler; özellikle de kadınlar ve kız çocukları, sağlığa zarar veren geleneksel uygulamalardan korunma hakkına sahiptir.

Tüm kadınlar; yansız olarak sunulan bilgilere dayanarak kendi kararlarını vermelerini sağlayacak infertilite ve gebelik danışmanlığını alma hakkına sahiptir.

Tüm bireyler, birinci basamak sağlık bakımının bir parçası olarak cinsel ve üreme sağlığına ilişkin bakım hakkına sahiptir. Bu içerikteki hizmetler; kapsamlı, parasal ve coğrafi açıdan ulaşılabilir, özel, mahremiyete, bireyin onuruna ve rahatlığına saygılıdır.

Tüm kadınlar; gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım ve gebelik ile emzirme sırasında yeterli beslenme hakkına sahiptir.

Bilgilenme: AP yararları ve hizmetlerin varlığı konusunda bilgilenme.

Ulaşabilme: Cinsiyet, ırk, renk, medeni durum, yerleşim yeri farkı gözetilmeksizin hizmetten yararlanma.

Seçme: AP ve hangi yöntemi uygulayacağına karar vermede özgür ve bilinçli seçim.

Güven Duyma: Etkin ve güvenli AP yöntemi uygulayabilme.

Mahremiyet: Danışmanlık ve hizmet sunumunda mahremiyet sağlayan ortam.

Gizlilik: Kişisel bilgilerin gizliliğinden emin olma.

Onurun Korunması: Hizmet sunumunda saygı ve ilgi görme.

Rahatlık: Hizmetleri alırken kendini rahat hissetme.

Hizmette Süreklilik: AP hizmet ve araçlarının gereksinim duyulduğu sürece alabilme.

Görüş Bildirme: Sunulan hizmet hakkında görüş bildirme(31, 76, 79)

2.4.4.10. Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı

Tüm bireyler, infertilite, gebeliğin önlenmesi ve gebeliğin sonlandırılmasını da kapsayan konularda üreme sağlığı teknolojilerinden yararlanma hakkına sahiptir.

Tüm bireylerin, üreme sağlığıyla ilgili teknolojinin sağlık ve iyilik hali üzerinde olabilecek herhangi bir olumsuz etkisi konusunda bilgi alma hakkı vardır (76, 79).

2.4.4.11. Toplanma Özgürlüğü ve Siyasete Katılma Hakkı

Her bireyin barışçıl toplanma ya da örgüt kurma özgürlüğü vardır. Tüm bireyler toplanarak; cinsel sağlık, üreme sağlığı ve haklarını savunma hakkına sahiptir. Tüm bireyler, cinsel ve üreme sağlığının savunulması amacıyla birlik oluşturma hakkına sahiptir (76).

2.4.4.12. İşkence ve Kötü Muameleden Özgür Olma Hakkı

Tüm bireylerin, işkence veya acımasız, insanlık dışı ya da aşağılayıcı davranış ya da cezalardan, ayrıca özgür iradesi ve bilgisi dışında uygulanan tıbbi veya bilimsel işlemlerden özgür olma hakkı vardır.

Tüm çocuklar, her türlü sömürden, özellikle cinsel sömürden, çocuk fahişeliğinden ve her türlü cinsel istismar, taciz ve saldırıdan, yasa dışı cinsel etkinliklere, fahişelik ya da diğer yasa dışı cinsel sömürü uygulamalarına katılmaktan ve pornografik gösteri ya da yayınlar için sömürden korunma hakkına sahiptir (31, 76, 79).

2.5. Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Toplumsal Cinsiyet Faktörü

Cinsiyet (sex); kişinin kadın ya da erkek olarak gösterdiği genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleridir. Bu iki cinsiyeti ayıran ise onların üreme sistemleridir. Anatomik ve hormonal değişimlere göre birey cinsiyetlerden birine ait olur. Farklı cinsiyetlerden olan kadın ve erkek anatomilerinin cinsel doyum noktaları birbirlerinden farklı olduğu gibi, neslin devamı için de biyolojik zorunlulukları vardır. Ancak üreme temeline dayalı olan cinsel davranışlar sadece biyolojik özelliklere yüklenmeyecek kadar karmaşıktır. Cinsel kimliği kadın veya erkek olarak sadece biyolojik, genetik veya anatomik yapıyla sınırlamak fazlasıyla basitleştirilmiş, eksik bilgi içeren bir tanım olur. Kadın ve erkeği tanımlamada önemli olan diğer bir faktör de kadın ve erkeğin değişik kültürlerdeki tanımlamalarıdır ki buna gender (toplumsal cinsiyet) denilmektedir. Biyolojik cinsiyetin aksine, toplumsal cinsiyet farklılığı, sosyal yapılandırma sonucu oluşmaktadır. Pek çok toplumda kadın ve erkek farklı yaratıklar olarak görülmekte ve her birinin kendine ait imkanları, rolleri ve sorumlulukları olduğu kabul edilmektedir. (14, 80).

Cinsel kimliğe oldukça erken yaşlarda, içinde bulunduğumuz kültürde aileyle birlikte başlayan uzun bir sürecin sonunda modeller gözleyerek ve öğrenerek sahip olunmaktadır. Ailelerin kız ve erkek çocuklara doğuştan itibaren farklı davranışları sayesinde, 18 ay gibi kısa bir sürede bebekler cinsel kimliklerini kazanmaktadırlar. Bu kimlik yaşam ve davranışlarımızı üstüne inşa ettiğimiz cinsel kimliğimizin çekirdek temelini oluşturmaktadır (81). Toplumsal cinsiyet kavramı ilk defa 1970'lerde feministlerin kadın ve erkeklik rollerinin sonradan kazanıldığını söylemeleri ile gündeme gelmiştir. Batılı ülkelerdeki kadınların yaşadığı en büyük sorun bu ayrımların doğal olduğu ve değiştirilemeyeceğiydi, ancak feministler antropolojik çalışmaların da yardımıyla farklı kültürlerde ve farklı yerleşim merkezlerinde kadınlık ve erkekliğin

farklı biçimde yapılandırıldığını, yani birer toplumsal kurgu olduğunu belirtmişlerdir. (82). Sonuç olarak cinsel kimlikler oluşurken bunları biyolojik etmenlerden bağımsız düşünemeyiz. Bu bağlamda Lewontin'in cinsiyetle ilgili yapmış olduğu tanım herkesin kabulleneceği türdendir. "Bir kişinin kendi kimliğini birincil olarak erkek ya da kadın diye belirlemesi bu belirlemeye eşlik eden tutum, düşünce ve istekler toplamıyla birlikte, bu kişiye çocukken hangi kimliğin yüklendiğine bağlıdır. Olayların olağan seyrinde, bu kimlikler, uyumlu kromozom, hormon ve morfoloji farklılıklarına karşılık gelir. Dolayısıyla biyolojik farklılıklar, toplumsal roller arasındaki farklılaşmanın bir nedeni olmak yerine bir habercisi haline gelir" (83, 84).

Sosyal süreçler, çevrenin belirlediği kadın ve erkek davranışları, duygu, değer ve düşünce beklentileri üzerine yapılandırılmıştır. Davranış ve değerlerin çoğu toplumsal koşullar ve örneklerden öğrenilir. Cinsel roller de, ataerkil sistem içinde "erkek egemen bakış açısı" ile kurgulanmış, hem erkeğin hem de kadının toplum içindeki rolleri yapılandırılmıştır. Çoğunlukla kadın, ilk kadın örneği olarak "anne"den, erkek de ilk erkek örneği olarak "baba"dan şekillendirilir. Nesilden nesile taşınan ve toplumsal olarak da pekiştirilen bu cinsel rol kalıpları, bireylerin tüm davranışlarına, tutum düşünce ve tavırlarına yön verir.

Toplumsal cinsiyet ilişkilerini belirleyen temel faktörlerden en önemlisi dindir. Dinin, toplumların üretimi açısından yerine getirdiği toplumsal işlevi, aile aracılığıyla gerçekleşen, bedenlerin denetiminde oynadığı belirleyici rolü vardır. Dinsel sistemlerde beden, hem kutsallığın aktarımı için bir araç, hem de "tende" ifadesiyle dünyevi kötülük için temel bir simgedir. Bu bağlamda beden, ruhun eğitilebilmesi için "terbiye edilmesi" (disipline sokulması) gereken araç-nesne ve insanlığın "selamete" erişmesi önündeki engeldir. Bedenin denetimi ve terbiyesi ise, aslında cinselliğin denetimidir. Ataerkil sistemde, cinselliğin düzenlenmesi ve denetimi, pratikte, kadın bedeninin ve yaşamı yaratma yetisinin (doğurganlığının) denetlenmesi biçimini almaktadır (85).

Dinsel kültürler arasında var olan farklılıklara rağmen kadınlara ilişkin anlayışların benzerlik ve süreklilikleri çarpıcı bir biçimde görülmektedir. Tek tanrılı dinin genesis koşullarına ve kendi "yaratılış" öykülerine bakıldığında, kadının doğurganlığı dolayısıyla varolan can verme gücünün "ideolojik" olarak elinden alınıp, tek erkek tanrıya ve onun aracılığıyla "yeryüzü erkeği"ne aktarılması şeklindedir. Bu dönüşümün kadınlar açısından en önemli ve olumsuz sonucu, kadının fiziksel olarak

elinden alınamayan doğurganlığının küçümsenmesi, soyu üretme yetisinin karşısına erkeklere özgü olduğu öne sürülen kültür yaratma yetisinin çıkarılması ve kadının yeni bir can yaratma özelliğine sahip bedeninin –tam da bu nedenle– kirli sayılarak lekelenmesi ve denetlenmesinin meşru görülmesi olmuştur. Erkeğin üremede oynadığı rolün, "tanrının dünyayı yaratma" eyleminin fani düzlemdeki yansıması olarak görülmesi; erkek tanrı ile ölümlü erkek arasında kurulan bu bağlantı, ataerkil sistemlerde erkeğin gücünün çok önemli bir bölümünü ve temel ideolojik paydasını oluşturmuştur (85).

Bireyin erkek olarak tanımlanması, toplumsal cinsiyetin ve bunun iktidardaki yansımasına bağlı olarak, ekonomi, politika, sosyal yaşam ve aile yaşamı gibi birçok alanda eşitsizlikten ataerkil şiddete kadar varan geniş bir etkiye sahip olması sonucunu doğurmaktadır. Bu durum özellikle kadının ekonomik bağımsızlığının olmadığı ve eğitim düzeyinin düşük ya da hiç olmadığı bölgelerde erkek egemen anlayışın daha baskın olarak ortaya çıkmasına neden olmaktadır (86).

Farklı kültürler ve tarihin farklı dönemleri toplumsal cinsiyetleri farklı şekillerde inşa etmiş ve yaşamışlardır. Batıda cinsel roller üzerine yapılmış olan araştırmalar, batı kültüründe insanların cinsel rollerinde, genel davranış bileşkenleri olduğunu, erkek ve kadınların benzer düşünce ve davranışlar gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu araştırmaların güncellenmiş sonuçlarına göre; erkekler çoğunlukla başarı, iktidar, özerklik, saldırganlık, kendini gösterme alanlarında, kadınlarsa özellikle besleyicilik, ilişki, yardım, saygı göstermek, özveride bulunmak alanlarında cinsel rol örtüşmeleri göstermektedir (26).

Amerika Birleşik Devletlerinde 1974 yılında yapılan bir araştırmada erkeklerde öngörülen özellikler; hırslı, güçlü, kendini ortaya koyan, bağımsız, kararlı, risk alan, saldırgan, kadınlarda öngörülen özellikler; şefkatli, neşeli, sevecen, duyarlı, yumuşak, nazik, sadık, sabırlı, anlayışlı, saf ve benzer niteliklerdir (87).

Bu niteliklerin Türk toplumunda geçerliliğini araştıran bir çalışmada “şefkatli, nazik, sempatik, duygulu, koruyucu ve başkalarının ihtiyaçlarına duyarlı” gibi kadınsı diye adlandırılan niteliklerin, kişiler arası duyarlılığı önemseyen kültürümüzde hem kadın hem de erkekten beklendiğini, aynı şekilde “kendine yetme, risk alma, kolay karar verme gibi erkeksi diye kabul edilen özelliklerin de cinsel rollere bağımlı görülmediği saptanmıştır (88).

Toplumsal cinsiyete dayalı farklılıklar geleneksel toplumlarda daha fazla görülür. Yapılan araştırmalarda İtalyan çocukların Hollanda'lı çocuklara göre cinsiyet farklılıklarına dayalı oyuncakları daha fazla tercih ettikleri görülmüştür. Daha geleneksel yapıya sahip İtalyan çocukların bu tarz bir eğilime girmesi beklenebilir bir özelliktir. Her iki toplumda da kız çocukları erkek çocuklarına oranla daha az cinsiyete dayalı oyuncakları tercih etmişlerdir. Bu da ne kadar modern olursa olsun her toplumda, erkek çocuklarının kız çocuklarından daha fazla cinsiyet ayrımcılığına itilmesinden kaynaklanmaktadır. Bizim toplumumuzda da benzer örnekler görmek mümkündür, “erkek adam ağlamaz” ifadesiyle küçük yaştan itibaren erkek çocuklarına sert olmaları öğretilirken; eğer evde herhangi bir ağabey ya da erkek kardeş yoksa kız çocukları da erkek gibi yetiştirilmektedir (89).

Cinsiyete bağlı eşitsizlikler, kırsal alanlarda kentsel alanlara göre daha belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır. Okuma yazma oranlarına bakıldığında; okur yazar olmayan kadınların oranının kentsel alanlarda %16.6 olmasına karşılık, bu oranın kırsal alanlarda % 30.8 oranına çıktığı görülmektedir. Erkekler için aynı oranlar kentsel alanlarda %3.9, kırsal alanlarda ise % 9 düzeyindedir. Hala devam etmekte olan kırdan kente ve doğudan batıya göç nedeniyle okur yazar olmama ve düşük eğitim düzeyi sorunu kentlere taşınmıştır. Göç alan kentlerde ve metropoliten alanlarında, özellikle de gecekondu alanlarında kadınların okur yazar olmaması ve eğitime erişim olanaklarına sahip olamamaları ciddi sorunlar oluşturmaktadır. İnsan kaynağının niteliğinin yükseltilebilmesi için nüfusun tamamının eğitim olanaklarını eşit biçimde ve zorunlu temel eğitim süreci şeklinde kullanmasını sağlamak gereklidir (90).

Yoksulluğun ortadan kaldırılması, herkesin temel eğitim alması, sağlık konularında beklenen iyileşmeler ve diğer hedeflere ulaşmada toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadının güçlendirilmesi vazgeçilemez bir öğedir. Toplumsal cinsiyet evde, ailede, okulda ve kamuda devam eden sosyalleşme sürecinde hem biçimlenmekte hem de bireylerin kimlik gelişimini etkileyerek mevcut sosyal yapının ve örüntünün devamını sağlamaktadır. Toplumsal cinsiyete ilişkin tutumlar insanların hem özel hem de kamusal alandaki yaşamlarını biçimlendirirken, çalışma, çocuk sahibi olma, meslek edinme, iş seçimi gibi kararlarında ve sosyal ilişkilerinde etken olmaktadır. Kadın ve erkeğin toplum içindeki hakları, sorumlulukları, konumları toplumsal cinsiyet kalıpları içinde şekillenmekte ve bu kalıpların yerleşmesinde, sıklıkla öne sürülen biyolojik yapı

gerekçesi teknolojinin ilerlemesiyle giderek temelini yitirse de, kadınlar genellikle özel alanda, erkekler ise kamusal alanda yer almaktadır(86, 91, 92).

Göstergeler, Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısının oluşturulması ve kadının güçlendirilmesinin teşvik edilmesi için pek çok adım atılması gerektiğini göstermektedir. Farklı öğretim düzeylerindeki cinsiyet oranları, kadının iktisadi faaliyette yer alma oranları, kadının siyasi temsilini yansıtan eşitlikten uzak sonuçlar toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ortadan kaldırılarak kadınların ekonomik, sosyal ve siyasi karar alma mekanizmalarında yer almalarının sağlanması için politika ve programlara gereksinim olduğunu açıklıkla ortaya koymaktadır. Bunun için de kadının içinde yaşadığı toplumsal, siyasal ve ekonomik alanların tamamının sorgulanması gerekmektedir. Kadının aktif bir konuma sahip olarak kalkınma sürecine dahil olması ancak doğumdan itibaren farklı algılarla gelişerek toplumsal cinsiyeti şekillendiren toplumsal rol kalıplarının ve tutumların değişmesiyle olasıdır. Cinsiyet uygulamalarını demokratikleştirmek, erkekler için, günümüzde olduğu gibi cinsel ayrışmayı değil kadınlarla ortak çalışmalar yaparak dayanışmayı gerektirir (91, 92).

Türk toplumunda erkekten beklentiler oldukça yüklü ve çetindir. Çevresi için önemli bir güç simgesi olarak gözükmeye zorunluluğunun ötesinde, geçim, başarı, ailenin maddi manevi statüsünün önde gelen sorumlusu erkektir veya öyle olmak ve gözükmek zorundadır. Cinsel olarak da daima güçlü olmalıdır. Erkeklerden beklenen cinsel performans sadece cinsel boyutunda kalmayıp, tüm erkek kimliği ile özdeşleştiği için bu konudaki kaygı oranı oldukça yüksektir (26).

Cinsellik ve üremeye ilişkin alanlar, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en fazla yapıldığı yerdir ve kadın-erkek ilişkisindeki eşitsizlik, daha çok kadının cinselliği ve üreme sağlığı üzerinde etkilidir. Bu olumsuzlukların boyutu toplumdan topluma değişmekle birlikte özellikle gelişmekte olan ülkelerde “kadın” cinsiyeti yönünden olumsuzlukların boyutu daha da büyüktür (92).

Üreme sağlığı gereksinimlerini karşılayabilmek için, toplumsal cinsiyetin ve diğer sosyo-ekonomik faktörlerin üreme sağlığı üzerine nasıl bir etkisinin olduğunun iyi anlaşılması gerekmektedir. Ekonomik, sosyal ve kültürel nedenler sıklıkla kadınları erkeklerle olan ilişkilerinde daha güçsüz yapmaktadır. Bu güçsüzlük, kadınların istenmeyen cinsel ilişki, gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve şiddete karşı kendilerini koruyamamalarına neden olabilmektedir. DSÖ raporlarına göre,

kadınlardaki toplam hastalıkların üçte birinden, erkeklerde ise onda birinden fazlasını ÜS problemleri oluşturmaktadır (19).

AP hizmetlerinin daha çok kadınlar tarafından kullanılmasının ve erkeklerin ÜS/CS gibi konulardan uzak tutulmalarının da, istenmeyen gebeliklerin sonucunda kadın sağlığının doğrudan etkilenmesi, hormonal oral kontraseptiflerin ve diğer etkili yöntemlerin bulunması ile geri dönüşümlü yöntemlerin en güvenilir olanları kadınların kullandıkları yöntemler olması, kadınlara yönelik AP programlarının hazırlanmasının geçmişte daha düşük maliyetli ve daha pratik görülmesi etkili olmuştur. Kadınlar için çok başarılı bir yöntem olan hapların bulunmasının ardından, benzer özellikte erkeklerin de kullanabileceği bir yöntemin geliştirilmesi için gereken özen gösterilmemiştir. Üreme sağlığı alanında erkeğin rolünün göz ardı edilmesi, dünyanın bazı bölgelerinde kontraseptif kullanım prevelansındaki problemlere ve kadınlar arasında artmış olan kontraseptif memnuniyetsizliğine neden olabileceği düşünülmektedir (93, 94).

Aslında dünyanın bir çok yerinde doğurganlığın önlenmesi için kullanılan ilk yöntemler ya erkekler tarafından kullanılmıştır ya da erkeklerin işbirliğini gerektirmiştir. Bu yöntemlerin en eskisi geri çekmedir. Ayrıca MÖ 1200'lü yıllarda Eski Mısır'da suda ıslatılmış papürüs kağıtlarından yapılmış kondomlar bilinmektedir. Erkeklerin kullanabileceği AP yöntemlerinden herhangi birinin kullanım prevelansının düşük olması AP konusunda olumsuz tutumları olduğunu göstermemektedir. Aslında erkekler için mevcut yöntemlerin sayıca az olması ve yöntemlerin kullanım sınırlılığı bunda önemli bir etkidir. Örneğin kondomda dokunma hissi doğal özelliğinden dolayı sınırlıdır. Doğru kullanıldığında oldukça etkili olan kondom kullanılması zor ve zahmetli olarak algılanmaktadır. DSÖ'nün 14 ülkede yaptığı araştırma sonucuna göre kondom kullanmamamanın en sık nedeni kondomun cinsel zevki azaltması olarak saptanmıştır. Geçmiş bu kadar eski olan kondomlar son yıllarda yüksek teknoloji ile üretilmekte ve cinsel hayatı hem renklendirmek hem de CYBH, HIV enfeksiyonundan ve istenmeyen gebeliklerden korunmak için tırtıllı, meyveli, düz, spermisitli, renkli, kayganlaştırıcı gibi kondom çeşitleri bireylerin kullanımına gecikmiş olarak sunulmaktadır (93, 95, 96). Ayrıca istenmeyen gebeliklerin toplumsal maliyetinin artması, anne-çocuk sağlığını destekleme programları, AIDS epidemisi ve CYBH'lardan dolayı erkeklerin korunması konusu eskiye oranla daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır. AIDS'in önlenmesi amacıyla kondom kullanımı hızla artmaktadır.

AIDS ile ilgili bilinç hızla yükselirken, iletişim kampanyaları ile artık en etkili çözümün kondom olduğu iletilmektedir (74, 95).

Yapılan bir araştırmada erkekler, seçenek olsaydı oral hormonal kontraseptif kullanabileceklerini (% 81'i), eşlerinin sağlıkları, AP ve ÜS konuları ile ilgilenmekte olduklarını, ancak iletişime ve doğrudan onlara sunulacak hizmetlere ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (93). Son 20 yıldır erkekler için hormonal yöntemler konusunda bazı çalışmalar yapılmaktadır. Erkekler için yeni çıkarılan oral hormonal kontraseptifler İngiltere'de, Güney Afrika'da ve Çin'de 450 erkek üzerinde denenmiştir. Erkeklerin çoğunluğu yeni hormonal gelişmelerden ve kendi kullandıkları yöntemlerden memnuniyetlerini ve % 44 ile % 83 arasında oral hormonal kontraseptif kullandıklarını belirtmişlerdir (97).

Türkiye'de bugüne kadar yürütülen tüm ÜS/CS programlarında ağırlıklı olarak üreme çağındaki evli kadınlar hedeflenmiş, erkekler, özellikle erken yaşta cinsel deneyim yaşayan gençler ihmal edilmiştir. Araştırma bulguları ergenlerin cinsel sağlık konusundaki bilgi yoksunluğunu, doğru ve güvenilir bilgi kaynaklarına ulaşamadıklarını ortaya koymaktadır (98).

Türkiye'de gençler arasında üreme/cinsel sağlıkla ilgili bilgi düzeyinin düşük olmasının asıl nedeninin, özellikle aile ve gençler arasında cinselliğin tabu niteliğinin sürmesi olduğu düşünülmektedir. Özellikle genç kadınlar geleneksel değerler üzerinden cinsellik yoluyla kurulan toplumsal baskının en önemli hedefidir ve evlilik öncesi cinsel ilişki Türkiye'de yaşayan bir genç kadın için neredeyse yasaklanmış durumdadır. Tüm bu kültürel yapı özellikleri, kadınların CS/ÜS bilgisine ve hizmetine ulaşımını etkilediği için, kadınların bu konulardaki bilgi düzeyi düşüktür. Evli olmayan genç kadınlarda istenmeyen gebelik oranının %10-40 arasında olduğu belirtilmektedir. Tüm dünyada her yıl 40 milyon istemli düşük gerçekleşmektedir, düşüklerin yarısı sağlıksız koşullarda yapılmaktadır ve 2-4 milyonu, korunmasız cinsel ilişki nedeniyle gençler tarafından yapılan sağlıksız düşüklere dir. Genç kadınların istemli düşükler için uzun süre bekledikleri ve bu nedenle daha fazla komplikasyonla karşılaştıkları görülmüştür (19, 99).

Toplumsal cinsiyet boyutu sağlıkla ilgili tüm araştırmalara entegre edilmelidir. Araştırmalar, toplumsal cinsiyetin yarattığı özel etkileşimleri ve bunu giderecek yolları ortaya çıkarmaya başlamalıdır. Toplumsal cinsiyet anlayışının, her düzeydeki sağlık

profesyonelinin eğitim programına entegre edilmesi gerekliliği kabul edilmelidir. Bütün bunlar, siyasi bir irade ve kararlılığı ve sağlık bakım sistemindeki kurumların değiştirilmesi için geniş bir desteği gerektirmektedir. Ayrımcılığa göz yuman toplumsal normların değiştirilmesi, sağlık bakım hizmetlerinin bütün basamaklarında üreme haklarının desteklenmesi, bu yönde atılacak gerekli adımlar olmalıdır (100).

2.6. Aile Planlaması Hizmetleri ve Amacı

AP hizmetlerinin halka ulaştırılmasında amaç; sık doğum yaparak sağlığı bozulan annelerin sağlıklarını kazanmalarına yardım etmek, istenmeyen gebeliklerin tehlikeli yollarla sonlandırılmasını önlemek, kadınlara gebelikten korunmanın sağlıklı ve tıbbi yollarını öğretmektir. Ayrıca çocuk sahibi olmak isteyenlere tıbbi yardım sağlamak, bireyleri AP yöntemleri konusunda eğitmek, bebeklerin sağlıklı doğmalarını ve yaşamalarını sağlamak, hızlı nüfus artışını azaltarak toplumun sağlıklı, mutlu, iyi eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli kişilerden oluşmasını sağlamakta AP hizmetleri arasındadır (20, 31).

Türkiye’de AP yöntemleri hem devlet hem de özel sektör tarafından her basamakta verilmektedir. AP da tüm yöntemlere ilişkin danışmanlık hizmetleri bu konuda eğitim almış tüm sağlık personeli tarafından sunulmaktadır.

- Rahim İçi Araç (RIA) uygulaması: Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, eğitim alarak sertifikalandırılmış hekim, ebe ve hemşire,
- Mensüral Regülasyon uygulaması: Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, eğitim alarak sertifikalandırılmış hekim,
- Vazektomi: Üroloji uzmanı, eğitim alarak sertifikalandırılmış hekim,
- Tüpligasyon: Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, genel cerrahi uzmanı tarafından yapılabilmektedir (31).

2.6.1. Aile Planlamasının Yararları

AP'nın anneye, çocuğa, çiftlere, aileye ve topluma sağladığı yararlar kısaca gözden geçirilecek olursa;

2.6.1.1. Ana Sağlığı Açısından Yararları

AP'nın ana sağlığı açısından birçok yararı vardır. Bunlar :

- Gebelik, düşük, doğum ve lohusalığa bağlı anne ölümleri azalır.
- Doğum yaşının ayarlanmasına bağlı olarak gebelik ve doğum komplikasyonlarında düşüş görülür.
- Gebelik korkusunun kalkması ile cinsel sağlık kavramı pozitif yönde güçlenir.
- Post abortif, post partum ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda düşüş görülür.
- Annede beslenme bozukluğu, anemi, toksemi, gebeliğe bağlı hipertansiyon, diyabet, jinekolojik yakınmalarda ve hastalıklarda düşüş görülür (9, 101).

2.6.1.2. Çocuk Sağlığı Açısından Yararları

AP'nın çocuk sağlığı açısından birçok yararı vardır. Bunlar:

- Bebek ölümleri azalır.
- Prematür, gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumlarının insidansı düşer.
- İleri yaş gebelikleri engelleneceğinden, bebeklerde görülen konjenital anomaliler azalır.
- Yeterli süre anne sütü ile beslenmesi sonucu beslenme bozuklukları, enfeksiyonlar azalır. Zeka düzeyleri gelişir (9, 101).

2.6.1.3. Çiftlere Sağladığı Yararlar

AP'nın çiftlere sağladığı birçok yarar vardır. Bunlar:

- Kadın ve erkek, ilişkinin istenmeyen veya zamanlanmamış bir gebeliğe yol açmayacağından emin olduklarında daha rahat bir cinsel ilişki içinde olurlar.
- Kontraseptiflerin etkin kullanımı yoluyla, okullarını veya mesleki eğitimlerini tamamlayana kadar ilk veya daha sonraki çocuklarını erteleyebilirler. Bu özgürlük daha iyi iş olanaklarına yol açması nedeniyle tüm ailelerin ekonomik geleceğinde gözle görülür değişiklikler yapar.
- Çiftler kondom gibi gebelik önleyici yöntemlerden yararlanarak, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan kendilerini korurlar (9, 101).

2.6.1.4. Aileye Sağladığı Yararlar

AP'nın aile sağladığı birçok yarar vardır. Bunlar:

- Ailede gelirin kişi başına düşen diliminin dengelenmesi ve artması ile ekonomik gönenç sağlar.
- Yeterli ve dengeli beslenme olanağının artması ile fiziksel ve zihinsel gelişmede artış sağlar.
- Aile üyelerinin sağlık eğitimi ve tıbbi bakım alabilme olanaklarının artmasını sağlar.
- Çocukların, ebeveynlerinin sevgi ve ilgisinden en yüksek oranda yararlanabilmesini sağlar (102, 103).

2.6.1.5. Topluma Sağladığı Yararlar

AP'nın topluma sağladığı birçok yarar vardır. Bunlar:

- Sağlıklı anne ve çocuk sayısı artar.
- Sağlıklı ve güvenli aileler çoğalır.
- Hızlı nüfus artışının ekonomik gelişme üzerindeki olumsuz etkileri azalır.

- Toplumun beslenme, konut, eğitim ve çevre koşulları gelişir.
- Toplumun gönenç düzeyi yükselir (102, 103).

2.6.2.Aile Planlaması Eğitimi

Nüfus artışını kontrol altında tutmak için alınan önlemler çerçevesinde eğitime büyük vurgu yapılmaktadır. Bu eğitimin iki hedef kitlesi bulunmaktadır. Birincisi, sağlık hizmetleri alanında çalışan kişilere yönelik AP konusundaki kurslar, yayınlar, seminerlerdir. İkincisi, halkın AP konusunda eğitilmesidir. Bunu gerçekleştirebilmek amacıyla, erlere ve öğrencilere AP eğitimleri ve bilgi sunan el kitapları hazırlanmıştır. Kitle iletişim araçlarından yararlanılarak halka AP konusunda gerekli bilgiler verilmiş ve gebeliği önlemek için çeşitli yöntemler tanıtılmıştır. 1986 yılında doğurganlığın yüksek, gelirin düşük olduğu yerlerde kitlelere hitap edecek aydınlatıcı ve eğitici programlar hazırlanması planlanmıştır (104).

1994 ICPD planında, erkeklerin AP programlarına katılmaları konusu gecikmiş olarak yer almıştır. Nüfus konferansının eylem planının değerlendirmesinde, ergen sağlığını geliştirmek, cinsiyetler arası eşitliği ve sorumlu cinsel davranışı güçlendirmek, ergenleri erken ve istenmeyen gebeliklerden, cinsel yola bulaşan hastalıklardan, cinsel sömürüden, ensest ve şiddetten korumak amacı ile örgün ve yaygın eğitimin tüm düzeylerinde nüfus, üreme sağlığı ve cinsel sağlık dahil sağlık eğitimi verilmesi hedef olarak belirlenmiştir (28).

1998 yılı kadın sağlığı ve AP ulusal stratejileri ve eylem planının, gençler ve erkekler dahil olmak üzere tüm risk gruplarını içine alan, cinsel yolla bulaşan hastalıkları da kapsayan, üreme sağlığı kavramı çerçevesinde gözden geçirilmesi, bu kapsamda sunulan hizmetlere entegre edilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Bu çalışma ile Kahire Konferansında çerçevesi çizilen üreme hakkı yaklaşımı Türkiye'ye entegre edilmektedir. Ayrıca üreme sağlığı yaklaşımının AÇSAP kanalıyla APna yönelik eğitim çalışmalarına da yansıtılması planlanmıştır (105).

Gençler üreme ve cinsel sağlık konusunda doğru, yeterli bilgi edinmemektedirler. Örgün eğitim içinde ilköğretim programında üreme sağlığına çok az değinilmektedir. İlköğretimden sonra okullaşma oranı düşmekte ve sadece

ortaöğretime devam edenler sağlık dersi içinde üreme sağlığı bilgilerine ulaşabilmektedir. Ergenlere yönelik hazırlanmış olan bilgi-eğitim-iletişim (BEİ) materyali sınırlı konuda, az sayıdadır ve yeterince yaygın olarak dağıtılmamaktadır. Bilgi-eğitim-iletişim faaliyetleri açısından SB merkez ve taşra teşkilatlarında bu çalışmalarını koordine edecek birim bulunmamakta ya da BEİ birimleri bu fonksiyonu yeterince gerçekleştirememektedir. Ayrıca Bakanlık ve diğer kamu ve özel kuruluşlar arasında yeterli koordinasyon bulunmamaktadır (105).

T.C. Hükümeti ile Avrupa Komisyonu arasında 2001 yılında Finansman Anlaşması imzalanarak yürürlüğe girmiş olan “Türkiye Üreme Sağlığı Programı”nın öncelikli alanlarından birisi de 10-24 yaş arası gençler için CS/ÜS hizmet sunumu ve bu hizmetlere talebin artırılması olarak belirlenmiştir. Bu amaçla göçün artmış olduğu 10 büyük ilde 16 Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Merkezi (GDSHM) açılması öngörülmüştür. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında gençler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin yanı sıra personelin, gençlerin ihtiyaçlarına daha duyarlı hale getirilmeleri de amaçlanmıştır. 2005 yılında beş merkez pilot uygulama kapsamında açılmıştır (74). Bu merkezlerin sayılarının artırılması ve hizmetin kalitesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Seçilen merkezlerin genç dostu görünüm kazanması (boyasından mobilyasına), ÜS/CS ve adolesana yaklaşım konusunda eğitimli personelin bulunması, erkek katılımını artırmak için erkek personel kullanılması, hem danışmanlık hem de sağlık hizmetinin birlikte sunulması hizmete talebin artmasını sağlayacaktır. Yeniliğe, değişime, gelişmeye en açık olan bu yaş grubuna, doğru yöntemlerle, doğru yerde, doğru kişilerle ulaşıldığında, ülkemizin üreme sağlığı statüsü gelişebilecektir.

Türkiye’de üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesinin düşük olmasının en önemli sebeplerinden biri hizmet sunanların bilgi eksikliği, yanlış bilgilendirme ve yanlış tutumlarıdır. Hizmet sunanların iletişim bilgi ve becerileri yeterli düzeyde değildir. 1994 Türkiye Üreme Sağlığı Durum Analizi bulgularına göre, sağlık personelinin % 80’i kadın sağlığı ve AP (KS/AP) konusunda BEİ eğitimi almamıştır. Eğitim alanların son eğitimlerinden bu yana ortalama üç yıl geçmiştir. Sağlık personelinin KS/AP ile ilgili eğitim araç ve gereçlerini yetersiz kullanmaktadır. Hizmet sunanlar kontraseptif teknolojisindeki yenilikleri yeterince izlememektedirler. KS/AP konusunda eğitilen sağlık personeli sık olarak yer ve görev alanı değiştirmekte, eğitim amacına uygun hizmette kullanılmamaktadır. Çok fazla yer ve hizmet alanı değiştirilmesi, KS/AP

hizmetlerinde deneyimli personel kaybına neden olmaktadır. Hekim, ebe ve sağlık memurlarının mezuniyet öncesi KS/AP eğitim programları süre ve içerik açısından tutarlı değildir. Temel sağlık hizmetleri gereksinimlerine yanıt vermemekte ve öğrencilere hizmete esas olan danışmanlık bilgi ve becerisi kazandırılmamaktadır. Bu alandaki hizmet içi eğitim ülke düzeyinde yaygın değildir ayrıca eğitim alacak personelin seçimi ve eğitilen personelin uygun görevde kullanımında sorunlar vardır. Hizmet içi eğitim merkezlerinin kalitesini, etkinliğini ve eğitilenlerin performansını değerlendirecek bir sistem yoktur. Ayrıca üreme sağlığı alanında çalışacak personelin cinsiyetçilik üreme hakkı ve kadının bedensel bütünlüğüne saygı konularında duyarlılıklarını artırıcı ne hizmet içi ne de mezuniyet öncesi eğitimi bulunmamaktadır (105).

Ghana'da kadın ve erkeklerin, AP konusunda bilgilerini arttırmak, tutumlarını iyileştirmek, AP yöntem kullanımını arttırmak amacıyla sistematik BEİ programı kapsamında yürütölen bir kampanya sonrası erkeklerin AP konusunda bilgilerinin arttığı ve tutumlarının iyileştiği görölmüş, eşlerin arasında AP konularının konuşulmasının %47 ve modern AP yöntemi kullanımının %26 oranında arttığı saptanmıştır (106).

Sağlık eğitimi; bireylerin, sağlık sorunlarını çözebilir, sağlık hizmetlerine katabilir, sağlık haklarını savunabilir hale getirmek amacıyla davranış kazandırma sürecidir. Toplumda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yararlı hale getirilmesi, sorunların çözümlenmesi, duyarlılığın oluşturulması tüm bireylerin eğitilmesiyle sağlanabilir (107). Bu nedenle ÜS/CS konusunda mezuniyet öncesi yeterli bilgi ve beceriyle donanmış, iyi iletişim kurabilen, liderlik özellikleri olan, cinsiyet ayrımcılığı yapmayan, karşısındakini yargılamayan ve onun gizliliğini koruyan ebe ve hemşirelerle toplumun her kesimine AP hizmetlerinin verilmesinin gerekliliği öne çıkmıştır. Böylece üreme sağlığı ve AP konularında toplumun bilinçlenmesiyle birlikte, üreme sağlığı hizmetlerinin kullanımını ve niteliği artacak, ailelerin yaşam kalitesi yükselecektir. Erkeklerin ÜS hizmetleri konusunda bilgilendirilmesi, farkına vardırılması ve bu hizmetlerden yararlanmaları sağlanacaktır (108, 109).

2.6.3. Aile Planlaması Danışmanlığı

Danışmanlık, herhangi bir konuda, kişiye güvenilir, bilgili ve konu hakkında ustalaşmış kişiler tarafından bilgi verilmesi ve kişinin bilinçlendirilerek kendi düşüncesini oluşturabilmesine yönlendirici olmadan yardım edilmesidir (31).

Danışmanlık, karşılıklı konuşarak, bir kişinin diğerine yardımcı olmasıdır. Başvuranın karar vermesine veya bir sorununu çözmesine yardımcı olduğunda, danışmanlık işlevi yerine getirilmiştir. Danışmanlık, bireyin kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturmasına yardımcı olacak şekilde, belli bir konuda uzmanlaşmış kişilerce, aydınlatılmasıdır. İnsanlar en iyi kendi kararlarını uygularlar. Bu yüzden iyi bir danışman, başvuran kişinin yerine karar almaktan kaçınır. Onun yerine, başvuran kişinin kendi kararlarını vermesine yardımcı olur. Başvuranların bazıları AP yöntemlerinden birini seçmek isterken, bir diğeri cinsel yolla bulaşan hastalıklardan nasıl korunacağına karar vermek isteyebilir. Genç başvuranlar ise aktif cinselliklerini geciktirmek isteyebilir. Farklı gereksinimleri, sorunları olan başvuranlar, etkili bir danışmanlık hizmeti ile daha doğru kararlar alabilirler. Danışmanlık ikna etmek için bir araç değildir; kişiye yöntemlerle ilgili seçenekler sunarak, kendisine en uygun olan yöntemi seçmesine yardım etmektir (31).

AP hizmetlerinde istendik düzeye ulaşmak için iyi eğitilmiş kişiler tarafından danışmanlık yapılmalıdır. Danışmanlık, AP hizmetlerinin çok önemli, ancak çoğunlukla ihmal edilen bir bölümüdür. Hizmet sunumunda görev alacak sağlık personeline danışmanlık becerisinin kazandırılması ve sürekli eğitimlerle desteklenmesi AP hizmetlerinin etkinliğini, kalitesini artıracak, toplumun sağlık düzeyini yükseltecektir (17, 110, 111).

2.6.3.1. Aile Planlaması Danışmanlığının Amacı

Aile planlaması danışmanlığı;

- Başvuranların AP yöntemlerinin yararlarını ve risklerini görmelerine, kendi ihtiyaç ve duygularını göz önüne almalarına, üreme ve AP yöntemleri konusunda bilinçli ve gönüllü karar vermelerine yardımcı olur.
- AP yöntemlerinin doğru uygulanmasına yardımcı olur.

- Bilgilenmeyi sağlar ve başvuranın bu bilgileri kendi ihtiyaçları ve koşullarına göre kullanmasına yardımcı olur.

Danışmanlığın hedeflerinden birisi, bilinçli ve özgür seçimin sağlanmasıdır.

Başvuranın Özgür ve Bilinçli Seçim Yapmasında Danışmanın Rolü;

- Karar vermeye yardımcı olması açısından yöntemlerin olumlu ve olumsuz yönlerini anlatarak,
- Tarafsız ve doğru bilgi vererek,
- Başvuranın kendi durumunu ve gereksinimini ortaya koyup AP hakkında kendi kararını vermesini sağlayarak,
- Başvurana kullanmak istediği yöntemi elde etmesine yardımcı olarak, özgür ve bilinçli bir seçim yapmasını sağlar (9, 31).

2.6.3.2. AP Danışmanlığının İlkeleri

1. Başvuranlara iyi davranma: Bu, başvuranda güven duygusu ve duyarlı konularda bile açıkça konuşabilme rahatlığı uyandırır. Başvuran, konuşulanların o odada kalacağından emindir; mahremiyeti önemsenir.
2. Güçlü bir etkileşim-iletişim kurma: Başvuran herkes farklıdır. Başvuranın ihtiyaçlarını, kaygılarını ve durumunu anlamak için konuşması ve soru sorması sağlanır.
3. Başvuranın gereksinimine uygun bilgi verme: Bilginin kişiye göre anlatılması, başvuranın gereksinimi ve bilgisi arasındaki aralığı kapatan bir köprü görevi yapar.
4. Gereğinden fazla bilgi vermektan kaçınma: Başvuranlar, karar vermeden önce bilgiye gereksinim duyarlar. Gereğinden fazla bilgi vermek, önemli olan bilginin hatırlanmasını engeller. Başvuranın ihtiyacı olan, öğrenmek istediği, kişiye özel bilgi verilir.
5. Başvuranın seçtiği ve istediği hizmeti almasını sağlama: Başvuranın seçimine saygı duyulur. Çoğunlukla hizmet almaya gelenlerin bir önyargıları vardır. Başvuranın seçtiği hizmete uygunluğunu belirlenir ve hizmet verilir. Kişiler kendi kararlarını daha uzun süre benimserler.

6. Başvuranın anlamasına, hatırlamasına yardım etme: Danışmanlığın kısa tutulması, bilinen sözcüklerin kullanılması, en önemli mesajlara öncelik verilmesi, bilginin bir düzen içinde aktarılması, önemli noktaların tekrarlanması, anlaşıldığının kontrol edilmesi, bilginin açık ve özgül olmasının sağlanması konunun hatırlanmasını kolaylaştırır.

Üreme fizyolojisi ve AP yöntemlerinin nasıl kullanıldığını ve işlediğini açıklamak için broşür, poster, resimli rehber, kontraseptif yöntem örnekleri gibi bilgilendirme materyallerinin kullanılması faydalıdır.

Görsel materyaller sözle anlatılanları pekiştirir. Başvuranın ilgisini çeker. Özellikle anatomi gibi konuların anlaşılmasını kolaylaştırır. Broşürler gibi başvuruların yanlarında götürebilecekleri materyaller yöntemi doğru kullanmalarını sağlar. Küçük sorunlar ve yan etkiler ile ilgili neler yapabilecekleri konusunda başvurulara yardımcı olur. Danışmanlık alan başvuranın aldığı bilgileri öncelikle eşi ile ve arkadaşları, çevresi ile paylaşmasına da yardımcı olur(9, 20, 31).

2.6.3.3. Aile Planlaması Danışmanının Özellikleri

1. Bilgili Olmalı:

Tüm AP konularını iyi kavramıştır, AP ile ilgili başvuruların kararlarını etkileyen kültürel/psikolojik faktörlerin bilincindedir, AP ile ilgili konularda görülebilecek yan etkiler, sağlık sorunları hakkında gerekli bilgilere sahiptir.

2. Becerikli Olmalı:

Önyargısız bir yaklaşım içinde başvurana saygılı ve nazik davranır, kendini tanıtarak, başvuranla tanışır, iletişimi başlatır ve sürdürür, başvuranın kültürüne uygun davranır, kişiler arası iletişimde yeteneklidir, AP ile ilgili bilgileri tarafsız, duyarlı bir biçimde sunar, görüşme sonlanmadan, başvuranın sunduğu bilgileri tam olarak anladığından emin olur, başvurana rahatça soru sormaya teşvik eder, başvuranın AP ile ilgili endişelerini dikkatle dinler, sözsüz ilerisini, beden dilini kullanır ve başvuran kişinin beden dili mesajlarına duyarlıdır, başvurana daha fazla yardımcı olamayacağı durumlarda, başvurana uygun yerlere sevk eder, yönlendirir (20, 31, 112).

2.6.3.3. Aile Planlaması Danışmanlık Çeşitleri

AP danışmanlığı, hizmetin üç önemli ögesinde ele alınabilir:

1. Genel danışmanlık,
2. Yönteme özel danışmanlık,
3. İzlem danışmanlığı (20, 31).

2.7.3.3.1.Genel Danışmanlık:

AP yöntem kullanmak için başvuran kişiye “yöntem seçmeden önce” sunulan hizmettir, “bireysel” ya da “grup danışmanlığı” şeklinde sunulabilir.

- Sıcak ve yakın bir karşılama ile iletişim için iyi bir ortam oluşturulmasını,
- Kişinin sağlık kurumuna ziyaretinden neler bekleyebileceğinin anlatılmasını,
- AP yöntemleri hakkında bilgi verilmesini sağlar.

Genel Danışmanlıkta; başvurana kadın ve erkek üreme sisteminin anatomisi, fizyolojisi hakkında kısaca bilgi verilir. Tüm kontraseptif yöntemler hakkında tek tek bilgi verilir (görsel malzemeler kullanılarak), yöntemlerin olumlu-olumsuz yönleri, yan etkileri anlatılır. Genel danışmanlıkta, başvuran kendisine uygun bir kontraseptif yöntemi seçer(20, 31).

2.7.3.3.2.Yönteme Özel Danışmanlık

Başvuran kişinin kullanmaya karar verdiği yöntemle ilgili olarak, yöntemin uygulanmasından hemen önce ve hemen sonra yapılan danışmanlıktır.

Danışman seçilen yöntemin etki mekanizmasını, olumlu ve olumsuz yanlarını kişiye anlatır, varsa sorularını yanıtlar. Kayıt formunun ilk bölümündeki demografik bilgiler ve başvuran kişinin öyküsü genellikle bu aşamada alınır. Kişinin ilgilendiği yöntemin uygunluğu konusunda, onun gereksinimleri ve öyküsü göz önüne alınarak tavsiyede bulunulur. Bu süreç, bir kontraseptif yöntemin önseçimi ile sonuçlanır (9, 31).

Başvuranın daha ayrıntılı değerlendirilmesi gerekip gerekmediği konusunda karar verilir. Bu noktada, sağlık personeli gerekli fizik muayeneyi ve laboratuvar

incelemelerini yaparak, seçilen kontraseptif yöntemin uygunluğunu saptar. Kişinin kayıtları tamamlanır (9, 31).

Kişinin bir kontraseptif yöntemi seçmesinden ve değerlendirilmesinden sonra yöntem konusunda daha ayrıntılı bilgi verilir. Bu aşamada, sağlık personeli:

- Yöntemin tanımını, etki mekanizmasını, etkililiğini, olumlu/olumsuz yönlerini, kullanım kurallarını ve olası yan etkilerini yalın ve anlaşılır bir dille anlatır.
- Kişinin anladığından emin olmak için, kullanım kurallarını ve uyarıları tekrarlamasını ister.
- Gerekli malzemeler ve bulunacağı yerler, yan etkiler konusunda uyarılar, sorunların erken tanımlanması, yöntem değiştirme, RIA'ların ve implantların çıkarılması gibi konular üzerinde durulabilir.
- Kişiye yöntem hakkında ayrıntılı bilgi içeren, tıbbi müdahale gerektiren durumları tanıtan bir broşür verilmelidir.
- Kullanıcıya izlem gününü bildirir (31).

Kullanıcılar sağlık personeli ile sık sık bağlantı kurarlarsa, yöntemi kullanmaktan vazgeçmeleri olasılığı azalır. Beklenen önemsiz yan etkiler, kişilere açık bir şekilde anlatılırsa yöntem bırakılması önlenir. Sık izlem güveni artırır, düzenli izlem, kişinin fark edemediği sorunların (örn. iplikleri görünmeyen RIA, rahim enfeksiyonları, erken gebelik bulguları, vb.) izlemde fark edilmesini sağlar (9,31).

2.6.3.3.3. İzlem Danışmanlığı

İzlem ziyaretlerinin amaçları şunlardır:

1. Kullanıcının AP uygulama kararını güçlendirmek,
2. Kullanıcının yöntemden memnun olup olmadığını, yöntemi kullanmaya devam edip etmediğini öğrenmek,
3. Kullanıcının yöntemi doğru uygulayıp uygulamadığını kontrol etmek ve gerekirse, kullanım kurallarını yinelemek,
4. Gerekli malzemeyi saklamak,
5. Kullanıcının sorularını yanıtlamak,

6. Yöntem konusunda güven vermek ve olası küçük yan etkileri tedavi etmek
7. Kullanıcının genel sağlık durumunda ve yaşam koşullarında, yöntemi değiştirmesini veya uygulamaya bırakmasını gerektiren bir değişiklik olup olmadığını saptamak.

İzlem ziyaretleri sırasında yapılan danışmanlık, ilk danışmanlıktakinden farklıdır. Sağlık personeli özellikle, sevk edilmesi gereken önemli sorunlarla, kolayca giderilebilecek küçük sorunları ayırt edebilmelidir. Malzeme almak için sağlık kurumuna gelen kişilere izlem danışmanlığı verilmelidir.

İzlemede başvuranın sağlığının kötü olduğuna işaret eden uyarı işaretleri varsa, tedavi verilir, gerekirse sevk edilir, başvurular genellikle normal kabul edilen yan etkilerden şikayetçi olurlar. Tıbbi açıdan bir önemi olmamasına rağmen, bu yan etkiler, bazı başvurular için rahatsızlık verici olabilir. Başvuranın endişelerinin göz ardı edilmemesi önemlidir. Başvuran, yöntemin beklenen yan etkilerini kesinlikle tolere edemiyorsa, yöntem değiştirmesini önerebilirsiniz. Danışmanın görevi, belli bir yöntemi önermek değil, başvuranın memnuniyetini sağlamaktır (20, 65).

2.6.3.5.Aile Planlaması Danışmanlık Adımları

“KAYNAK” danışmanlık adımlarını hatırlamanın çok iyi bir yoludur.

(K) Karşılıyarak selamlayınız:

- Başvurayı nazikçe karşılama,
- Kendini tanıtır, nasıl yardımcı olabileceğini sorma,
- Konuşmayı mahrem bir ortamda, kimsenin duyamayacağı bir ortamda yapma,
- Mahremiyet konusunda güven verme,

(A) Alaka göstererek sorular sorma:

- İlk defa başvuran kişiye, yaşını, medeni durumunu, gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı gibi soruları içeren doğurganlık öyküsünü, doğurganlık hedeflerini, planlarını sorma,
- Geçmişte ve halen kullandığı gebeliği önleyici yöntemleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yöntemini sorma,

- AP konusundaki gereksinimlerini, isteklerini, şüphelerini, sorularını veya sorunlarını anlatmaya teşvik etme,

(Y) Yöntemler konusunda bilgi verme:

- İstenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler konusunda bildiklerini sorup yanlışları düzeltme,
- Tüm yöntemlerin yararları ve yan etkileri hakkında bilgi verme,
- Hangi yöntemin nereden ve nasıl temin edilebileceğini anlatma.

(N) Ne tür yöntem seçeceğine yardımcı olma:

- Başvuranın gereksinimleri ve tercihlerine uyacak bir AP yöntemine karar vermesine yardımcı olma,
- Yöntemin güvenilirliği ile ilgili bilgi verme,
- Kararı kesinleştirme,

(A) Açıklayıcı bilgiler verme:

- Başvuranın karar verdiği yöntemi mümkünse hemen sunma, uygulama, değilse ne zaman ve nereden alınabileceğini açıklama,
- Yöntemin nasıl kullanılacağını açıklama,
- Yöntemin yan etkilerini açıklama, gerekli broşürleri verme,
- İsteddiği her zaman veya sorunu olduğunda rahatça gelebileceğini açıklama,
- Acilen başvurulması gereken durumları hatırlatma,
- Kontrol için ne zaman geleceğini hatırlatma,

(K) Kontrole çağırma:

- Kontrole geldiğinde yöntemi kullanıp kullanmadığını, kullanıyorsa yöntemle ilgili her hangi bir sorunu olup olmadığını sorma,
- Hafif yan etkilerle ilgili önerilerde bulunma,
- Ciddi yan etki veya sorunları varsa tedavi için sevk etme,
- Başvuran, kullandığı yöntemi değiştirmek ya da bırakmak istiyorsa yeni yöntem için yardımcı olma.

Başvuranın ihtiyaçlarına göre bu basamakların sırası ve içerikleri değişebilir!

Bireysel değerlendirme önemlidir; bütün basamakların uygulanması sadece ilk ziyaretlerde gerekli olabilir. İlk ziyareti izleyen ziyaretler, genellikle daha kısa olur ve başvuranın ihtiyaçlarına göre şekillenir (113).

2.6.3.6.İyi Bir Danışmanlık Ortamı

Güvenlik, mahremiyet, gizlilik, saygınlık, rahatlık sunan” pozitif” bir görüşme ortamının temin edilmesi, görüşmenin kesintiye uğramadan sürdürülmesini sağlayacak koşulların hazırlanması gereklidir.

Danışmanlık, ısıtma, aydınlatma koşulları uygun, hizmet ile ilgili malzeme, rehber, broşür, poster, afiş ile donatılmış, başvuranın ve danışmanın oturacağı yer ve bir masanın bulunduğu temiz bir ortamda verilmelidir. Araya bariyer koymaksızın, başvuran ile danışmanın aynı seviyede göz teması kurabilecekleri, 90° açı ile veya yüz yüze, birbirinin mahrem alanına girmeden (30-50 cm) oturabilecekleri bir oturma düzeni olmalıdır (65).

2.6.3.7. AP Danışmanlığında Ebelerin Sorumlulukları

Üreme sağlığı konusunda planlı hareket etmek isteyen her çift, öncelikle kaliteli ve etkili bir danışmanlık hizmetine ihtiyaç duyar. Bu talebe cevap vermek için danışmanlık hizmeti yanı sıra herhangi bir sağlık hizmeti sunacak sağlık personelinin de ulusal ve uluslararası normlara uygun bilgi ve becerilere dayanan programlarla eğitilmiş olması gerekir. Hizmet sunumunda görev alacak sağlık personeline danışmanlık becerisinin kazandırılması ve sürekli eğitimlerle desteklenmesi AP hizmetlerinin etkinliğini, kalitesini artıracak, toplumun sağlık düzeyini yükseltecektir (9, 114)

Bireyin doğurganlığını kontrol altına alması için gerekli bilginin ve yöntemlerin sunulması temel sağlık hakları ile ilgilidir (9). Bu hizmetler ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarında ebeler tarafından gerçekleştirilmektedir. DSÖ, Münih Deklarasyonu (2000) ile sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında ebelik hizmetlerini değerlendirerek, ebelerin üreme sağlığı ve AP hizmetlerinin merkezinde yer aldıklarını, bu nedenle üreme sağlığı konusunda oluşturulacak politikalarda ebelik hizmetlerinin önemini belirtmiştir (49).

Ebeler, eğitimleri sırasında kazandıkları danışmanlık bilgi ve becerilerinin büyük çoğunluğunu çalışma ortamındaki yetersizlikler nedeniyle kullanamamaktadır. Hizmeti sunacak ebelerin sayısal olarak yetersizliği de bir başka nedendir. 2003 yılı verilerine göre, sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan ebe sayısı 19 640 (sağlık ocaklarının

%75'inde ebe mevcut değildir), ebe başına düşen ortalama nüfus ise 3654 dır (115). AB standartlarına göre bu sayı çok fazladır. Bu durum etkili bir AP danışmanlığı için bireyin ihtiyacı olan zamanın sağlanamamasının yanı sıra bir çok sorunu da beraberinde getirebilmektedir. Hizmetlerin ulaşılabilirliği, kapsayıcılığı ve hizmet almak için başvuruların verilen hizmetten hoşnut kalmaları da yöntem kullanımını etkileyen diğer bir etkidir. Yapılan çalışmalar, yeterli danışmanlık alan kadınların hem daha yüksek oranda etkili yöntem kullandıklarını hem de yöntem memnuniyetlerinin ve kontrole gitme oranlarının yüksek olduğunu göstermiştir (116, 117, 118).

Ülkemizdeki sağlık hedeflerinden biri 2020 yılına kadar modern AP yöntemi kullanımının %70'e çıkarılmasıdır(119). Bu hedefe ulaşmak ancak ebelerin vereceği AP hizmetlerinin kalitesine dolayısıyla, danışmanlık hizmetinin varlığına ve niteliğine bağlıdır.

Kaliteli danışmanlık sonucunda yöntemi doğru kullananların sayısı artar, yöntem kullanımı daha sürekli olur, karşılaşılabilecek riskler azalır ve böylece sağlık personelinin zamanı daha etkili ve yararlı kullanılmış olur. Danışmanlık hizmetini sunacak olan personelin bu alanda sürekli eğitimlerle kendisini geliştirmesine olanak tanımak, programın başarısına katkı sağlayacaktır (120, 121).

Ebeler, üreme sağlığı ve AP hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi ihtiyacı ve kapsamlılığında, yürütülen hizmetleri yeniden değerlendirerek toplumun her kesiminin hizmetten yararlanması için kitle iletişim araçlarını etkin bir biçimde kullanmalıdır. Ayrıca üreme sağlığı ve AP sorumluluğunu geleneksel olarak kadınlara bırakan anlayışla mücadele ederek, erkeklerin katılımını arttıracak girişimlerde bulunmalıdır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Önemi ve Amacı

Bu çalışma, Türk Silahlı Kuvvetleri'ndeki er ve erbaşları; ÜS ve AP konusunda bilgilendirerek, ÜS alanındaki hizmet açığının giderilmesi için erkek katılımının artmasına katkı sağlamak amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın alt amaçları şunlardır:

1. Erlerin tanıtıcı özelliklerini, ÜS ve AP bilgi düzeylerini ve bilgi kaynaklarını saptamak.
2. Araştırmacı tarafından er ve erbaşlara, AP konusunda bilgi düzeylerini arttırmaya yardımcı olacak çeşitli eğitim materyalleri ile desteklenmiş planlı sağlık eğitiminin sonuçlarını değerlendirmek.

3.2. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, Mersin İli Erdemli İlçesi Jandarma Komutanlığında görevli er ve erbaşlara, AP konusunda verilen, planlı eğitimin bilgi düzeyine etkisini belirlemek amacı ile deneysel yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Erdemli İlçesi Jandarma Komutanlığı 1971 yılında kurulmuş olup, 110 er ve erbaş ile 49 rütbeli askeri personeli bulunmaktadır. Askerlerin burada kalma süreleri 12 aydır. Burada, hafta içi her gün 17.30 ile 19.30 arasında askeri eğitim (güvenli, silah bilgisi gibi) yapılmaktadır. Her dönem bir kez, Akdeniz Bölge Komutanlığından gelen görevlilerce, genel sağlık eğitimi (hijyen ve bağışıklama ağırlıklı) verilmektedir. Genel sağlık eğitimi konuları içinde üreme sağlığı ve AP konuları yer verilmemiştir. Askerler buraya farklı illerden acemi eğitim birliklerindeki, 3 aylık eğitimi tamamlandıktan sonra gelmektedirler.

3.5. Araştırmanın Evreni

Bu çalışmanın evrenini 2005-2006 yılında Mersin İli Erdemli İlçesi Jandarma Komutanlığında görevli olan 110 er ve erbaş oluşturmuştur. Erdemli İlçesi Jandarma Komutanlığı, Mersin il merkezine en yakın ilçe olmanın yanı sıra Mersin'e göre sayı olarak en kalabalık askeri birim olduğu için seçilmiştir.

3.6. Araştırmanın Örneklemini

Bu çalışmanın örneklemini 2005-2006 yılında Mersin İli Erdemli İlçesi Jandarma Komutanlığında görevli er ve erbaşlardan 60 kişi oluşturmaktadır. Ancak 20 er ve erbaşın emniyet ve asayiş hizmetlerinde görevli olmaları nedeni ile verilecek interaktif eğitime düzenli katılmalarının sağlanamamasından dolayı, çalışma eğitime düzenli katılabilen 40 kişi ile tamamlanmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, er ve erbaşların tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı veri toplama formu, AP eğitimi öncesi ve sonrası uygulamak üzere geliştirilen ön-test, son-test soru formu ile toplanmıştır. 1.06.2006 tarihinde er ve erbaşların tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı veri toplama formu ve ön-test soru formu uygulanmıştır. Er ve erbaşların kurs öncesi performans düzeyleri belirlendikten sonra eğitimin içeriği düzenlenmiştir. 10/11.06.2006 tarihlerinde ilk gruba, 17/18.06.2006 tarihlerinde ikinci gruba eğitim verildikten sonra son-test soru formu uygulanarak bilgi düzeylerindeki değişiklik izlenmiştir.

3.7.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Tanıtıcı özellikler özelliklerin tanımlamak amacıyla anket formu hazırlanmıştır (Ek-1). Ön-test/ son-test soru formunda ise; deneklerin, AP'na ilişkin (tanım,

kontraseptif yöntemler, etki dereceleri, olumlu ve olumsuz yönleri, kullanım kuralları vb.) bilgi düzeylerini saptamak amacıyla hazırlanmış 17 çoktan seçmeli ve 1 açık uçlu soru yer almaktadır (Ek-2).

3.7.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama formu, pilot çalışma olarak Erdemli'deki gençlik kampında bulunan 20-24 yaş grubundaki genç erkeklerden 20 kişiye 21.05.2006'da uygulanmış, alınan yanıtlar doğrultusunda geliştirilerek son şekli verilmiştir.

3.7.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması ve Değerlendirilmesi

Araştırma için Mersin Jandarma Komutanlığından gerekli izin alındıktan sonra, Erdemli Jandarma Komutanlığı ile görüşülüp erlerinde onayları alındıktan sonra uygulama için uygun günler belirlenmiştir.

Tanıtıcı özelliklerin yer aldığı veri toplama formu gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra er ve erbaşlara uygulanmıştır. Anket formu toplandıktan sonra eğitim öncesi soru formu uygulanmıştır. Bu uygulamanın değerlendirilmesi için geçen 10 gün sonunda er ve erbaşlara, günde 4 saatten 2 gün süren eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası uygulanan eğitim sonrası soru formu ile bilgi düzeylerindeki değişim değerlendirilmiştir.

Er ve erbaşlara verilen eğitimin AP bilgi düzeyleri üzerine etkisini incelemek için Independent Samples t testi kullanılmıştır. Bunun yanı sıra tanıtıcı özelliklerine göre bilgi puanları One Way Anova testi ile farklılıklar ise Post-Hoc testlerinden Tukey testi elde edilmiştir. Ayrıca tanıtıcı özelliklere ait tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Bütün bu analizler SPSS 11.5 istatistik paket programında yapılmıştır.

3.8. Eğitim Programı ve Uygulanması

Araştırmacı tarafından, programın başarıyla yürütülebilmesi amacı ile örneklem kapsamına alınan er ve erbaşların kurs öncesi performans düzeyleri belirlendikten sonra, “Kurs Taslağı”(Ek-3) ve “AP Eğitim Kitapçığı” hazırlanmıştır (Ek 4).

İnteraktif yöntemlerin kullanıldığı bir eğitim programında, grubun aktivitesini sağlamak amacıyla ideal grup büyüklüğü için ortalama 20-25 kişi önerilmektedir. Bu gerekçe ile eğitim, 20 kişiden oluşan 2 grup ile yürütülmüştür.

Eğitim öncesi uygulanan soru formu ile verileri toplanmış, araştırma grubunun ihtiyaç analizi yapıldıktan 10 gün sonra, eğitici rehberinden yararlanarak, eğitim, günde 4 saat olmak üzere 2 gün bir grup ve 2 gün diğer grupta yapılarak tamamlanmıştır. Teorik eğitim kapsamında verilen her bilgi rol play, demonstrasyon, soru-yanıt teknikleri kullanılarak pekiştirilmiştir.

Eğitim; üreme sağlığı, kadın / erkek üreme organlarının anatomi ve fizyolojisi ile kontraseptif yöntemleri içermiştir (Ek-4).

4-BULGULAR

Araştırma kapsamında er ve erbaşların tanıtıcı özellikleri, planlı eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir.

Çizelge 4. 1: Er ve Erbaşların Bazı Tanıtıcı Özellikleri (n=40)

TANITICI ÖZELLİKLERİ	Sayı	%
Yaş grupları		
20-26	17	87.5
26'nın üstü	5	12.5
Medeni durumu		
Evli	5	12.5
Bekar	17	87.5
Öğrenim düzeyleri		
İlköğretim Mezunu	15	37.5
Lise ve Önlisans Mezunu	25	62.5
En uzun süre yaşanılan yer		
Köy	5	12.5
Kasaba	5	12.5
Kent	30	75.0
Baba eğitim düzeyleri		
Okuryazar Değil	1	2.5
Okuryazar	5	12.5
İlköğretim Mezunu	24	60.0
Lise ve Üzeri	10	25.0
Anne Eğitim Düzeyleri		
Okuryazar Değil	9	22.5
Okuryazar	8	20.0
İlköğretim Mezunu	18	45.0
Lise ve Üzeri	5	12.5

Çizelge 4. 1'de araştırmaya katılan erlerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Erlerin % 87.5'i 20-26 yaşları arasında oldukları görülmektedir. Erlerin eğitim durumu

incelendiğinde ise; % 37.5'inin ilköğretim ve % 62.5'inin de lise ve ön lisans mezunu oldukları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan erlerin medeni durumuna bakıldığında, % 87.5'inin bekar olduğu görülmüştür. Erlerin % 75'i kentlerde, %25'i ise kasaba ve köyde yaşamaktadır.

Araştırmaya katılan erlerin annelerinin, % 22.5'inin okur-yazar değil, % 65'inin okur-yazar ve ilköğretim mezunu iken yalnızca %12.5'inin lise ve üzeri eğitime sahip oldukları tespit edilmiştir. Erlerin babalarının eğitim düzeylerinin ise, % 2.5'i okur-yazar değil, % 72.5'i okur-yazar ve ilköğretim mezunu, %25'i de lise ve üzeri olduğu görülmüştür.

Çizelge 4. 2: Evli Olan Erlerin AP Yöntem Kullanma ve Bu Konuda Eşleriyle Konuşma Durumları. (n=5)

	Sayı	%
AP Yöntemi Kullanma Durumu		
Kondom	3	60,0
Hap	1	20,0
Yöntem Kullanmıyor	1	20,0
AP Yöntemi İle İlgili Eşiyle Konuşma Durumu		
Konuşuyor	4	80,0
Konuşmuyor	1	20,0

Çizelge 4. 2'de, evli olan erlerin AP yöntem kullanımı ve bu konuda eşleriyle konuşma durumları görülmektedir. Araştırmaya katılan evli erlerin % 80'i etkili bir AP yöntemi kullandıklarını belirtmiştir. Ayrıca erlerin yine % 80'i AP yöntemi ile ilgili eşleriyle konuştuklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan evli erlerin %20'sinin çocuğu yok iken % 80'inin 1 ya da 2 çocuklarının olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 3: Eşlerin Sahip Olunacak Çocuk Sayısına Karar Vermelerine Yönelik Erlerin Yaklaşımları. (n=40)

Yaklaşımlar	Sayı	%
Karar vermek eşlerin elindedir	32	80,0
Karar vermek eşlerin elinde değildir	4	10,0
Bilmiyorum	4	10,0

Çizelge 4. 3' de araştırmaya katılan erlerin % 80'i sahip olunacak çocuk sayısını belirlemenin eşlerin elinde olduğunu belirtirken, erlerin %20'si de "sahip olunacak çocuk sayısını belirlemek eşlerin elinde değildir, Allah bilir, bilmiyorum" şeklinde ifade etmişlerdir.

Çizelge 4. 4: Erlerin AP Yöntemi Kullanımına Yaklaşımları. (n=40)

Yaklaşımlar	Sayı	%
AP Yöntemini Kullanması Gereken Kişi		
Erkek	3	7.5
Kadın	15	37.5
Her ikisi de	20	50.0
Bilmiyorum	2	5.0
AP Yöntemini Gerekli Görme Durumu		
Gerekli	37	92.5
Gerekli değil	1	2.5
Fikrim yok	2	5.0

Çizelge 4. 4' de erlerin % 50'sinin AP yöntemini hem kadın hem de erkek uygulamalı, %37.5'inin kadın uygulamalı şeklinde cevapladıkları görölmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan erlerin % 92.5' inin AP'nı gerekli bulduğu saptanmıştır.

Çizelge 4. 5: Erlerin AP Konusundaki Bilgilerini Özdeğerlendirme Durumları ve Bilgi Edindikleri Kaynakların Dağılımları.

	Sayı	%
Bilgilerini Özdeğerlendirme Durumları		
Yeterli	29	72.5
Yetersiz	11	27.5
Bilgi Edinilen Kaynak		
Basılı Materyal	23	57.5
TV	18	45.0
Sağlık Personeli	17	42.5
Arkadaş	17	42.5
Okul	16	40.0
Internet	16	40.0
Anne-Baba	6	15.0

Çizelge 4. 5'te araştırmaya katılan erlerin % 72.5'inin AP konusundaki bilgi düzeylerini yeterli buldukları görülmüştür. Erlerin AP konusunda bilgi edinmek için başvurdukları kaynak dağılımlarında ise; ebeveynler % 15'lik bir oranla en az başvurulan kaynak olurken, basılı materyaller % 57.5 ile en fazla yararlanılan kaynak olarak tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 6: Erlerin Cinsel İlişki Deneyimi İle AP Bilgileri Konusunda Özdeğerlendirme Durumları (n=40)

Cinsel İlişki Deneyimi	AP Konusunda Özdeğerlendirme				P=0.307 χ^2 : 1.045
	Yeterli		Yetersiz		
	sayı	%	sayı	%	
Var	23	76.7	7	23.3	
Yok	6	60	4	40	

Çizelge 4. 6'da cinsel ilişki deneyimi olan erlerin, % 76.7'sinin AP konusundaki bilgilerini yeterli buldukları görülmektedir. Benzer şekilde cinsel ilişki deneyimi olmayan erlerin de % 60'ı AP konusunda kendilerini yeterli olarak değerlendirmiştir.

Çizelge 4. 7: Cinsel İlişki Deneyimi Olan Erlerin AP Yöntemi Kullanma Durumları (n=30)

AP Yöntemi Kullanım Durumu	Sayı	%
Kullanıyor	19	63.3
Kullanmıyor	11	36.7

Çizelge 4. 7'de; cinsel ilişki deneyimi olan erlerin % 63.3'ünün AP yöntemi kullandığı görülmektedir.

Çizelge 4. 8: Erlerin En Uzun Yaşadıkları Yerleşim Yerine Göre Kullandıkları AP Yöntemleri (n=19)

En Uzun Yaşanılan Yer	Kullanılan AP Yöntemi				P = 0,393 $\chi^2 = 0.730$
	Kondom		Hap		
	Sayı	%	Sayı	%	
Köy	2	100.0	0.0	100.0	
Kasaba	0.0	100.0	0.0	100.0	
Büyük Kent	14	82.4	3	17.6	

Çizelge 4. 8’de, etkili AP yöntemi kullananların %12.5’inin köyde, % 87.5’inin kentte yaşadıkları gözlenmektedir. Ayrıca etkili AP yöntemi kullanan erlerin %82.4’ünün kondomu tercih ettikleri saptanmıştır.

Çizelge 4. 9: Erlerin Eğitim Durumlarına Göre Kullandıkları AP Yöntemleri (n=19)

Eğitim Durumları	Kullanılan AP Yöntemi				P= 0.803 $\chi^2 = 0.439$
	Kondom		Hap		
	Sayı	%	Sayı	%	
İlköğretim	4	80.0	1	20.0	
Lise	9	90.0	1	10.0	
Ön Lisans	3	75.0	1	25.0	

Çizelge 4. 9’da erlerin eğitim durumlarına göre kullandıkları AP yöntemlerinin karşılaştırılmasında, ilköğretim mezunu erlerden %80’inin, lise mezunlarının %90’ının, ön lisans mezunlarının %75’inin kondom kullanmakta olduğu görülmektedir.

Çizelge 4. 10: Erlerin AP Yöntemleri Hakkında Bilgi Alabilecekleri Sağlık Kuruluşunu Bilme ve Başvurma Durumları (n=40)

	Sayı	%
Sağlık Kuruluşunu Bilme Durumu		
Sağlık Kuruluşunu Bilmiyor	27	67.5
Sağlık Ocakları	8	20.0
Devlet Hastanesi	3	7.5
Eczane	1	2.5
Özel Klinik	1	2.5
Başvurma Durumu		
Başvuran	3	23.0
Başvurmayan	10	77.0

Çizelge 4. 10'da erlerin AP yöntemleri hakkında bilgi alabilecekleri sağlık kuruluşunu bilme ve başvurma durumlarının dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan erlerin % 67.5'inin AP yöntemi ile ilgili bilgi alınabilecek sağlık kuruluşunun olmadığını belirttikleri, %20'lik bir oranın ise sağlık ocaklarını bildikleri görülmektedir. Ayrıca AP yöntemi hakkında bilgi alabilecekleri sağlık kuruluşunu bilen erlerinde yalnızca %23'ünün sağlık kuruluşuna başvurduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 11: Erlerin Erkeklerle Yönelik AP Yöntemleri Konusunda Bilgilerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi. (n=40)

AP Yöntemleri	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı	%	Sayı	%
Geri Çekme Yönteminin Etkiliğini Değerlendirmeleri				
Etkili	25	62.5	10	25.0
Etkisiz	14	17.0	30	75.0
Bilmiyorum	1	2.5	0	0.0
Vazektomiyi Bilme Durumları				
Biliyor	6	15.0	38	95.0
Bilmiyor	34	85.0	2	5.0
Acil Kontrasepsiyon				
Biliyor	16	40.0	40	100.0
Bilmiyor	24	60.0	0	0.0
Kondom Kullanımı				
Biliyor	38	95.0	40	100.0
Bilmiyor	2	5.0	0	0.0

Çizelge 4.11’de erlerin erkeklere yönelik AP yöntemleri konusunda bilgi düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesi verilmiştir. Erlerin % 62.5’i eğitim öncesi geri çekme yöntemini etkili bulurken, eğitim sonrası % 75’inin geri çekme yönteminin etkisiz olduğunu öğrendikleri belirlenmiştir. Yine eğitim öncesi erlerin vazektomiyi bilme oranları % 15 iken, eğitim sonrası bu oran %95’e çıkmıştır. Acil kontrasepsiyonu bilenlerin oranı ise; eğitim öncesi % 40 iken eğitim sonrası % 100 dür. Erler tarafından eğitim öncesi % 95 ile en çok bilenen kondom kullanımı, eğitim sonrası % 100 olmuştur.

Çizelge 4. 12: Erlerin Kadınlara Yönelik AP Yöntem Bilgilerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi. (n=40)

Kadına Ait AP Yöntemi	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı	%	Sayı	%
Haplar				
Biliyor	15	37.5	37	92.5
Bilmiyor	25	62.5	3	7.5
Mini Haplar				
Biliyor	1	2.5	20	50.0
Bilmiyor	39	98.5	20	50.0
Enjeksiyon Yöntemi				
Biliyor	5	12.5	24	60.0
Bilmiyor	17	87.5	16	40.0
Rahim İçi Araç				
Biliyor	14	17.0	32	80.0
Bilmiyor	26	75.0	8	20.0
Tüpligasyon				
Biliyor	23	57.5	34	85.0
Bilmiyor	17	42.5	6	15.0
Kadın Kondomu				
Biliyor	5	12.5	29	72.5
Bilmiyor	17	87.5	11	27.5

Çizelge 4. 12’de erlerin kadınlara yönelik AP yöntemleri konusunda bilgi düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrası durumları görülmektedir. Araştırmaya katılan erlerin kadınların kullandıkları AP yöntemlerinden, eğitim öncesi hapları % 37.5’i, mini hapları % 2.5’i, enjeksiyonu % 12.5’i, RİA % 17’i, tüpligasyonu % 57.5’i, kadın kondomunu % 12.5’i biliyorken, eğitim sonrası; hapları % 92.5’inin, mini hapları % 50’sinin, enjeksiyonu % 60’ının, RİA’ı % 80’inin, tüpligasyonu % 85’inin, kadın kondomunu % 72.5’inin bildiği tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 13: Erlerin Kadın Sağlığı Açısından Uygun Doğurganlık Davranışını Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilme Durumları (n=40)

Bilgi	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı	%	Sayı	%
20-17 yaşın gebelik için uygun olması				
Biliyor	21	52.5	40	100.0
Bilmiyor	19	47.5	0	0.0
Güvenli gebelik sayısının en fazla 4 olması				
Biliyor	9	22.5	38	95.0
Bilmiyor	31	77.5	2	5.0
İki gebelik arasında en az 2 yıl olması				
Biliyor	20	50.0	38	95.0
Bilmiyor	20	50.0	2	5.0

Çizelge 4. 13'te erlerin kadın sağlığı açısından uygun doğurganlık davranışını bilme durumlarının eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesi verilmektedir. Erlerin gebelik için uygun anne yaş sınırının 20 ile 17 yaş arasında olması gerektiğini eğitim öncesi % 52.5'i bilirken, eğitim sonrası % 100 olmuştur. Gebelik sayısının 4'ten fazla olmasının kadın sağlığını olumsuz etkilediğini eğitim öncesi % 22.5'i bilirken eğitim sonrası % 95'i bilmıştır. Ayrıca erlerin, iki gebelik arasında en az 2 yıl olması gerektiğini eğitim öncesi % 50'si biliyor iken eğitim sonrası bu oran % 95'i bulmuştur.

Çizelge 4. 14: Erlerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bilgi Puan Ortalamaları

Sonuçlar	Sayı	Mean ± SD	P=0.0001
Eğitim Öncesi	40	7.05 ± 3.05	
Eğitim Sonrası	40	16.40 ± 2.8	

Çizelge 4. 14'te, erlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Erlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (p=0.0001).

Çizelge 4. 15: Erlerin Cinsel İlişki Deneyimlerine Göre Eğitim Öncesi Bilgi Puan Ortalamaları

(n=40)

Cinsel İlişki Deneyimi	Sayı	Mean ± SD	P=0.063
Var	30	7.57±3.10	
Yok	10	5.50±2.41	

Çizelge 4. 15'te, cinsel ilişki deneyimi olan ve olmayan erlerin AP yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyleri arasında fark görülmemektedir (p= 0.063).

Çizelge 4. 16: Erlerin Öğrenim Durumlarına göre AP Konusunda Eğitim Öncesi Bilgi Puan Ortalamaları

Öğrenim Durumları	Sayı	Mean ± SD	P=0.0001
İlköğretim	15	5.33±2.66	
Lise	19	7.26±2.64	
Ön lisans	6	10.67±1.75	
Toplam	40	7.05±3.05	

Çizelge 4. 16'da erlerin öğrenim durumlarına göre eğitim öncesi bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0.0001). Farklılıklara bakıldığında ise; İlköğretim mezunları ile ön lisans mezunları arasında (p= 0.0001) ve lise mezunu ile ön lisans mezunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (p= 0.019) gözlenmiştir.

Çizelge 4. 17: Eğitim Düzeyi İle Bilgi Kazanç Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	Sayı	Mean ± SD	P=0.523
İlköğretim	15	9.47±2.69	
Lise	19	9.58±2.32	
Ön lisans	6	8.33±1.37	
Toplam	40	9.17±2.34	

Çizelge 4. 17’de araştırmaya katılan erlerin eğitim sonrası bilgi düzeylerindeki artışın, erlerin eğitim düzeyleri ile karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür (p=0.523).

Çizelge 4. 18: Erlerin Yaşadıkları Yere Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=40)

Yaşanılan Yer	Sayı	Eğitim Öncesi Mean ± SD	Eğitim Öncesi P Değeri	Eğitim Sonrası Mean ± SD	Eğitim Sonrası P Değeri
Köy	5	6.0±2.00	0.113	15.4 ± 2.30	0.231
Kasaba	5	4.8±3.27		14.8± 3.17	
Kent	30	7.6±3.02		16.8 ± 2.74	

Çizelge 4. 18’de erlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puanlarına göre en uzun süre yaşadığı yer karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda ayrıca erlerin annelerinin eğitim düzeyleri ile eğitim öncesi bilgi puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0.008). Aynı şekilde babalarının eğitim düzeyleri ile eğitim öncesi bilgi puanları arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır (p= 0.045).

Çizelge 4. 19: Erlerin Medeni Durumları ve AP Yöntemi Kullanımları ile Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=40)

	Sayı	Eğitim Öncesi Mean ± SD	Eğitim Öncesi P Değeri	Eğitim Sonrası Mean ± SD	Eğitim Sonrası P Değeri
Medeni durumları					
Evli	5	7.80±2.8	0.564	16.80±3.56	0.738
Bekar	17	6.94±3.10		16.34±2.74	
AP Yöntemi Kullanımı					
Kullanıyor	19	7.95±2.95	0.387	16.89± 2.64	0.568
Kullanmıyor	11	6.91±3.39		16.27±3.16	

Çizelge 4. 19’da erlerin medeni durumlarına göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıca, erlerin ilişki sırasında AP yöntemi kullanıp kullanmamalarına göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Çizelge 4. 20: Erlerin AP Yönelik Yaklaşımları ile Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=40)

Yaklaşımları	Sayı	Eğitim Öncesi Mean ± SD	Eğitim Öncesi P Değeri	Eğitim Sonrası Mean ± SD	Eğitim Sonrası P Değeri
Çocuk Sayısını Belirlemeye Yönelik					
Eşlerin Elinde	32	7.78± 2.94	0.0001	17.19±2.23	0.0001
Eşlerin Elinde Değil	8	4.13±1.25		13.25±2.82	
AP Yöntemini Uygulaması Gereken Kişiye Yönelik					
Erkek	3	4.33±2.31	0.246	15.00±4.00	0.713
Kadın	15	6.80±2.93		16.53±1.81	
Her ikisi de	20	7.80±3.19		16.65±3.33	
Bilmiyorum	2	5.50±.70		15.00±2.83	

Çizelge 4. 20’de sahip olunacak çocuk sayısını belirlemenin eşlerin elinde olduğunu düşünen erlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları, çocuk sayısını belirlemenin eşlerin elinde olmadığını düşünen erlere göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır. Aynı çizelgede erlerin AP yöntemini uygulaması gereken kişiye yönelik yaklaşımları ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı görülmektedir.

5-TARTIŞMA

Bu bölümde er ve erbaşların tanıtıcı özellikleri ile AP bilgi düzeyleri ve verilen interaktif AP eğitiminin etkinliği tartışılacaktır.

Araştırma kapsamına alınan er ve erbaşların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde (Çizelge 4. 1) % 87.5'inin 20-26 yaşları arasında oldukları görülmektedir. Bu yaştaki genç erkeklerin, cinsel olarak aktif bir dönemde olmaları, CS/ÜS gereksinimi yönünden kritik bir dönem olması nedeniyle bu yaş grubuna verilen eğitim önemlidir. Gençler hazır olmadıkları bir dönemde yaşadıkları korunmasız cinsel ilişki ile bağlantılı olarak birçok sağlık sorunu yaşayabilmektedirler. Tüm dünyada, CYBH en çok 20-24 yaş grubunda, daha sonra 15-19 ve 25-29 yaş gruplarında görülmektedir. Cinsel yönden aktif dönemde bulunan gençlerde sağlıklı cinsel yaşam önem taşımaktadır(122). Ülkemizde AP ve CYBH hakkında bilgiler, daha çok evli aile bireyleri, erişkin yaş grupları ve kadınlar üzerinde yoğunlaşmıştır (35). Sağlık Bakanlığı'nın 20 Aralık 2005 tarihinde Ankara'da yapmış olduğu Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı Tanıtım toplantısında; Gençlerin CS/ÜS sorunlarına dikkat çekilmiş, erkeklerin, başta AP olmak üzere , tüm CS/ÜS ile ilgili karar ve uygulamalara katılımının ve sorumluluk üstlenmesinin sağlanması (erkek katılımı) hedeflenmiş ve bunun için TSK ile iş birliği yapılarak silah altındaki erlere yönelik davranış değişikliği iletişimi çalışmaları yapılması planlanmıştır (34). Bu açıdan çalışmamız ülkemizdeki genç erkeklere yönelik CS/ÜS programlarına paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda erlerin eğitim durumu incelendiğinde; % 12.5 ilkokul, %25 ortaokul, % 62.5'inin lise ve üzeri eğitime sahip oldukları saptanmıştır (Çizelge 4. 1). Türkiye' de 20-24 yaş grubu erkeklerin eğitim düzeylerine baktığımızda % 33 ilkokul, % 15.7 ortaokul, % 47.6' sının lise ve üzeri olduğu gözlenmektedir (17). Bu verilere kıyasla araştırma grubumuzda yer alan erlerin eğitim düzeylerinin, ülke popülasyonuna göre yüksek olduğu gözlenmektedir.

Anne eğitim düzeylerine baktığımızda % 22.5'i okur-yazar değil, % 65'i okur-yazar ve ilköğretim mezunu iken yalnızca %12.5'i lise ve üzeri eğitime sahiptir. Baba

eğitim düzeyleri ise, % 2.5'i okur-yazar değil, % 72.5'i okur-yazar ve ilköğretim mezunu iken % 25'i lise ve üzeri eğitimleri olduğu gözlenmiştir.

Erlerin anne ve babalarının eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında, annelerin eğitim düzeylerinin babalarınınkine göre daha düşük olduğu fark edilmektedir. TNSA 2003'e göre eğitim cinsiyet farklılığı endeksine (ECFE) hem ilköğretim hem de lise eğitim seviyeleri için, ilköğretim seviyesinde 0.92, lise seviyesinde ise 0.78 olarak hesaplanmıştır. Kent-kır ayırımına göre bakıldığında, ECFE farklılığı ilköğretim seviyesinde çok az iken, lise seviyesinde ciddi şekilde artmaktadır. ECFE' de bölgeler arasında ciddi farklılıklar bulunmaktadır. ECFE değerleri, özellikle Doğu'da yaşayan kız çocuklarının daha dezavantajlı bir konumda olduklarını göstermektedir. Erkek ocuklar arasında okula devam etme oranları kız çocuklarına göre yüksektir. Cinsiyetler arasındaki eğitim farklılığı yaş ile birlikte artmakta ve özellikle ilköğretimin birinci basamağı sonrasında (11-24 yaş grubunda) farklılık daha da büyümektedir.

Kentsel alanlarda yaşayan erkekler arasında ortanca eğitim süresi 4.5 yıl, kadınlarda ise 4 yıldır. Erkek ve kadın arasındaki farklılık kentsel alanlarda daha belirgindir: Ortanca eğitim süresi erkekler için 5.4 yıl kadınlar için ise 4.5 yıldır. Eğitime katılım açısından erkek ve kadınlar arasında gözlemlenen farklılıklar Doğu Bölgesi'nde en büyük; Batı Bölgesi'nde ise en azdır. Doğu'da erkeklerin % 85'i herhangi bir eğitim almışken, bu oran kadınlar arasında sadece % 61'dir. Batı'da ise aradaki farklılık azalmaktadır: Erkeklerin % 95'i kadınların ise % 85'i herhangi bir eğitim almışlardır (17).

Çalışmamızda, evli olan erlerin % 80'i etkili bir AP yöntemi kullandığını, % 20'si ise yöntem kullanmadığını belirtmektedirler (izelge 4. 2). TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de modern yöntem kullanımı % 42.5'dir (17). Araştırma grubumuzdaki evli erlerin etkili AP yöntemi kullanımının ülke popülasyonundan yüksek olmasının, örneklem sayısının az olması, genç ve eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinin 2002 sağlık istatistik verilerine göre; Amerika'da kondom kullanımı % 90, hap kullanımı % 82, genel olarak yöntem kullanımı % 98 olarak belirtilmiştir (123). Bu veriler bizim bulgularımıza benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda erlerin AP yöntemi ile ilgili eşiyle konuşma durumu incelendiğinde ise % 20'sinin konuşmadığı, % 80'i konuştuğu görülmüştür. Bu

çalışmada gözlenen güçlü iletişimin aksine 1998 TNSA verilerine göre evli erkeklerin % 4.4'ü eşi ile diyaloga sahip olduklarını beyan etmişlerdir (26). Sri Lanka'da eşler arasındaki iletişimin AP yöntem kullanımı ve doğurganlık üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, eşlerin sadece % 7'sinin ilk çocuklarının doğumundan önce AP konusunda konuştukları, ilk çocuğun doğumundan sonra % 25'e yükseldiği, ikinci çocukta % 50'lere ulaştığı belirtilmiştir. Eşler arasında AP konusunda iletişimin eğitim düzeyi arttıkça arttığı saptanmıştır (124). Araştırma grubumuzu oluşturan evli erlerin eşleri ile iletişimlerinin güçlü olmasında, % 80'inin eğitim düzeyinin lise ve üzerinde olmasının etken olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada erlerin % 80'i sahip olunacak çocuk sayısını belirlemeye yönelik olumlu yaklaşım gösterirken, % 20'sinin yaklaşımı çocuk sayısını belirlemek eşlerin elinde değil, Allah bilir, bilmiyorum şeklinde olması (Çizelge 4. 3) Türk toplumunda yer alan kaderci yaklaşımın bir göstergesi olduğu düşünülmektedir. Elde edilen sonuç Alacalıoğlu'nun 2000 yılında Ankara'da lise son sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmaya benzerlik göstermektedir. Sözü edilen çalışmada öğrencilerin % 72'si sahip olunacak çocuk sayısını belirlemenin eşlerin elinde, % 28'i ise elinde olmadığı şeklinde cevaplandırmışlardır (41).

Erlerin AP yöntemlerini eşlerden kimin uygulaması gerektiğine yönelik yaklaşımları ise; % 50'si AP yöntemini hem kadın hem de erkek uygulamalıdır, % 37.5'i kadın uygulamalıdır, % 7.5'i ise erkek uygulamalıdır şeklindedir (Çizelge 4. 4). Erkeklerin AP yöntemi kullanımına ilişkin negatif tutumların oluşmasına, tutucu cinsiyet rolleri ile gebelikten korunma sorumluluğunun tamamen kadına ait olduğu inancı etken olmaktadır. Ayrıca erkeklerin istenmeyen gebeliği bir problem olarak algılamamaları, özellikle genç erkeklerin gebelik riski ve AP yöntemlerine ait bilgilerinin eksik olması da oldukça önemli olan diğer etkenlerdir (93). Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin büyük bölümü AP onaylamakta, sorumluluğu çiftlerin paylaşması gerektiğini belirtmekte, buna karşın yöntemleri kadınların kullanması gerektiğine inanılmaktadır. Dolayısıyla AP konusundaki olumlu tutumlarının aksine davranış düzeylerinde bir farklılık gözlenmemektedir (123). Evli erkeklerle yapılan bir araştırmada aile planlamasının sorumluluğunun ait olduğu eş sorulduğunda, araştırma grubunun % 56.9'u bu sorumluluğun eşlerden her ikisine, % 32.3'ü kocaya, % 10.8'i kadına ait olduğunu belirtmiştir (125). Bu çalışmada katılımcıların yarısının, AP

sorumluluğunun eşlerin her ikisine ait olduğunu düşünmeleri açısından çalışmamıza benzerlik göstermekle birlikte sorumluluğun yalnızca erkek yada yalnızca kadına ait olduğu yaklaşımlarında farklılık gözlenmektedir.

Çizelge 4. 4'te, erlerin % 92.5' inin AP'nı gerekli bulduğu görülmüştür. Antalya'da lise son sınıf öğrencileriyle yapılan çalışmada da öğrencilerin % 93'ünün AP'nı gerekli bulması, sayısal olarak bu araştırmaya benzerlik göstermektedir (126). Kadınlarla yapılan başka bir çalışmada (127), AP'nı % 90 oranında gerekli buldukları, Marmara Üniversitesi yapılan başka bir araştırmada da öğrencilerin % 79.5'inin gerekli bulduğu saptanmıştır (128). Bu da göstermektedir ki, yıllardır üreme sağlığı alanında verilen hizmetler sonucu toplumda AP'nın önemi ve gerekliliği konusunda farkındalık artmıştır.

Araştırmaya katılan erlerin % 72.5'i AP konusunda sahip oldukları bilgi düzeylerini yeterli olarak değerlendirmişlerdir (Çizelge 4. 5). Araştırma grubumuzu oluşturan erlerin eğitim öncesi bilgi puan ortalamalarına baktığımızda (20 puan üzerinden ortalamaları 7.05'tir) özdeğerlendirmelerinin fazlasıyla iyimser bir yaklaşım içinde olduğu görülmektedir.

Ege Üniversitesinde akran grupları ile yapılan bir çalışmada, akranların bilgi düzeylerine ilişkin özdeğerlendirme durumları incelendiğinde; öğrencilerin % 6'sı bilgi düzeyini çok yeterli, % 24'ü yeterli, % 46.4' ü kısmen yeterli, % 21.6'sı yetersiz, % 2'si ise çok yetersiz bulduğunu belirtmiştir (129). Başka bir çalışmada AP eğitimi öncesi, öğrencilerin AP tanımlarını bilme durumları incelendiğinde, eğitim öncesi AP'nın tanımını bilenlerin oranı %6.9, yöntemleri bilenlerin oranının ise % 34.5 olduğu belirtilmiştir (130). Akın ve Özvarış (131)'in 3666 üniversite öğrencisiyle yaptıkları araştırmada, üniversite gençliğinin % 85'inin CS/ÜS konusunda herhangi bir hizmet almadıkları belirlenmiştir. Çalışmamız ve anılan diğer araştırmalar da, gençlerin CS/ÜS bilgi açığı ve hizmet gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Ülkemizde cinsellikle ilgili bilgilerin okul eğitim programlarına alınmasında çekingen davranılmış, toplumun, özellikle anne-babaların tepkisinden kaygı duyulmuştur. Oysa Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün, beş kentin gecekondü bölgelerinde anne-babalarla yaptığı araştırmada, ilköğretim kapsamında nasıl gebe kalındığı, AP, CYBH ve AIDS gibi konuların öğretilmesini % 80 oranında doğru buldukları saptanmıştır (132).

Araştırmamızda, erlerin AP konusunda bilgi edinmek için başvurdukları kaynak dağılımlarında ise; ebeveynler % 15'lik bir oranla en az başvurulan kaynak olurken, basılı materyaller % 57.5 ile en fazla yararlanılan kaynak olarak tespit edilmiştir. Basılı materyalleri, % 45 ile TV ve üçüncü sırada da % 42.5 ile arkadaşlardan edinilen bilgi takip etmektedir (Çizelge 4. 5).

Hacettepe Üniversitesi'nden 1789, Dicle Üniversitesi'nden 1877 öğrenci ile yapılan çalışma sonuçlarına göre her iki grup da ÜS/CS konusundaki bilgilerini çoğunlukla kitaplar, dergiler ile akran ya da arkadaşlarından aldıkları saptanmıştır (131). Yurt dışında yapılmış çalışmada en yaygın cinsel eğitim kaynağı olarak (%83.9) konferanslar gösterilmiştir (133). Başka bir çalışmada öğrencilerin CYBH hakkında bilgi edinme kaynağı olarak % 77.3'ünün gazete ve dergileri, % 72.3'ü televizyonu, % 49.2'u arkadaşlarını, % 24'ü kitapları, % 20.3'ü ailesini belirtirken % 4.6'sı ise hiçbir bilgisinin olmadığı belirlenmiştir (134). Coşkun ve ark. (135), çalışmalarında öğrencilerin cinsellik ve AP'na ilişkin bilgi edinmek için başvurdukları kaynakların başında basılı materyallerin ve arkadaşın geldiği saptanmıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızda elde edilen bulguları desteklemektedir.

Gençlerin üreme sağlığı bilgi kaynaklarının farklı olduğu bilinmektedir. Üniversite öğrencilerinde bilgi kaynaklarında arkadaş, anne ve baba çok daha arka planlarda kalmaktadır ve yazılı materyal daha ön sıralara geçmektedir. Sosyoekonomik durum yükseldikçe de bilgi kaynaklarının sıralamasının değiştiği görülmektedir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki gençler tarafından yazılı bilgi kaynaklarının daha fazla kullanıldığı vurgulanmaktadır (48). Çalışmamızda da er ve erbaşların bilgi edinmek için daha yüksek oranda yazılı materyalleri kullanmaları, eğitim düzeyinin yüksek olmasından (% 62.5 lise ve üzeri) kaynaklandığı düşünülmektedir.

Nevşehir'de yapılan bir araştırmada, ÜS bilgilerini kadınların % 75.4'ünün sağlık kurumlarından, % 17.2'sinin televizyon, radyo ve gazetelerden, % 7.5'inin arkadaşlarından aldıklarını ifade ederken, erkeklerin % 46.5'i televizyon, radyo ve gazetelerden, % 33.3'ü sağlık kurumlarından, % 12.4' ü kitaplardan elde ettiklerini belirtmişlerdir. Erkeklerin eğitim düzeyleri ve sosyo-ekonomik statüleri yükseldikçe televizyon, radyo, gazete, kitap ve internetten bilgi edinmeleri artmaktadır (136).

AP hakkında bilgi kaynaklarının çeşitlendirilmesi, bilgi kaynaklarına erişimin kolaylaştırılması, sunulan hizmetlerin farklı eğitim ve gelir seviyelerindeki kadın ve

erkeklerle göre yeniden gözden geçirilmesi şüphesiz kadın ve ana-çocuk sağlığı konusunda daha bilinçli bireylerin yetişmesine katkıda bulunacaktır.

Çizelge 4. 6'da cinsel ilişki deneyimi olan erlerin, % 76.7'sinin AP konusundaki bilgilerini yeterli buldukları görülmektedir. Benzer şekilde cinsel ilişki deneyimi olmayan erlerin de % 60'ı AP konusunda kendilerini yeterli olarak değerlendirmiştir. Her ne kadar cinsel deneyimi olan bireylerin AP konusunda öz değerlendirmelerinde, deneyimsiz olanlardan yüksek olması beklense de, bu araştırmada cinsel aktivasyonun varlığı erlerin AP konusunda bilgilerine olan güvenini etkilememektedir. Bu karşılaştırma istatistiksel olarak da anlamsızdır (p=0.307).

Çizelge 4. 7'de; cinsel ilişki deneyimi olan erlerin % 63.3'ünün AP yöntemi kullandığı görülmektedir. Meksika'da tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinde yapılan bir araştırmada; kızların % 83'ünün AP yöntemi kullandığı saptanmıştır (137). Celal Bayar Üniversitesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da cinsel ilişkilerinde erkeklerin % 60.5'i ve kızların % 78'i bir AP yöntemi kullanmıştır (138). Bu çalışmalar yöntem kullanım açısından çalışmamıza benzerlik göstermektedir.

Çizelge 4. 8'de, etkili AP yöntemi kullananların %12.5'inin köyde, % 87.5'inin kentte yaşadıkları gözlenmektedir. Ayrıca etkili AP yöntemi kullanan erlerin % 82.4'ünün kondomu tercih ettikleri saptanmıştır. Kentte yaşayanların, köyde yaşayanlara göre yöntemlere daha kolay ulaşmaları bu farklılıkta etkili olduğu düşünülmektedir. Aydın da yapılan farklı bir çalışmada da son üç ay içerisinde kullanılan yöntemler incelendiğinde, kondom en çok (% 53.7) kullanılan yöntem olarak bulunmuştur (139). Kamerun, Güney Afrika, Tanzania ve Uganda, Malawi, Kenya ve Zambiya gibi bazı ülkelerde yapılan araştırmalarda, sürekli olmayan eşlerle kondom kullanım oranlarının artmış olduğu gözlenmektedir. Gençlerin güvenli olmayan cinsel ilişki sıklığının artması ile birlikte kondom kullanım oranları artış göstermektedir (140).

Çizelge 4. 9'da erlerin eğitim durumlarına göre kullandıkları AP yöntemlerinin karşılaştırılmasında, ilköğretim mezunu erlerden % 80'inin, lise mezunlarının % 90'ının, ön lisans mezunlarının % 75'inin kondom kullanmakta olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan bir araştırmaya katılan liseli erkek öğrencilerin beşte biri ve üniversiteli erkek öğrencilerin dörtte biri kondom kullandıklarını ifade etmişlerdir (141). Ukrayna'da 1. sınıf tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada, erkek ve kız öğrencilerin cinsel deneyimlerinde en sık kullanılan kontraseptif metodun,

kondom olduğu belirtilmiştir (142). Üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin % 52.9'unun kondom kullandığı belirlenmiştir (143). Bizim araştırmamızda da modern yöntem kullanım yüzdesinin yüksek olmasında, erlerin % 62.5'inin lise ve üzeri eğitime sahip olmalarının yanı sıra cinsel olarak aktif olan gençlerin CYBH konusunda güvenle kullanabilecekleri tek yöntemin kondom olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çizelge 4. 10'da erlerin AP yöntemleri hakkında bilgi alabilecekleri sağlık kuruluşunu bilme ve başvurma durumlarının dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan erlerin % 67.5'inin AP yöntemi ile ilgili bilgi alınabilecek sağlık kuruluşunun olmadığını belirttikleri, % 20'lik bir oranın ise sağlık ocaklarını bildikleri görülmektedir. Ayrıca AP yöntemi hakkında bilgi alabilecekleri sağlık kuruluşunu bilen erlerinde yalnızca % 23'ünün sağlık kuruluşuna başvurduğu tespit edilmiştir. Birçok araştırmanın sonuçlarına göre sağlık ocaklarına başvuranların yaklaşık dörtte üçünü kadın ve çocukların oluşturduğu saptanmıştır (135, 139). Ülkemizde sağlık ocaklarından yeterli ölçüde yararlanılmadığı bilinmektedir (144). Çeşitli çalışmalarda, kişilerin bilgi, tutum ve beklentilerinin yanı sıra içinde yaşadığı toplumun sosyoekonomik ve kültürel yapısından kaynaklanan etkenlerin sağlık hizmetlerini kullanmayı etkilediği ortaya konmuştur (145). Bu konuda yapılan farklı bir çalışmada da sağlık birimine başvurma nedenleri arasında, ilaç yazdırma ilk sıradadır. AP hizmeti almak içinse başvuru çok daha azdır (146). Ayrıca ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık kuruluşlarının yapıları ve hizmet verdiği gruplar incelenecek olursa özellikle birinci basamak hizmetler açısından gençlere yönelik hizmet birimlerinin yeterli olmadığı da açıktır. Sonuç olarak çalışmamızda ve anılan çalışmalarda benzer şekilde sağlık kuruluşlarını bilme ve başvurma oranı oldukça düşük bulunmuştur.

Türkiye'de üreme sağlığı alanında hizmetlerin kullanılabilirliği ve erişebilirliğinin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi amacıyla "Türkiye Üreme Sağlığı Programı"2003 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Programın öncelikli alanlarından birisi de 2007 yılına kadar, 10-24 yaş arası gençler için CS/ÜS hizmet sunumu ve bu hizmetlere talebin artırılmasıdır. Türkiye'de SB'na ait çoğu sağlık kuruluşunda gençlere özel yaygın bir hizmet sunumu yoktur. SB'da 2002 yılında adölesan sağlığını geliştirmek amacıyla göçün artmış olduğu 10 büyük ilde 16 Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Merkezi (GDSHM) açılması öngörülmüştür. Birinci basamak sağlık

kuruluşlarında gençler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin yanı sıra personelin, gençlerin ihtiyaçlarına daha duyarlı hale getirilmeleri de amaçlanmıştır. Danışmanlık veren ekip eğitilmiş uzman ya da pratisyen hekim, ebe, hemşire, psikolog ve diyetisyenden oluşmuştur. UNFPA ve UNICEF eğitimde SB'na destek vermektedir. Adana, Ankara, İzmir, Antalya, Bursa, Diyarbakır ve Gaziantep illerinde Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Merkezleri açılmıştır. Afyon, Konya ve Manisa hizmet sunmaya hazırlanan illerdir. Eğitimlerin standardizasyonu çalışmaları sürdürülmektedir. Kaynak kitaplar, rehberler ve broşürlerin bazıları basılmıştır (48, 147).

Modern kontraseptif yöntemlerinin varlığına rağmen, geleneksel yöntemlerin korunmak amaçlı kullanımı toplumumuzda önemli bir yere sahiptir. Türkiye'de modern yöntem kullanım oranı % 42.5 iken, geleneksel yöntem kullanımı % 28.5'tir. Geleneksel yöntemler arasında en yaygın olarak %26.4 ile geri çekme yöntemi gelmektedir. (17). Araştırmamızda da erlerin, % 62.5'inin eğitim öncesi geri çekme yöntemini etkili bulduğu belirtirken bu oran eğitim sonrası % 25'e düşmüştür (Çizelge 4.11). Geri çekme yöntemi, eşler arasında uyum, disiplin ve motivasyon gerektiren bir yöntemdir. Finger ve ark. tarafından yapılan çalışmada bazı sosyokültürel yapıya sahip ülkelerde geri çekme yönteminin kullanımı araştırılmış ve geri çekme yöntemini tercih edenlerin oranı, Romanya'da % 17, Çekoslovakya'da % 24 iken Türkiye'de bu oran % 27 olarak bildirilmiştir (148). Araştırmamızda erlerin geri çekme yöntemine olumlu yaklaşım içerisinde olduğu gözlenmektedir. Ülkemizde yapılmış bir çok çalışmada da, geri çekme yöntemi uygulayanların çoğunluğunun bu yöntemi etkin bir yöntem olarak düşündükleri gözlenmiştir (32, 149, 150). Araştırmamızda verilen interaktif eğitim sonrası erlerin % 75'inin geri çekme yönteminin etkisiz olarak değerlendirdikleri gözlenmiştir (Çizelge 4.11). Bu nedenlerle erkeklerin AP ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden yararlandırılması etkin yöntemlerle birlikte etki derecesi sınırlı yöntemlere ilişkin bilgilendirmenin yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Araştırmamızda eğitim öncesi erlerin sadece % 15'i vazektomiye bilirken, eğitim sonrası bu oranın % 95'e çıktığı gözlenmiştir (Çizelge 4.11). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da öğrencilerin % 58.5'i vazektomiye bilmediğini ifade etmiştir (138). Ülkemizde, cerrahi sterilizasyonun isteğe bağlı yapılması konusunda yasal düzenleme 1983 yılında yapılmıştır. Ancak AP yöntem seçenekleri içerisinde

bugüne kadar yeterince sunulmadığı için geniş hedef gruplarınca bilinmediği görülmektedir. Ülkemizde az tercih edilen bir yöntem olmakla birlikte en etkili kontraseptif yöntemlerden birisidir. Üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini belirlemek üzere 1994 yılında Türkiye’de seçilmiş kuruluşlarda yapılan, Üreme Sağlığı Durum Analizi Araştırması sonuçlarına göre kalıcı yöntemlerin (kadın ve erkek sterilizasyonu) sadece hastanelerde sunulabildiği ve tüm kuruluşlara yeterince yaygınlaştırılmamış olduğu saptanmıştır (50). Kadın sterilizasyonu genellikle hastanede yatırılarak yapılırken vazektomi hizmetleri ancak birkaç kuruluşta sunulabilmektedir. Meksika’da yapılan bir araştırmada, tüpligasyonlu kadınların vazektomili erkeklerden 25 kat fazla olduğu gösterilmiştir. Bunun nedenleri sorgulandığında, vazektomi cerrahisine ilişkin eğitim eksikliğinin yöntemin sınırlı kullanımına neden olduğu saptanmıştır. Sağlık personelinin eğitilmesi ile Meksika’da vazektomi kullanımı artmıştır (151).

Araştırmamızda erlerin acil kontrasepsiyonu bilinme oranı eğitim öncesi % 40 iken eğitim sonrası % 100 olarak tespit edilmiştir (Çizelge 4.11). Gülhane Hastanesi AP ünitesinde 644 katılımcıya anket uygulanarak gerçekleştirilmiş olan çalışmada acil kontrasepsiyonu doğru olarak bilenlerin oranı %17.5 bulunmuştur (152). Başka bir çalışmada bu oran %11.7 olarak tespit edilmiştir (153). Hemen her ülkede acil kontrasepsiyon kullanımı kısıtlıdır. Hizmet sunucuların bilgi eksiklikleri, AP polikliniklerinde rutin danışmanlık hizmetlerinde acil kontrasepsiyonun olmaması, bilgi düzeyinin potansiyel kullanıcılar arasında da düşük olması, acil kontrasepsiyonun etkili kullanımında temel engelleri oluşturmaktadır. Araştırmamızda erlerin eğitim öncesi acil kontrasepsiyon bilgilerinin bu kadar düşük olmasında sözü edilen faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. DSÖ acil kontrasepsiyonun, birçoğu güvenli olmayan düşüklerle sonuçlanan ve kadın sağlığına büyük zarar veren istenmeyen gebeliklerin önlenmesine katkı sağlayacağını belirtmektedir. Ayrıca acil kontrasepsiyonun istemli düşüklüğü %60 oranında azaltma potansiyeli belirtilmektedir (154). Acil kontrasepsiyon danışmanlığı, tüm AP danışmanlık programlarına dahil edilmelidir. Danışmanlık sırasında acil kontrasepsiyon hakkında bilgi verilmeli, yöntemi nasıl elde edebileceği anlatılmalı, bazı durumlarda, özellikle kondom ve diyafram kullananlara gerektiğinde yararlanmaları için önceden verilmelidir (155).

Araştırmamızda erlerin eğitim öncesi en iyi bildikleri yöntemin % 95 ile kondom kullanımı olduğu ve eğitim sonrası bilgi düzeylerinin % 100’e çıktığı

görülmüştür (Çizelge 4.11). Marmara Üniversitesi'nin çeşitli fakültelerinde yapılan bir araştırmada kondom kullanımını bilme oranı % 92.5 olarak belirtilmiştir (128). Araştırmamıza benzer bir çalışmada, kondom kullanım bilgisi eğitim öncesi % 73.9 iken eğitim sonrasında % 100 olarak bulunmuştur (156). Gençler aktif olarak cinsel yaşamlarına başladıklarında CYBH ve istenmeyen gebeliklere karşı korunma gereksinimleri vardır. Bu gereksinimi karşılayabilecek en iyi yöntem kondom kullanımınıdır. Genç erişkin erkeklerle yapılan bir başka araştırmada katılımcıların % 86.5'i her kondomun bir defa kullanılabilirliğini, % 81.3'ü kondomun CYBH'dan koruduğunu bildikleri saptanmıştır (157). Arowajolu ve ark. (158)'nın, Nijerya'da yaptıkları çalışmada, üniversite öğrencilerinin % 87.5'inin koruyucu yöntemler hakkında bilgiye sahip oldukları ve kullanılması gerektiği görüşünde oldukları, ancak %34.2'sinin yalnızca koruyucu yöntem kullandığı belirlenmiştir.

Çizelge 4. 12'de erlerin kadınlara yönelik AP yöntemleri konusunda bilgi düzeylerinin eğitim öncesi, hapları % 37.5'i, RİA'ı %17'i, tüpligasyonu % 57.5'i, kadın kondomunu % 12.5'i biliyorken, eğitim sonrası; hapları % 92.5'inin, RİA % 80'inin, tüpligasyonu % 85'inin, kadın kondomunu % 72.5'inin bildiği görülmüştür. Erkek ve kız öğrencilerin bilgi düzeyleri karşılaştırıldığı bir araştırmada erkeklerin hapi % 96.1'inin, RİA % 56.9'unun, tüpligasyonu % 39.2'sinin bildiği saptanmıştır (138).

İlk kez 1992 yılında Avrupa'da piyasaya sürülen kadın kondomu, ülkemizde evli kadınların sadece % 13.4'ü tarafından bilmektedir (17). Çalışmamızda erlerin eğitim öncesi kadın kondomu bilgi düzeyleri, ülke popülasyonuna benzer şekildedir. Çalışmamız ve sözü edilen diğer çalışmalar göstermektedir ki, erkeklerin AP bilgi düzeyleri yeterli değildir. Beklendiği gibi interaktif eğitimle katılımcılara verilen AP eğitimi sonrası bilgi düzeylerinde dikkat çekici bir artış sağlanmıştır. Erkeklerin CS/ÜS konuları ve özellikle AP konusunda bilgilendirilmeleri ile etkin yöntem seçimi ve kullanımı oranlarında artış sağlanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda erlerin gebelik için uygun anne yaş sınırının 20 ile 17 arasında olması gerektiğini eğitim öncesi % 52.5'i bilirken, eğitim sonrası % 100 olduğu bulunmuştur. Gebelik sayısının 4'ten fazla olmasının kadın sağlığını olumsuz etkilediğini eğitim öncesi % 22.5'i bilirken eğitim sonrası erlerin %95'i bilmiştir. Ayrıca iki gebelik arasında en az 2 yıl süre olması gerektiğini eğitim öncesi erlerin % 50'si biliyor iken eğitim sonrası % 95'i bilmiştir (Çizelge 4. 13). Yapılan bir çalışmada

erkeklerin kadın sağlığı açısından, % 50'nin 17 yaş ve üzeri gebeliği riskli gormediği, % 23.1'i iki yıl ve daha az aralıklarla yapılan doğumların normal olabileceğini belirttikleri saptanmıştır (125). Çalışmamız ve benzer çalışmada, erkeklerin kadınların sağlığını tehdit eden doğurganlık davranışları konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu gormlmektedir. Böyle olmasına rağmen, erkeklerin ideal aile büyüklüğü, ideal doğum aralıkları, AP yöntemlerini kullanma gibi konulardaki bilgi ve tutumları eşlerin doğurganlık davranışlarında belirleyici oldukları bilinmektedir (24, 25). Hangi korunma yönteminin kullanılacağı ve ailenin kaç kişilik olacağı konusunda erkeklerin kararı n plandayken bu konularda bilgi eksikliği ilginçtir. Kısa doğum aralığının, bebeklerin yaşam şansını % 60-70, çocukların beş yaşına kadar yaşam sansını ise %50 azalttığını belirtmiştir. 20 yaşından küçük annelerden doğan bebeklerin ilk ay içinde ölüm riski, 25-34 yaş grubundaki annelerden doğanlara göre, % 24 daha fazladır (159). TNSA 2003 verilerine göre, annelerin 2 yıldan az aralıkla doğum yapmaları durumunda, doğan her 1000 bebeğin % 74' ünün daha 1 yaşına gelmeden kaybedildiği belirtilmektedir. İki gebelik arası süreyi 2 yılın üzerine çektiğimizde oran % 17'lere hatta % 25'lere kadar düştüğü saptanmıştır (17). Türkiye'de üreme sağlığı ile ilgili hizmetlerde devamlı olarak gelişme söz konusudur, ancak gelişmenin sürdürülebilmesi için AP hizmetlerinde kaliteyi ön planda tutmak ve erkeklerinde, hizmetlerden yararlanması sağlamak, bu konudaki bilgi açıklarını gidermek gerekmektedir.

Çizelge 4. 14'te, erlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık vardır. Verilen eğitim sonrası erlerin bilgi puanlarında önemli derecede bir artış gözlenmiştir ve bu artış istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p= 0,0001$). n-test AP bilgi puan ortalamasının 20.0 puan üzerinden, 7.05 ± 3.05 , son-test AP bilgi puan ortalamasının 16.4 ± 2.8 olduğu saptanmıştır. Erlerin, verilen planlı eğitime aktif katılarak bilgi artışı sağladıkları gormlmektedir. Eğitim interaktif yöntemlerle verilmesi, eğitim araç-gereçlerinden yararlanılması, grubun beyin fırtınası ile konuya motive edilmesi ve konunun ilgilerini çekmiş olması bilgi artışını sağlamıştır. Erkeklere yönelik planlı ve etkili AP eğitimlerinin yaygınlaştırılması, erkeklerin bu konuda bilinçlenmelerini sağlayacak ve uygun davranış örüntülerinin oluşmasını kolaylaştıracaktır. Nijer'de modern yöntemlerle ilgili toplumun bilgilendirme, AP yöntem kullanımını arttırmaya yönelik olumlu davranış geliştirme ve AP hizmeti arayan potansiyel kullanıcıları motive etmek

amacıyla BEİ aktivitelerini içeren bir kampanya yürütülmüş ve sonuçta AP yöntemlerine ilişkin bilgide %21'lik bir artış, AP yöntem kullanımında %11'lik bir artış sağlanmıştır (160).

Çizelge 4. 15'te cinsel ilişki deneyimi olan ve olmayan erlerin AP yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyleri arasında fark olmadığı görülmektedir ($p= 0.063$). Şehirleşme oranının yüksek olduğu ülkemizde, küreselleşmenin ve medyanın da etkisiyle özellikle kentsel kesimde evlilik dışı cinsel ilişki yaşının küçüldüğüne ilişkin araştırmalar vardır (50, 161). Gençlerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadan cinsel olarak aktif olmaları güvenli seks davranışlarının sağlık eğitimi çalışmaları yoluyla yaygınlaştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çizelge 4. 16'da erlerin öğrenim durumlarına göre eğitim öncesi bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0.0001$). Farklılıklara bakıldığında ise; İlköğretim mezunları ile ön lisans mezunları arasında ($p= 0.0001$) ve lise mezunu ile ön lisans mezunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p= 0.019$) gözlenmiştir. Bu durum Açikel ve ark.(157)'nin Etimesgut zırlı birliklerinde erler üzerinde yapmış oldukları araştırmada da benzerdir. Tekbaş (162)'in aştırmasında da katılımcıların öğrenim düzeyinin başarı puanlarını etkilediği bulunmuştur.

Çizelge 4. 17'de araştırmaya katılan erlerin eğitim sonrası bilgi düzeylerindeki artışın, erlerin eğitim düzeyleri ile karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür ($p=0.523$). Bu da erlere verilen interaktif eğitim başarısına işaret etmektedir.

Çizelge 4. 18'de erlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puanlarına göre en uzun süre yaşadığı yer karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ve p değerleri sırasıyla 0.113 ve 0.231 olarak elde edilmiştir. Ege Üniversitesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada en uzun süre yaşanan yer ile AP bilgi düzeyleri arasında istatistiksel ($U=39.00$, $p>0.05$) olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır(129). Benzer olarak üniversite öğrencilerinde yürütülen bir başka çalışmada öğrencilerin AP bilgi düzeyi ile diğer tanıtıcı değişkenler (yaş grubu, en uzun ikamet ettiği bölge, yaşam yeri niteliği, anne yaşı, anne eğitimi, baba eğitimi öğrencinin eğitim aldığı bölüm) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanamamıştır (138).

Çalışmamızda ayrıca erlerin annelerinin eğitim düzeyleri ile eğitim öncesi bilgi puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.008$). Aynı şekilde babalarının eğitim düzeyleri ile eğitim öncesi bilgi puanları arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($p= 0.045$). Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada da, anne öğrenim düzeyi ortaokul üstünde olan öğrencilerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyinin, daha yüksek oranda (% 26.8) “iyi” olduğu saptanmıştır. Ankara ve İstanbul'daki bir grup asker ile yapılan bir çalışmada da baba öğrenim düzeyi lise ve üzeri olan gruptakilerde, AIDS'ten cinsel ilişki sırasında kondom kullanarak korunabileceğini (% 53.2) bilenlerin oranının, öğrenim düzeyi düşük olan gruplardan anlamlı derecede daha yüksek ($p<0.05$) olduğu bulunmuştur (37). Antalya'da lise son sınıf öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada da anne ve babaların eğitim düzeyleri ile AP konusundaki tutumlarının etkilendiği, ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça öğrencilerin olumlu tutum sergilediği görülmüştür (126). Eğitim, bireylerin toplumsal konumunu belirleyen temel faktörlerden biridir ve eğitim düzeyi yükseldikçe olumlu sağlık davranışları gösterme olasılığı artmaktadır (163). Ebeveynlerin eğitim düzeyleri aile içinde çocukların edineceği davranışlar üzerinde belirleyici olmaktadır.

Çizelge 4. 19'da erlerin medeni durumlarına göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Sırasıyla p değerleri 0.564 ile 0.738 olarak elde edilmiştir. Ayrıca, erlerin ilişki sırasında AP yöntemi kullanıp kullanmamalarına göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Türkiye'de evli erkeklerle ($n=1971$) yapılan bir çalışmada evlilik süresinin artışı, modern veya geleneksel bir AP yöntemi kullanımını azalttığı saptanmıştır (26). Dünya genelinde yapılan çalışmalar, yöntem kullanımı konusunda erkeklerin aldıkları sorumlulukların gün geçtikçe azaldığını ortaya koymaktadır. 1994 yılında yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda, 1987 yılında % 37 olan erkeklere atfedilen AP yöntemleri kullanma hızının, 1994 yılında % 31'e gerilediği saptanmıştır (164). Dolayısıyla araştırmamızda da, beklenildiği gibi evli olmak yada yöntem kullanıyor olmak erlerde AP konusunda bir bilgi artışı sağlamamıştır.

Çizelge 4. 20'de sahip olunacak çocuk sayısını belirlemenin eşlerin elinde olduğunu düşünen erlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları, çocuk

sayısını belirlemenin eşlerin elinde olmadığını düşünen erlere göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır (eğitim öncesi $p= 0.0001$, eğitim sonrası $p= 0.0001$). Kadereci yaklaşıma sahip bireylerde, eğitime karşı bir direnç oluşması nedeniyle motivasyonsuz bir eğitim aldıkları için bilgi düzeylerinde artışın zorlaştığı, beklenen etkinin sağlanamadığı düşünülmektedir.

Aynı çizelgede erlerin AP yöntemini uygulaması gereken kişiye yönelik yaklaşımları ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı görülmektedir. (eğitim öncesi $p= 0.246$, eğitim sonrası $p= 0.713$). Bu sonuç bize, AP yöntemi kullanımında erkeğin sorumlu olduğunu düşünen katılımcılarda dahi bilgi düzeylerinde farklılık oluşturacak uygun davranışın gelişmediğini göstermektedir. Etiyopya'da üniversite öğrencileri arasında yapılmış olan bir çalışmada öğrencilerin AP yöntemleri ve hizmetlere ulaşma konusundaki bilgi düzeylerinin yüksek olduğu, ancak yöntem kullanım oranının düşük bulunduğu gözlenmiştir (173). Erkeklerin ÜS/CS konularında sorumlulukları konusunda farkındalık yaratılmasının yanı sıra bilgilendirilmeleri ve uygun davranış örüntülerinin de oluşturulması için yöntem kullanımının sosyo-kültürel etkenleri incelenerek buna göre uygun stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çizelge 4. 1’de araştırmaya katılan erlerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Erlerin % 87.5’i 20-26 yaşları arasında oldukları görülmektedir. Erlerin eğitim durumu incelendiğinde ise; % 12.5’inin ilkokul, % 25’inin ortaokul ve % 62.5’inin de lise ve ön lisans mezunu oldukları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan erlerin medeni durumuna bakıldığında, % 87.5’inin bekar olduğu görülmüştür. Erlerin % 75’i kentlerde, % 25’i ise kasaba ve köyde yaşamaktadır.

Araştırmaya katılan erlerin annelerinin, % 22.5’inin okur-yazar değil, % 65’inin okur-yazar ve ilköğretim mezunu iken yalnızca %12.5’inin lise ve üzeri eğitime sahip oldukları tespit edilmiştir. Erlerin babalarının eğitim düzeylerinin ise, % 2.5’i okur-yazar değil, % 72.5’i okur-yazar ve ilköğretim mezunu, %25’i de lise ve üzeri olduğu görülmüştür.

Çizelge 4. 2’de, evli olan erlerin AP yöntem kullanımı ve bu konuda eşleriyle konuşma durumları görülmektedir. Araştırmaya katılan evli erlerin % 80’i etkili bir AP yöntemi kullandıklarını belirtmektedir. Ayrıca erlerin yine % 80’i AP yöntemi ile ilgili eşleriyle konuştuklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 4. 3’ de, araştırmaya katılan erlerin % 80’i “sahip olunacak çocuk sayısını belirlemek eşlerin elindedir” demişlerdir., Ancak erlerin %20’si “sahip olunacak çocuk sayısını belirlemek eşlerin elinde değildir, Allah bilir, bilmiyorum” demişlerdir.

Çizelge 4. 4’ de, erlerin % 50’sinin AP yöntemini hem kadın hem de erkek uygulamalı, %37.5’inin kadın uygulamalı şekilde cevapladıkları görülmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan erlerin % 92.5’ inin AP’nı gerekli bulduğu saptanmıştır.

Çizelge 4. 5’te, araştırmaya katılan erlerin % 72.5’inin AP konusundaki bilgi düzeylerini yeterli buldukları saptanmıştır. Erlerin AP konusunda bilgi edinmek için başvurdukları kaynak dağılımlarında ise; ebeveynler % 15’lik bir oranla en az başvuru alan kaynak olurken, basılı materyaller % 57.5 ile en fazla yararlanılan kaynak olarak tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 6'da, cinsel ilişki deneyimi olan erlerin, %76.7'sinin AP konusundaki bilgilerini yeterli buldukları görülmektedir. Benzer şekilde cinsel ilişki deneyimi olmayan erlerin de % 60'ı AP konusunda kendilerini yeterli olarak değerlendirmiştir.

Çizelge 4. 7'de, cinsel ilişki deneyimi olan erlerin % 63.3'ünün AP yöntemi kullandığı görülmektedir.

Çizelge 4. 8'de, etkili AP yöntemi kullananların %12.5'inin köyde, % 87.5'inin kentte yaşadıkları gözlenmektedir. Ayrıca etkili AP yöntemi kullanan erlerin %82.4'ünün kondomu tercih ettikleri saptanmıştır.

Çizelge 4. 9'da erlerin eğitim durumlarına göre kullandıkları AP yöntemlerinin karşılaştırılmasında, ilköğretim mezunu erlerden %80'inin, lise mezunlarının %90'ının, ön lisans mezunlarının %75'inin kondom kullanmakta olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4. 10'da erlerin AP yöntemleri hakkında bilgi alabilecekleri sağlık kuruluşunu bilme ve başvurma durumlarının dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan erlerin % 67.5'inin AP yöntemi ile ilgili bilgi alınabilecek sağlık kuruluşunun olmadığını belirttikleri, %20'lik bir oranın ise sağlık ocaklarını bildikleri görülmektedir. Ayrıca AP yöntemi hakkında bilgi alabilecekleri sağlık kuruluşunu bilen erlerinde yalnızca %23'ünün sağlık kuruluşuna başvurduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.11'de erlerin erkeklere yönelik AP yöntemleri konusunda bilgi düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesi verilmiştir. Erlerin % 62.5'inin eğitim öncesi geri çekme yöntemini etkili bulurken, eğitim sonrası % 75'inin geri çekme yönteminin etkisiz olduğunu öğrendikleri belirlenmiştir. Yine eğitim öncesi erlerin vazektomiye bilme oranları % 15 iken, eğitim sonrası bu oran %95'e çıkmıştır. Acil kontrasepsiyonu bilenler ise; eğitim öncesi % 40 iken eğitim sonrası % 100 dür. Erler tarafından eğitim öncesi %95 ile en çok bilenen kondom kullanımı, eğitim sonrası % 100 olmuştur.

Çizelge 4. 12'de erlerin kadınlara yönelik AP yöntemleri konusunda bilgi düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrası durumları görülmektedir. Araştırmaya katılan erlerin kadınların kullandıkları AP yöntemlerinden, eğitim öncesi hapları %37.5'i, mini hapları %2.5'i, enjeksiyonu %12.5'i, RİA'ı %17'i, tüpligasyonu %57.5'i, kadın kondomunu %12.5'i biliyorken, eğitim sonrası; hapları %92.5'inin, mini hapları %50'sinin, enjeksiyonu %60'ının, RİA'ı %80'inin, tüpligasyonu %85'inin, kadın kondomunu %72.5'inin bildiği tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 13'te erlerin kadın sağlığı açısından uygun doğurganlık davranışını bilme durumlarının eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesi verilmektedir. Erlerin gebelik için uygun anne yaş sınırının 20 ile 17 yaş arasında olması gerektiğini eğitim öncesi %52.5'i bilirken, eğitim sonrası %100 olmuştur. Gebelik sayısının 4'ten fazla olmasının kadın sağlığını olumsuz etkilediğini eğitim öncesi % 22.5'i bilirken eğitim sonrası %95'i bilmiştir. Ayrıca erlerin, iki gebelik arasında en az 2 yıl olması gerektiğini eğitim öncesi % 50'si biliyor iken eğitim sonrası bu oran %95'i bulmuştur.

Çizelge 4. 14'te, erlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Erlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0.0001$). Bu eğitimin etkinliğini göstermektedir ve tanıtıcı istatistikler incelendiğinde erlerin eğitimden sonra bilgi puanlarında önemli derecede bir artış olduğu görülmektedir.

Çizelge 4. 15'te, cinsel ilişki deneyimi olan ve olmayan erlerin AP yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyleri arasında fark görülmemektedir ($p= 0.063$).

Çizelge 4. 16'da erlerin öğrenim durumlarına göre eğitim öncesi bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0.0001$). Farklılıklara bakıldığında ise; İlköğretim mezunları ile ön lisans mezunları arasında ($p= 0.0001$) ve lise mezunu ile ön lisans mezunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p= 0.019$) gözlenmiştir.

Çizelge 4. 17'de araştırmaya katılan erlerin eğitim sonrası bilgi düzeylerindeki artışın, erlerin eğitim düzeyleri ile karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür ($p=0.523$).

Çizelge 4. 18'de erlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puanlarına göre en uzun süre yaşadığı yer karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ve p değerleri sırasıyla 0.113 ve 0.231 olarak elde edilmiştir.

Çizelge 4. 19'da erlerin medeni durumlarına göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Sırasıyla p değerleri 0.564 ile 0.738 olarak elde edilmiştir. Ayrıca, erlerin ilişki sırasında AP yöntemi kullanıp kullanılmalarına göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Aynı şekilde eğitim öncesi p değeri 0.387, eğitim sonrası p değeri 0.568 olarak elde edilmiştir.

Çizelge 4. 20'de sahip olunacak çocuk sayısını belirlemenin eşlerin elinde olduğunu düşünen erlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları, çocuk sayısını belirlemenin eşlerin elinde olmadığını düşünen erlere göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır (eğitim öncesi $p= 0.0001$, eğitim sonrası $p= 0.0001$). Aynı çizelgede erlerin AP yöntemini uygulaması gereken kişiye yönelik yaklaşımları ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı görülmektedir. (eğitim öncesi $p= 0.246$, eğitim sonrası $p= 0.713$).

Bu araştırma bulguları ışığında aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

1. Ülkemizde askerlik dönemi özellikle eğitim düzeyi düşük olan ve ülkenin değişik bölgelerinden gelen gençler için önemli deneyimlerin ve bilgilerin kazanıldığı bir süreçtir. Bu nedenle erkeklere askerlik yaptıkları dönemlerde, eğitimlerinin içinde üreme sağlığı ve AP konularına yer verilmeli, bunun yanı sıra ilköğretim, ortaöğretim, meslek ve yaygın eğitim programlarının içine üreme sağlığı konusu yerleştirilmeli, eğitimin sürekliliği sağlanmalı ve sağlıklı bilgiye ulaşma yolları gösterilmeli,

2. Çalışmamızda, AP konusundaki bilgi kaynaklarının büyük kısmını kitle iletişim araçlarının oluşturması, sağlık eğitiminde kitle iletişim araçlarının ne derece önemli olduğunu ortaya koymaktadır. CS/ÜS Eğitim programı geliştiricileri yazılı / görsel materyaller sağlamalı ve bu materyaller elde edilebilir ve ulaşılabilir olmalı. Televizyon ve basında konuyla ilgili eğitici programlara ağırlık verilmeli.

Sağlık hizmeti veren birimlerde, erkekleri üreme sağlığı ünitelerine çekebilmek için entegre hizmetler planlanmalı, erkeklerin yoğun olarak buldukları yerlere bu hizmetler ulaştırılmalı, genç dostu hizmet birimlerinde hizmet kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalar yapılmalı ve genç erkeklerin ÜS hizmet talepleri karşılanmalı.

3. Yöntem kullanmayanların yöntemlerle ilgili yanlış bilgilerini düzeltmek için doğru bilgilerin aktarılmasına yönelik hizmetler planlanmalı, geri çekme yöntemi konusunda daha fazla araştırma yapılmalı ve eğitimlerde bu konunun etkinliği ile ilgili doğru bilgi verilmeli, bu çalışmalar bilimsel yöntemlerle, objektif olarak izlenmeli ve değerlendirilmeli,

4. Ülkemizde üreme sağlığı alanındaki hizmet açığının giderilmesinde erkek katılımının sağlanması, toplumda ebelerin vereceği AP hizmetlerinin kalitesine dolayısıyla, danışmanlık hizmetinin varlığına ve niteliğine bağlıdır. Bunun için ebelerin

mezuniyet öncesi ÜS/CS alanlarında yeterli düzeyde bilgi ve beceriyle donatılması ve mezunların da hizmet içi eğitim programları ile gelişimlerinin desteklenmesi sağlanmalı.

7. KAYNAKLAR

1. **Özden YI, Vehid S, Vehid H.** Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinin Demografik Yapıları. VI. Halk Sağlığı Kongresi, Adana, 12 - 16 Nisan 1998.
2. Küresel İnsani Gelişme Raporu 2006. Erişim Adresi: <http://hdr.undp.org> Erişim tarihi: 20.12.2006.
3. **Dirican R, Bilgel N.** Sağlığı Etkileyen Önemli Etkenler. Halk Sağlığı, Toplum Hekimliği, İkinci Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993, s.207-219.
4. **Vehid S.** Comparison between Turkey and member of European Union (EU) countries by their health and basic demographic indicators. Cerrahpaşa J Med 2000; 31 (2): 100-106.
5. **Goran O.** Nüfus Kontrolü ve Ekonomik Kalkınma. HÜNEE yayınları, Ankara, 1967, s:4-6.
6. **Baran T.** Dünyada ve Türkiye’de Nüfus ve Üreme Sağlığı. Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Dünü, Bugünü ve Geleceği. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. Erişim Adresi: www.tapv.org.tr/ Erişim Tarihi: 17.11.2006
7. DIE – T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. ‘2000 Genel Nüfus Sayımı, Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri, Ankara, 2001
8. DST – Dünya Sağlık Teşkilatı (2005) ‘European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe’ Updated: January 2005 Erişim Adresi: <http://data.euro.who.int/hfad> , Erişim Tarihi: 26.09.2006.
9. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Aile Planlaması Temel Bilgiler. İKGV/UNFPA. İstanbul. 2002.
10. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015, UNFPA, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Damla Matbaacılık, Ankara, 2005.
11. **Akın A.** Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. Aktüel Tıp Dergisi, Kadın Sağlığı Özel Sayısı, C.6, Sayı 1, Ocak- Şubat 2001.
12. KSSGM. Pekin + 5 Siyasi Sonuç Belgesi. Ankara, Eylül 2001. s:210-238
13. **Özvarış ŞB, Ertan AE.** Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım, Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın, ed. Akın A. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2003.

14. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilâtı. Bin yıl Kalkınma Hedefleri Raporu. Türkiye, **2005**
15. Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri. Erişim Adresi: <http://nkg.die.gov.tr/>. DİE Erişim tarihi: 29.12.2006.
16. DPT. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007 – 2013) 2007 Yılı Programı. Nüfus Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara.
17. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara, **2004**.
18. UNDP. İnsani Geliştirme Raporu, **2003**.
19. Reproductive Health and Research World Health Organization, Geneva. Erişim Adresi: www.who.int/reproductive-health/publications. Erişim tarihi:13.10.2006
20. **Akın A, Özvarış S.** Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Edit. Bertan M, Güler Ç. Güneş Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, **1997**.
21. The Johns Hopkins University. Why Family Planning Matters. Population Reports. **1999** ; 27 (2): 1-16
22. **Westoff C, Bankole A.** The Time Dynamics Of Unmet Need An Example From Morocco.International Family Planning Perspectives **1998**; 24: 12-14
23. **Akın A, Koçoğlu GO.** Üreme Sağlığı Uluslararası Kararlar ve Türkiye Uygulamaları. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Sayı:3, Temmuz, **2002**
24. **Şimşek Z ve Ark.** Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgileri ve Yöntem Kullanımı Etkileyen Faktörler. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Diyarbakır; **2002**, ss. 176-179.
25. **Doğan B, Akın A.** Türkiye’de Aile Planlaması Yöntem Kullanma Davranışları, Aile Planlaması Hakkındaki Görüşler ve Gelecekte Yöntem Kullanma Konusundaki Eğilimler. Ed. Akın A. İçinde:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları,. Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı ve UNFPA; ss. 82-133, Ankara, **2002**.
26. **Özaydın N.** 1998 Verilerine Göre Türkiye’deki Evli Erkeklerin Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Tutumları. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara, **2003**
27. **Pearson,S.** Centre for Sexual Health Research, University of Southampton, Southampton UK. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care; 29(4): 190–194, March **2003**

28. Birleşmiş Milletler. Nüfus ve Kalkınma. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı. Kahire, 5-13, Tımasat Matbaası, Ankara, Eylül 1994
29. **Özcebe H, Akın A.** Kadın Erkek Eşitsizliği ve Erkeklerin Üreme Sağlığına Katılımı. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, Ankara, 2003, s: 85-89.
30. **Ceylan S, Tekbaş ÖF.** Aile Planlamasına Bütüncül Bir Yaklaşım. Erkeklerin Katılımı. Sağlık ve Toplum 2000; 10(3): 16-21.
31. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005.
32. **Yurdakul M, Vural G.** Reasons for Using Traditional Methods and Role of Nurses in Family Paning. Contraseption, Volüme 65, Number 1, 2002, s:347-351
33. **Güldal D, Şemin S, Tepe G.** Aile Planlamasında Erkekler Nerede?.Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2001; 15(3):231-238.
34. T.C Sağlık Bakanlığı. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı Tanıtım Toplantı Raporları. Ankara, Aralık, 2005.
35. **Hisar F.** Gazi Üniversite Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu Çevre Sağlığı Bölümü Öğrencilerine Yönelik Modern AP Yöntemleri Konusunda Eğitim Programı Geliştirme Çalışması. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitapçığı. Ankara, 20-23 Nisan 2003, s. 163.
36. **Aşkun D.** Türk Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranışlarının Bir İncelemesi: Cinsiyet Farklılıklarına Kültürel Bir Bakış. Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi, 2000.
37. **Bakır B, Tümerdem N, Özer M, Tüfekçi F, Uçar M, Hasde M.** İstanbul ve Ankara'daki Bir Grup Askerin AIDS Konusundaki Yaklaşımları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 45(1): 19-24, 2003
38. **Özsoy Ö.** Ege Üniversitesi'nde Öğrenim Gören Erkek Öğrenciler Erkeğe Yönelik Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Neler Biliyorlar? Tutumları Nelerdir?. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınlanmamış Mezuniyet Tezi, İzmir, 1999.
39. **Erdoğan Karacaoğlu N.** Çukurova Üniversitesine Bağlı Değişik Fakültelerde Okuyan Öğrencilerin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Ve Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Adana, 1996.
40. **Durak H.** Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Lisede Lise İkinci Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Bilgi Düzeyleri ve Etkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara, 1998.

41. **Alacaloğlu F.** Elmadağ İlçesi Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerin Aile planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutum Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Ana Bilim Dalı, Ankara-**2000**
42. **Aşkun D.** Türk Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranışlarının Bir İncelemesi: Cinsiyet Farklılıklarına Kültürel Bir Bakış. Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi, **2000**
43. **Geçkil E, Çalışkan Z, Zincir H.** Erken ve Orta Adölesan Dönemdeki Öğrencilerin Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Eğitim Gereksinimlerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi s:7(2):12-22, **2004**
44. **Gölbaşı Z.** Adölesan Dönem Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. Ocak-Nisan 8(1): 95-100. **2005.**
45. Family Planning. Communicating Family Planning in Reproductive Health. 6. Sexually Transmitted Disease Prevention. Erişim Adresi: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/> Erişim Tarihi; 09.11.**2006.**
46. **Topbaş M, Çan G, Kapucu M.** Trabzon'da Bazı Liselerdeki Adölesanların Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. Gülhane Tıp Dergisi. **2003**; 45(4): 331 – 337.
47. **Gergen C, Wilkins V, Ragunathan P, Walsh J.** (2000) When is Syndromic Management of Sexually Transmitted diseases Useful? An analysis of the Literature. Web site of Harvard School of Public Health. Erişim Adresi: www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf, Erişim Tarihi: 15 09 **2006**
48. Türkiye Üreme Sağlığı Programı İlerleme Raporu III. Gençlere Yönelik Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri Durum Analizi Raporu, Şubat **2005**
49. Munich Declaration: Nurses and Midwives: a Force for Healty, 2000. Erişim Adresi:<http://www.who.dk/eprise/main/WHO/AboutWHO/Policy>. Erişim Tarihi: 11.04.**2007**
50. Toros A. Nüfus, Demografi ve Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. Ankara, **2001.**
51. Population and Development Indicator Erişim Adresi:<http://nkg.die.gov.tr/> Erişim Tarihi: 22.12.**2006.**
52. UNDP, Human Development Report, **2000**
53. Ulusoy K. Dünyanın Nüfus Yapısındaki Gelişmeler ve Ülkemizin Durumu. Erişim Adresi: <http://www.turkhukusitesi.com/makale>, Erişim Tarihi: 22.12.**2006.**

54. **Gümüş E.** Türkiye'nin Nüfusu. Erişim Adresi: <http://www.aof.edu.tr/kitap/pdf> Erişim Tarihi: 22.12.2006.
55. **Toros A, Ulusoy M, Ergöçmen B.** *Ulusal Çevre Eylem Planı-Nüfus ve Çevre*. DPT Yayını, Ankara, **1997**.
56. TÜSİAD (1999). Türkiye'nin Fırsat Penceresi: Demografik Dönüşüm ve İzdüşümleri. Türkiye Sanayici ve İş Adamları Derneği. Yayın No-T/99-3-254
57. 2006 Çevre Durum Raporu, Erişim adresi : www.cmo.org.tr/yayin/rapor, Erişim Tarihi: 18.12.2006.
58. Nüfus, Demografi ve Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara, **2001**
59. **Cerit S.** Bir Ülkenin Gelecekteki Nüfusunun Sabit Kalması İçin Kadın Başına Gerekli Ortalama Canlı Doğum Sayısı Üzerine Hipotetik Bir Çalışma. Nüfusbilim Dergisi, Cilt:5, s.56, **1983**
60. **Drucker PF.** Efsane Guru'dan Değişimin Analizi. Kapital-Aylık Ekonomi Dergisi, Kasım **1998**, s.178.
61. **Ruth Dixion-Mueller.** Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice, London: Praeger,**1993**, s. 15-16.
62. UN (2003). Why Do Milenium Development Goals Matter?, Erişim Adresi: <http://www.un.org/>, Erişim Tarihi:17.12.2006.
63. Definitions and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health, World Health Organization, Family and Reproductive Health European Regional Office, **1999**, pp.12
64. T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Eylem Platformu ve Pekin Deklarasyonu, No Name Ofset Matbaacılık, Ankara, **1995**. s. 62.
65. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Kitabı T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, **2005**
66. DPT. I.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967). Ankara, Başbakanlık Devlet Matbaası. **1963**
67. DPT. II.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972). Ankara: Başbakanlık Devlet Matbaası, **1967**, s. 225.
68. Güngördü E.Türkiye'nin Nüfus Projeksiyonları ve Nüfus Politikaları. Cilt:11 No:2 Kastamonu Eğitim Dergisi, Ekim **2003**, s; 481-486
69. DPT , IV.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983), Ankara, Başbakanlık Devlet Matbaası, **1978**.

70. DPT V. Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesinde Gelişmeler (1972-1983), Ankara, Başbakanlık Devlet Matbaası, **1985**
71. DPT VI. Beş yıllık kalkınma Planı 1994 Yılı Programı Destek Çalışmaları, Ankara, Başbakanlık Devlet Matbaası, **1993**
72. DİE. Türkiye Nüfusu 1923-1994 Demografi Yapısı ve Gelişimi. Ankara: D.İ.E. Matbaası, **1996**.
73. **Ergöçmen B, Hancıoğlu A, Koç I, Ünalın T.** Türkiye’de Bin Yıl Kalkınma Hedefleri: Demografik Bakış. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Ankara, Şubat **2004**.
74. Gençlere Yönelik Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri Durum Analizi Raporu. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, **2005**.
75. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Erişim Adresi:<http://www.tuspmoe.gen.tr/>, Erişim Tarihi: 14.05.**2007**
76. Üreme Hakları. Erişim Adresi:http://www.ikgv.org/ureme_haklari.htm Erişim Tarihi: 14.05.**2007**
77. Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Tisamat Basım San., Ankara, **1998**.
78. Promoting the sexual and reproductive health needs and rights of adolescents, Progress in Reproductive Health Research, Khanna J (ed.), UNDP/UNFPA/WHO/World Bank, No. 58, **2002**, p. 2. / 101
79. IPPF. Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi, Vizyon 2000. Uluslararası Federasyonu - 1996, Türkiye Aile Planlaması Derneği Yayınları, No. 54, **1997**.
80. **Hannan C.** Transforming Empowerment and Gender Mainstreaming. International Symposium on A new Vision for Gender Policy: Equality, Development and Peace. Seoul. **2003**
81. **Navaro L.** Tapınmanın Öbür Yüzü Kadın ve Erkekler Üzerine. Varlık Yayınları, İstanbul, **1996**.
82. **Bordo S.** Feminism, Postmodernism and Gender Scepticism, Feminism /Posmodernism, der. L.Nicholson, Routledge, London, **1990**.
83. **Giddens A.** Sosyoloji, Ayraç yayınları, s: 99, Ankara, **2000**.
84. **Lewontin Richard C.** Sex, Lies And Social Science. London, Rewiew of Boks, NEW YORK, **1982**
85. **Berktaş F.** Tektanrılı Dinler Karşısında Kadın. İkinci Baskı, Metis Yayınları, İstanbul, Eylül **2000**, s. 209-217

- 86. Mora N.** Kitle iletişim Araçlarında Yeniden Üretilen Cinsiyetçilik ve Toplumda Yansıması Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi ISSN: 1303-5134 Erişim Adresi: www.insanbilimleri.com, Erişim Tarihi: 27.12.2006
- 87. Bem SL.** Theory and Measurement of Androgyny, A reply to the Pedhazur- Tetenbaum and Locksley-Colten Critiques. Journal of personality and Social Psychology. 37, **1979**.
- 88. Gürbüz EA.** Measurement of Sex Stereotypes, Unpublished Master Thesis, Boğaziçi University, İstanbul, **1988**.
- 89. Erdat B.** Toplumsal Cinsiyet Sorunları ve Kız Çocuklarının Okutulmaması. Bitirme Tezi, Pamukkale Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü, Haziran, **2004**.
- 90.** UNICEF. Kız Çocukları İçin Yapabileceklerimiz Var. Ankara, **2003**
- 91. Ergöçmen BA, Hancıoğlu A, Koç İ, Ünalın T.** Binyıl Kalkınma Hedeflerine Demografik Bakış. Türkiye: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Ankara, **2004**.
- 92.** Türkiye’de Kadın 2001 , TC. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, **2001**.
- 93. Ringheim K.** Male Involvement and Contraceptive Methods For Men: Present and Future. Social Change,26(3), Sept-Dec, **1996**
- 94.** Gender and Health , Technical Paper, World Health Organization Publication, Geneva, Switzerland, **1998**.
- 95.** Güvenli Cinsellik, Erişim Adresi: <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/> Erişim Tarihi: 18.06.2007
- 96. Krimura E.,** Decision Making and the Acceptability of Condoms to Ugandan males. Paper Presented at the Seminar on Condom Acceptability in Africa, sponsored by the Task Force for Social Science Research on Reproductive Health of the UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme on Research Development and Research Training in Human Reproduction, Uganda, Kampala, 3-7 June **1991**.
- 97. Richard A. Anderson,** New Approaches to Contraception For Men Do Men and Women Want Them?, Contraception Reproductive Health Care, The 9th Congress Of The European Society Of Contraception, İstanbul, Turkey, 3-6 May **2006**,p: 15-16.
- 98.** VII. Beş Yıllık Kalkınma Planının Nüfus Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, DPT Yayınları. **2001**, s:49
- 99. H.Giray., B. Kılıç.** Bekar Kadınlar ve Üreme Sağlığı. Erişim Adresi: <http://www.ttb.org.tr/STED/> Erişim Tarihi: 13. 05.2007

- 100.WHO. Gender Policy: Integrating Gender Perspectives in The Work of WHO. Internal Document, Available Through Department of Gender and Women's Health, World Health Organization **2002**.
- 101.**Doğan B.**, Aile Planlaması ve Eğitimin Rolü, Türk Hemşireler Dergisi, 42:1, Ankara, **1991**. s; 24-26
- 102.**İnanç N.** Nüfus Sorunu, Aile Planlaması ve Hemşirenin Rolü. Hemşirelik Bülteni, 8:32, İstanbul, **1994**.
- 103.**Şurgun C, Bilgin Y.** Toplumsal Açından Aile Planlaması Hizmetinin Önemi ve Topluma Yönelik Uygulama Yöntemleri. Ankara Üniversitesi Tıp Dergisi, **1990**, s:113-125.
- 104.DTP. 1986 Yılı Programı, İcra Planı. Ankara: Başbakanlık Devlet Matbaası, **1986**, s, 105-107.
- 105.DPT. 1998 Yılı Programı, Ankara: Başbakanlık Devlet Matbaası, **1998**, s. 33-34, 80-84.
- 106.**Toure L.** Male İnvolvement in Family Planing. A Review of The Literature and Selected Proram Initiatives in Afrika, November, **1996**
- 107.**Özden M.** Sağlık Eğitimi Ders Kitabı, Ankara, **2001**. s: 38-50.
- 108.**Erbaş D.** AIDS Konusunda Eğitilen Ortaokul Öğrencilerinden Ebeveynlerine Bilgi Transferinin İncelenmesi, Hemşirelikte Öğretim Bilim Uzmanlığı Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **1998**.
- 109.**Şirin A.** Dünyadaki Nüfus Sorunu, Aile Planlaması ve Topluma Sağladığı Yararlar ve Hemşirenin Aile Planlamasındaki Rolü, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, No:1, İzmir, **1994**.
- 110.**Bulut A.** Aile Planlaması Danışmanlığı Danışmanlık Hizmetinin İzlemi-Kalite Kontrol Yaklaşımı. 1.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. Ankara,32-50, **2001**.
- 111.**Türkistanlı E.** Aile Planlaması Konusunda Kaçırılmış Fırsatların Yakalanmasında Hemşirenin Danışmanlık Rolü. Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu, Kayseri, 345- 353, **1998**.
- 112.Kişilerarası İletişim ve BEI Materyali Kullanım Becerilerinin Geliştirilmesi Eğitimi, Eğitici El Kitabı, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, JHU/PCS, Ankara, **1998**.
- 113.Population Reports: KAYNAK, Danışmanlık Rehberi, Cilt XXVI, sayı 4, Aralık **1998**.
- 114.Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, **2000**.

- 115.Hizmet Sunan Ebe Sayısı. Erişim Adresi <http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/temel2003> Erişim Tarihi:11.04.2007
- 116.Özyurda F, Çalışkan D, Dökmeçi F, Ocaktan E. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Halen Kullandıkları Kontraseptif Yöntemleri Hakkında Danışmanlık Alma Durumları, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi, Nisan 2002, Kongre Özet Kitabı, S:221
- 117.Mayda SA, Yakalı G, Murateriman T. Düzce İli Konuralp Kasabasında 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanma Durumları ve Yöntem Kullanmama Nedenleri. Sağlık ve Toplum. 2004; 14(1): 67-72.6.
- 118.Türkistanlı Çeber E, Mermer G, Yıldız F. Evka-4 Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Kontraseptif Kullanımı ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum. 2003
- 119.SB. Herkese Sağlık. Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, Sağlık Bakanlığı, Aralık 2001, Ankara
- 120.Population Information Program. Counseling guide. Population Reports 1987; J(36).
- 121.Elçioğlu ŞÖ, Ünlüoğlu İ, Özalp S. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetleri ve Kalite. Sağlık ve Toplum. 2000; 3: 3-7
- 122.Family Planning. Communicating family planning in reproductive health. 6. Sexually Transmitted Disease Prevention. (http://www.who.int/reproductive-health/publications/fpp_97_33_9.en.html; 05.11.2003; 08:15
- 123.Use of Contraception and Use of Family Planning Services in the United States: 1982–2002 U.S. Department Of Health And Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics
- 124.De Silva W., Husband-wife communication and contraceptive behaviour in Sri Lanka. Journal of Family Welfare. 40 (2), 1-13, 1994.
- 125.Şankazan Ş, Yıldız A. Ankara İli Deliler Köyündeki Evli Erkeklerin Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 55 Sayı .1,2002, S.41-50.
- 126.Çalı Ş. Antalya'da .Lise Son Sınıf Öğrencilerinin AP Konusundaki Bilgi ve Tutumları, Akdeniz Üniversitesi, 1992
- 127.Önder RÖ, Sarp N. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Hastanesi Doğum Servisindeki Gebe Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Tutumları. Erişim adresi: www.dicle.edu.tr/~halks Erişim Tarihi:12 Haziran 2007
- 128.Avşaroğlu A, Hayran O, Harmancı HG, Çalı Ş. Üniversite Öğrencilerinin Cinsellik ve Aile Planlaması Bilgi Düzeyi. 4. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Didim, 1994:63-65.

- 129.Bayık A, Karabulut Ö.** Aile Planlaması Konusunda Üniversite Öğrencilerinin Akran Eğitimi Etkinliklerinin Değerlendirilmesi Projesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Anabilim Dalı İzmir **2003**.
- 130.Ege E, Timur S, Zincir H.** Ebelik Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Eğitimi Etkinliğinin Değerlendirilmesi, *sted* **2005**,cilt 14, sayı 9,202-207
- 131.Akın A, Özvarış SB.** Adolesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi (Özet Rapor). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve DSÖ, Ankara, **2004**.
- 132.Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara'nın Polatlı Bölgesinde Adolesan (gençler) ve Erişkinler İçin Toplumaya Dayalı Üreme Sağlığı Hizmetleri, Ankara:1999.**
- 133.Lopez Jaime P, Santos Ortiz MC, Davilla Torres RR, Torres L, Diaz L.** Knowledge about sexuality and sex behavior in university students with visual impairment: need of educational materials. *P R Health Sci. J* 20(3):269-275, **2001**
- 134.Gökengin D, Yamazhan T, Özkaya D, Aytuğ S, Ertem E, Arda B, Serter D.** Sexual Knowledge, Attitudes and Risk Behaviors of Students in Turkey. *The Journal of School Health* 73 (7); 258- 263, **2003**.
- 135.Coşkun A, Karanisaoglu H, Tekin N.** İstanbul Üniversitesi. Fen ve İstanbul Teknik Üniversitesi Maden Fakültesi Öğrencilerinin Cinsellik ve Aile Planlamasına İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması ve Yakınlaşmalarının Değerlendirilmesi, *Hemşirelik Bülteni*, 5:20, İstanbul, **1991**, 7-14..
- 136.A. Ayata,** Birleşmiş Milletler Kadınların ve Kız Çocuklarının İnsan Haklarının Korunması ve Geliştirilmesi Ortak Programı, kamuoyu yoklaması Nevşehir, Erişim Adresi:<http://www.bmkadinhaklari.org/> Erişim Tarihi: 11.06.**2007**
- 137.Ortiz-Ortega A, De La Torre GG, Galvan F, Cravioto P, Paz F, Diaz-Olavarrieta C et all.** Abortion, contraceptive use, and adolescent pregnancy among first-year medical students at a major public university in Mexico City. *Pan American Journal of Public Health*. **2003**;14(2):125-130.
- 138.İlgin MŞ, ve Ark.** Celal Bayar Üniversitesinde Bir Grup Öğrencinin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* **2005**, 4(2): 66-78.
- 139.Meteoğlu D, Güngör F, Pehlivan A, Doyuran E.** 2001 Yılında Aydın İlinde Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 12:1;33-6.**2002**
- 140.UNAIDS,** Aralık 2006, Erişim Adresi: <http://www.unaidsturkiye.org/>Erişim Tarihi:23.05.**2007**
- 141.Mandıracıoğlu A, Doğan F.** Gençlerin Kontrasepsiyona Yaklaşımı. 3. Halk Sağlığı Günleri. Kayseri, **1993**:178

- 142.Mogilevkina I, Tyden T, Odlind V.** Ukrainian Medical Students Experiences ,Attitudes and Knowledge About Reproductive Health. Journal of American College Health, **2001**;49 (6):269- 272.
- 143.Bölükbaş N, Abdioğlu H.** Üniversite Öğrencilerinin AİDS Hastalığı Hakkındaki Bilgileri.Hemşirelik Formu. Kasım-Aralık **2004**, 31-35.
- 144.Baykan Z., Özkan S., Aksakal N., Aycan S.** Ankara İli Gölbaşı İlçe'sine Bağlı Üç Merkez Köyde 15 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmetlerinde Tercih Ettikleri Sağlık Kurumları ve Bu Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum **2001**:11: 27-33
- 145.Nemet GF, Bailey AJ.** Distance and health care utilization among the rural elderly. Soc Sci Med **2000**;50(9):197-208.
- 146.Baykan Z, Özkan S, Maral I.** Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınların Hizmetten Memnuniyet Durumları. Erciyes Tıp Dergisi 26 (3) 98-104, **2004** ,
- 147.**Adolescent and Adolescent Reproductive Health. International Children's Centre, (supported by UNFPA and Ministry of Health General Directorate of Maternal Child Health Family Planning, Meteksan A.S. pp. 1-7, Ankara **2003**.
- 148.Finger WR.** Withdrawal popular in some cultures. Contaceptive update. Network **1996**; 17: 15-16.
- 149.Ünsal A, Öner SD, Nuhuğlu S, İnan O, Metintaş S.** Eskişehir'de 15-49 Yaş Grubunda Evli Kadınların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. Klinik Bilimler & Doktor **1999**; 5: 36-41
- 150.Ergör G.** Türkiye'de Geleneksel Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, 12-16 Eylül **1994**.
- 151.Martinez MJ, Hernandez D. et all.** Introduction of No-Scalpel Vasectomy at The Mexican Social Security İnstitute, Advances in Contraception, 7. 193-201
- 152.Güngör S ve Arkadaşları.** Knowledge and Experience of Emergency Contraception in The Gynecologic Population of Gulhane Military Medical Academy, Gülhane Tıp Dergisi Mart **2006** cilt 48 sayı 1
- 153.Ağar A, Hızal S, Şanlı C.** Kırıkkale İlinde Adolesanlara Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Değerlendirilmesi. Erişim Adresi:<http://www.millipediatrı.org.tr/bildiriler/Erişim Tarihi:14.05.2007>
- 154.**Emergency Contraceptive Pills Can Prevent Abortion. American Journal of Public Health, July **2001** Vol.91 No.7 p. 1137

- 155.**FIGO Committee Report: Ethical guidelines regarding privacy and confidentiality in reproductive medicine. Testing for genetic predisposition to adult onset disease. Guidelines in emergency contraception. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. *Int J Gynecol Obstet* **2002**; 77:171-5.
- 156.**Ceylan S: 1996-1997 Eğitim Öğretim Dönemi GATA Sağlık Astsubay Hazırlama Sınıf Okulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Konusunda Eğitici Eğitim, Tıpta Uzmanlık Tezi. GATA Halk Sağlığı AD. Ankara. **1997**, 1-20..
- 157.**Açıkel CH ve Arkadaşları, Genç Erişkin Erkeklerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Düzeyleri TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, **2005**: 4 (1)
- 158.**Arowojolu AO, Ilesanmi AO, Roberts OA, Okunola MA (2002). Sexuality, contraceptive choice and AIDS awareness among Nigerian undergraduates. *Afr J Reprod Health Aug*; 6 (2):60–70.
- 159.**Human Development Reports **1995,1997**. UNDP publication, New York USA
- 160.**Toure L. Male Involvement in Family Planning. A Review of The Literature and Selected Program Initiatives in Afrika. November **1996**
- 161.**Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye'de Geçekondu Bölgelerinde BEI Yaklaşımı ve Kamuoyu Oluşturulması Projesi, Durum Tespit Araştırması, Ankara. **1999**.
- 162.**Tekbaş ÖF. Erbaş ve Erlerin Aile Planlaması Eğitimi İçin Eğitim Materyali Geliştirilmesi. Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi. Ankara, **1997**.
- 163.**Demirtaş B. Bir Üniversitenin Eczacılık Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Bilgileri. Erişim Adresi: /www.hatam.hacettepe.edu.tr, Erişim Tarihi: 14.01.2007.
- 164.**Ringhem K. Reversing The Downward Trend in Men's Share of Contraceptive Use. *Reprod Health Matt* **1999**; 7: 83-96.).
- 165.**Kibret M. Reproductive health knowledge, attitude and practice among high school students in Bahir Dar, Ethiopia *Afr. J. Reprod. Health*. August **2003**, 7(2):39-45.

8.EKLER

EK 1-ANKET FORMU

ANKET FORMU

Sıra No:

1. Yaşınız?
1. 20-22 2. 22-24 3. 24-26 4. 26'nın üstü
2. Eğitim durumunuz?
1. Okur-yazar 2. İlkokul mezunu
3. Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu
3. Yaşamınızın en uzun süresi nerede geçti?
1- Köy 3- Kent
2- Kasaba 4- Büyük kent
4. Anne babanızın eğitim durumu nedir?
Anne Baba
1- Okur-yazar değil 1- Okur-yazar değil
2- Okur yazar 2- Okur yazar
3- İlkokul mezunu 3- İlkokul mezunu
4- Ortaokul mezunu 4- Ortaokul mezunu
5- Lise mezunu 5- Lise mezunu
6- Yüksekokul mezunu 6- Yüksekokul mezunu
5. Kaç kardeşsiniz?
1. yok 2. Bir tane 3. İki tane
4. Üç tane 5. Dört tane 6. Beş ve üzere
6. Kaç tane çocuğunuz olsun istersiniz?
1. Çocuk istemem 2. Bir tane 3. İki tane 4. Üç tane
5. Dört tane 6. Beş ve üzere
7. Medeni durumunuz?
1. Evli (**evli iseniz 10. soruya geçiniz**) 2. Bekar
8. Cinsel ilişki deneyiminiz var mı?
1- Evet 2- Hayır
9. İlişki sırasında herhangi bir gebeliği önleyici (doğum kontrol) yöntemi kullandınız mı?
1- Evet 2- Hayır
a. Evet ise hangi yöntemi kullandınız ?
- b. Hayır ise neden her hangi bir gebeliği önleyici (doğum kontrol) yöntemi kullanmadınız?.....
..

10. Evli iseniz
- Kaç yıllık evlisiniz?.....
 - Çocuğunuz var mı? (varsa kaç tane).....
 - Herhangi bir gebeliği önleyici (doğum kontrol) yöntemi kullanıyor musunuz?
c/1. Evet ise hangi yöntemi kullandınız ?
c./2.Hayır ise neden her hangi bir gebeliği önleyici (doğum kontrol) yöntem kullanmadınız?.....
..
 - Korunma yöntemleri ile ilgili eşinizle konuşur musunuz?.....
11. Sahip olunacak çocuk sayısını belirlemek eşlerin elinde midir?
1- Evet 2- Hayır 3- Allah bilir 4- Bilmiyorum
12. Aşağıdaki gebeliği önleyici (doğum kontrol) yöntemlerinden hangilerini biliyorsunuz?
13. Sizce gebeliği önleyici (doğum kontrol) yöntemlerini eşlerden hangisi uygulamalıdır?
1-.Erkek 2-.Kadın 3-.Her ikisi de 4- Bilmiyorum
14. Gebeliği önleyici (doğum kontrolü) yöntem sizce gerekli midir?
1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
15. Gebeliği önleyici (doğum kontrol) yöntem konusunda bilgi düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
1.Yeterli 2- Yetersiz
16. Gebeliği önleyici (doğum kontrol) yöntemle ilgili bilgilerinizi nereden öğrendiniz?
(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)
1– Televizyon
2– İnternet
3– Basılı materyaller (Kitap, broşür, dergi vb.)
4– Okul
5– Sağlık personeli (doktor, hemşire, eczacı ve diğer sağlık çalışanları)
6– Anne, baba ve yakın akraba
7– Arkadaş
8– Diğer (yazınız).....
17. Gebeliği önleyici (doğum kontrol) yöntem ile ilgili kolaylıkla bilgi alabileceğiniz bir sağlık kuruluşu var mı?
1 . Evet ise adını yazınız:.....)
2 . Hayır
18. Bu kuruma bilgi almak için baş vurdunuz mu?

EK 2-ERLERİN AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN BİLGİLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU.

Sıra No:

1. Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaşlar arasında olması gerekir?
a. 18-25 b. 18-30 c. 20-17 d. 25-40
2. En fazla kaç gebelikten sonra kadının sağlığı tehlikeye girer?
a. 3 b. 4 c. 5 d. 6 ve üzeri
3. Kadın sağlığı açısından iki gebelik arasında en az kaç yıl olmalıdır?
a. 1 b. 2 c. 3 d. 4
4. Size göre aile planlaması nedir?
5. Aşağıdaki aile planlaması yöntemlerinden hangisi **etki derecesi sınırlı bir** korunma yöntemidir?
a. Gebeliği önleyici haplar
b. Spiral / rahim içi araç
c. Kondom/ prezervatif/ kaput
d. Geri çekme
6. Aşağıdaki aile planlaması yöntemlerinden hangisi hormon içermez?
a. Mini haplar
b. Aylık iğneler
c. Deri altı kapsülleri / Norplatlar
d. Spermisitler(vajinal fitil veya jeller)
7. Gebeliği önleyici haplarla ilgili hangisi **yanlıştır**?
a. Hap kullanmadan önce bir sağlık kuruluşuna başvurmak gerekir.
b. Hap kullanırken sigara içmenin bir zararı yoktur.
c. Hap düzenli olarak her gün, aynı saatte bir tane alınmalıdır.
d. Hap kullanımının rahim kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.
8. Mini haplarla ilgili hangisi **yanlıştır**?
a. Emziren kadınlar da koruyuculuğu yüksektir.
b. Kadın hormonlarından, progesteron ve östrojenin her ikisini de içerir.
c. Anne sütünün niteliğini değiştirmez.
d. Adet düzensizliklerine neden olur.
9. Gebelikten koruyucu iğnelerle ilgili hangisi doğrudur?
a. Etkisiz bir aile planlaması yöntemidir.
b. İğneler haftalık yapılır.
c. İçeriğinde kadın hormonu bulunur.
d. Karaciğer hastalığı olan kadınlarda rahatlıkla kullanabilirler.
10. Spiral (rahim içi araç,RİA)ile ilgili hangisi **yanlıştır**?
a. Gebeliği önleyici etkisi % 98-100'dür.
b. Rahim içinde 6-10 yıl kadar kalabilir.
c. Adetlerinde aşırı kanama ve ağrı olan kadınlara önerilmez.
d. Emziren kadınlar kullanamaz.

11. Kadının tüplerinin bağlanması/tüpligasyon ile ilgili hangisi doğrudur?
- Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.
 - Kadının adetten kesilmesine neden olur.
 - İşlemden sonra gebeliği önleyici etkisi 2-3 ay sonra başlar.
 - Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur.
12. Erkeğin tüplerinin bağlanması/vazektomi ile ilgili hangisi doğrudur?
- İşlemden sonra, hasta 2-3 gün gözlem altında tutulur.
 - İşlemden sonra eşler 20 boşalma boyunca ek bir yöntemle korunmalıdır.
 - Yöntem erkeğin cinsel arzu ve yeterliliğinde azalmaya neden olabilir.
 - İşlemden sonra, kişi istediği zaman tekrar çocuk sahibi olabilir.
13. Erkek kondomu ile ilgili hangisi doğrudur?
- Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıkların geçişini önler.
 - Aynı kondom bir defadan fazla kullanılabilir.
 - Kondomu sıcak ve nemli yerlerde saklamak gerekir.
 - Kondom, etkili bir aile planlaması yöntemi değildir.
14. Kondom/ prezervatif kullanırken ilişki sırasında yırtılırsa ne yaparsınız?
- Hemen eşimin vajinasını yıkamasını söylerim.
 - Eşimin adet gününde geçikme olursa, bir sağlık kuruluşuna gitmesini sağlarım.
 - İlk 72 saat geçmeden acil korunma için bir sağlık kuruluşuna başvururum.
 - Eşimin hemen sperm öldürücü jel/ krem/ ftil kullanmasını sağlarım.
15. Kadın kondomu ile ilgili hangisi doğrudur?
- Kadının adetli olduğu dönemlerde kullanılamaz.
 - Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan, erkek kondomu kadar korumaz..
 - Kadın bu kondomu ilişkiden saatlerce öncesinde (**8 saat**) takabilmektedir.
 - Erkek kondomundan daha ucuzdur ve birden fazla kullanılabilir.
16. Spermisitlerle ilgili hangisi doğrudur?
- Spermileri etkisiz hale getirmek için ağızdan alınan tabletlerdir.
 - Koruma etkisi haplardan daha yüksektir.
 - Koruyucu etkileri 1 saat sürer.
 - İlk kullanmada kızarıklık, iritasyon veya kaşıntı hissedilebilir sonra geçer.
17. Emzirme yönteminin gebeliği önlemesi ile ilgili hangisi **yanlıştır**?
- İlk 6 ay süreyle % 98 oranında etkili bir şekilde korur.
 - Bebeğin beslenmesinin en az %85'inin anne sütüyle sağlanması gerekir.
 - Bebeğin günde sık aralıklarla (6-10 kez) ve en az 4 dakika emzirilmesi gerekir.
 - Anne ilk 6 ayda adet görse bile koruyucudur ama 6 aydan sonra korumaz.
18. Geri çekme yöntemi ile ilgili hangisi doğrudur?
- Geri çekme güvenilir bir yöntemdir.
 - Sık ve düzenli ilişkisi olan çiftler için uygundur.
 - Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
 - Erkeğin aile planlaması sorumluluğunu paylaşmasını sağlar.

EK 3-ERLERİN AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN BİLGİLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU CEVAP ANAHTARI.

1. Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaşlar arasında olması gerekir?
a. 18-25 b. 18-30 c. 20-17 d. 25-40
2. En fazla kaç gebelikten sonra kadının sağlığı tehlikeye girer?
a. 3 b. 4 c. 5 d. 6 ve üzeri
3. Kadın sağlığı açısından iki gebelik arasında en az kaç yıl olmalıdır?
a. 1 b. 2 c. 3 d. 4
4. Size göre aile planlaması nedir?
 - Eşlerin istedikleri kadar çocuk sahibi olmaları.
 - Eşlerin istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları
 - Çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olmaları
 - İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi
5. Aşağıdaki aile planlaması yöntemlerinden hangisi **etki derecesi sınırlı bir** korunma yöntemidir?
 - e. Gebeliği önleyici haplar
 - f. Spiral / rahim içi araç
 - g. Kondom/ prezervatif/ kaput
 - h. Geri çekme
19. Aşağıdaki aile planlaması yöntemlerinden hangisi hormon içermez?
 - a. Mini haplar
 - b. Aylık iğneler
 - c. Deri altı kapsülleri / Norplatlar
 - d. Spermisitler
20. Gebeliği önleyici haplarla ilgili hangisi **yanlıştır**?
 - a. Hap kullanmadan önce bir sağlık kuruluşuna başvurmak gerekir.
 - b. Hap kullanırken sigara içmenin bir zararı yoktur.
 - c. Hap düzenli olarak her gün, aynı saatte bir tane alınmalıdır.
 - d. Hap kullanımının rahim kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.
21. Mini haplarla ilgili hangisi **yanlıştır**?
 - a. Emziren kadınlar da koruyuculuğu yüksektir.
 - b. Kadın hormonlarından, progesteron ve östrojenin her ikisini de içerir.
 - c. Anne sütünün niteliğini değiştirmez.
 - d. Adet düzensizliklerine neden olur.
22. Gebelikten koruyucu iğnelerle ilgili hangisi doğrudur?
 - a. Etkisiz bir aile planlaması yöntemidir.
 - b. İğneler haftalık yapılır.
 - c. İçeriğinde kadın hormonu bulunur.
 - d. Karaciğer hastalığı olan kadınlarda rahatlıkla kullanabilirler.
23. Spiral (rahim içi araç, RİA) ile ilgili hangisi **yanlıştır**?
 - a. Gebeliği önleyici etkisi % 98-100'dür.
 - b. Rahim içinde 6-10 yıl kadar kalabilir.
 - c. Adetlerinde aşırı kanama ve ağrı olan kadınlara önerilmez.
 - d. Emziren kadınlar kullanamaz.

24. Kadının tüplerinin bağlanması/tüpligasyon ile ilgili hangisi doğrudur?
- Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.
 - Kadının adetten kesilmesine neden olur.
 - İşlemden sonra gebeliği önleyici etkisi 2-3 ay sonra başlar.
 - Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur.
25. Erkeğin tüplerinin bağlanması/vazektomi ile ilgili hangisi doğrudur?
- İşlemden sonra, hasta 2-3 gün gözlem altında tutulur.
 - İşlemden sonra eşler 20 boşalma boyunca ek bir yöntemle korunmalıdır.
 - Yöntem erkeğin cinsel arzu ve yeterliliğinde azalmaya neden olabilir.
 - İşlemden sonra, kişi istediği zaman tekrar çocuk sahibi olabilir.
26. Erkek kondomu ile ilgili hangisi doğrudur?
- Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıkların geçişini önler.
 - Aynı kondom bir defadan fazla kullanılabilir.
 - Kondomu sıcak ve nemli yerlerde saklamak gerekir.
 - Kondom, etkili bir aile planlaması yöntemi değildir.
27. Kondom/ prezervatif kullanırken ilişki sırasında yırtılırsa ne yaparsınız?
- Hemen eşimin vajinasını yıkamasını söylerim.
 - Eşimin adet gününde geçikme olursa hemen bir sağlık kuruluşuna gitmesini sağlarım.
 - İlk 72 saat geçmeden acil korunma için bir sağlık kuruluşuna başvururum.
 - Eşimin hemen sperm öldürücü jel/ krem/ ftil kullanmasını sağlarım.
28. Kadın kondomu ile ilgili hangisi doğrudur?
- Kadının adetli olduğu dönemlerde kullanılamaz.
 - Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan, erkek kondomu kadar korumaz..
 - Kadın bu kondomu ilişkiden saatlerce öncesinde (8 saat) takabilmektedir.
 - Erkek kondomundan daha ucuzdur ve birden fazla kullanılabilir.
29. Spermisitlerle ilgili hangisi doğrudur?
- Spermileri etkisiz hale getirmek için ağızdan alınan tabletlerdir.
 - Koruma etkisi haplardan daha yüksektir.
 - Koruyucu etkileri 1 saat sürer.
 - İlk kullanmada kızarıklık, iritasyon veya kaşıntı hissedilebilir sonra geçer.
30. Emzirme yönteminin gebeliği önlemesi ile ilgili hangisi **yanlıştır**?
- İlk 6 ay süreyle % 98 oranında etkili bir şekilde korur.
 - Bebeğin beslenmesinin en az %85'inin anne sütüyle sağlanması gerekir.
 - Bebeğin günde sık aralıklarla (6-10 kez) ve en az 4 dakika emzirilmesi gerekir.
 - Anne ilk 6 ayda adet görse bile koruyucudur ama 6 aydan sonra korumaz.
31. Geri çekme yöntemi ile ilgili hangisi doğrudur?
- Geri çekme güvenilir bir yöntemdir.
 - Sık ve düzenli ilişkisi olan çiftler için uygundur.
 - Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
 - Erkeğin aile planlaması sorumluluğunu paylaşmasını sağlar.

Ek-4

AİLE PLANLAMASI EĞİTİM PROGRAMI

1. GÜN	2. GÜN
<p>Açılış Tanışma Beklentiler Kursun Amaç ve Hedefleri</p> <p>Nüfus ve Sağlık İlişkisi Aile Planlamasının Önemi; Tanımı ve Yararları Kadın/Erkek Üreme Organları, Gebeliğin Oluşumu Etkili/Etkisiz Korunma Yöntemleri Süre : 60 dk</p> <p><u>Dersin Amacı:</u> Öğrenciler, Aile Planlaması (AP)'nin tanımı, nüfus sağlık ilişkisi, kadın ve erkek üreme organları, gebeliğin oluşumu ve korunma yöntemlerinin sınıflandırılması ile ilgili bilgi sahibi olacaklardır.</p> <p><u>Kullanılacak Yöntem ve Teknikler :</u></p> <p>İnteraktif yöntemlerle dersin anlatılması, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, 15 dakika ara</p> <p>Gebeliği Önleyici Hormonal Yöntemler Süre : 60 dk</p> <p><u>Dersin Amacı:</u> Öğrenciler; gebeliği önleyici haplar, gebelikten koruyucu iğneler, derialtı kapsülleri (Norplant) ile ilgili bilgi sahibi olacaklar.</p> <p><u>Kullanılacak Yöntem ve Teknikler :</u> Beyin fırtınası, data showla sunumun yapılması, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, grup çalışması. Spiral (Rahim İçi Araç)</p>	<p>Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon (Tüpligasyon ve Vazektomi) Süre : 60 dk</p> <p><u>Dersin Amacı:</u> Öğrenciler; Spiral, tüpligasyon ve vazektominin nasıl koruduğunu ve kimler için uygun olduğunu bilecekler.</p> <p><u>Kullanılacak Yöntem ve Teknikler :</u> Anlatma yöntemi, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası.</p> <p>Bariyer Yöntemler Süre : 60 dk</p> <p><u>Dersin Amacı:</u> Öğrenciler; Kondom, diyafram ve spermisitlerin nasıl koruduğunu ve kimler için uygun olduğunu bilecekler.</p> <p><u>Kullanılacak Yöntem ve Teknikler :</u> Anlatma yöntemi, tartışma yöntemi, demonstrasyon yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, grup çalışması. 15 dakika ara</p> <p>Doğal Aile Planlaması Yöntemleri Süre : 60 dk</p> <p><u>Dersin Amacı:</u> Öğrenciler; Emzirme, Takvim, Geri Çekme, Vajinal Yıkama yöntemlerinin nasıl koruduğunu ve kimler için uygun olduğunu bilecekler.</p> <p><u>Kullanılacak Yöntem ve Teknikler :</u> Anlatma yöntemi, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası.</p>

EK -5

AİLE PLANLAMASI EĞİTİM KİTAPÇIĞI



HAZIRLAYAN
ÖĞR. GÖR. ASIYE UZEL

Mersin 2006

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
DERS PLANI I.....	104
• Nüfus ve Sağlık.....	105
• Aile Planlamasının Tanımı.....	107
• Aile Planlamasının Yararları.....	108
• Aile Planlaması Yöntemleri.....	109
• Kadın Üreme Organları.....	110
• Erkek Üreme Organları.....	112
• Yumurtanın Oluşumu ve Rahim İçi Hareket.....	113
• Aşılama (Gebeliğin Oluşumu).....	113
DERS PLANI II.....	114
• Gebeliği Önleyici Haplar	115
• Mini Haplar.....	116
• Gebelikten Koruyucu İğneler.....	117
• Deri Altı Kapsülleri.....	118
DERS PLANI III.....	119
• Spiral (Rahim İçi Araç, RİA).....	120
• Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon.....	121
DERS PLANI IV.....	124
• Erkek ve Kadın Kondomu (Kapat, Kılıf, Prezervatif).....	125
• Hazneye Konan Diyafram.....	128
• Spermisitler.....	128
DERS PLANI V.....	130
• Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi).....	131
• Takvim Yöntemi	131
• Geri Çekme.....	132
• Vajinal Yıkama.....	132
• Kaynaklar.....	133

DERS PLANI I

AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNE GENEL BAKIŞ

Dersin Amacı: Öğrenciler, Aile Planlaması (AP)'nin tanımı, nüfus sağlık ilişkisi, kadın ve erkek üreme organları, gebeliğin oluşumu ve korunma yöntemlerinin sınıflandırılması ile ilgili bilgi sahibi olacaklardır.

Dersin Süresi : 60 dakika

Kullanılacak Yöntem ve Teknikler : İnteraktif yöntemlerle dersin anlatılması, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, grup çalışması.

Kullanılacak Araç - Gereçler : Yazı tahtası, tepegöz, barkovizyon, kadın ve erkek üreme organlarını gösteren posterler, kadın ve erkek üreme organlarının maketleri, beyaz dosya kağıdı, kalem .

Dersin Hedefleri:

1. Nüfus ve sağlık ilişkisini açıklayabilme.
2. Aile planlaması kavramını tanımlayabilme.
3. Aile planlamasının yararlarını sayabilme.
4. Aile planlaması yöntemlerini sınıflayabilme
5. Etkili ve etki derecesi sınırlı aile planlaması yöntemlerini sıralayabilme
6. Kadın / erkek üreme organlarını sayabilme.
7. Gebeliğin oluşum aşamalarını sayabilme.

Nüfus ve Sağlık

Gelişmekte olan ülkelerin sorunlarının başında hızlı nüfus artışı gelmektedir. Birleşmiş Milletlerin nüfus raporunda, dünyanın toplam nüfusu 6 milyar 55 milyondur. Gelişmiş ülkeler, toplam nüfusun % 19.6'sını oluştururken, nüfusun % 80.4'tü gelişmekte olan ülkelerdedir.

Hızlı nüfus artışı sağlık, eğitim ve çevre gibi alanlardaki olumsuzluklarla, psiko-sosyal ve ekonomik sorunların büyük bir kısmının temel kaynağını oluşturmaktadır. Gelişmekte olan dünyada 110 milyondan fazla çocuk okumayıp iş yerlerinde çalışıyor. Birçok ülkedeki geleneksel eğitim sistemleri çocuklara ulaşma bakımından çok zorluklar içeriyor. Dünyanın en az kalkınan ülkelerinde erkeklerin ilkokula kayıt yaptırma oranı yalnızca % 56, kızların ise % 44'tür. En az 1.5 milyar insan (dünya nüfusunun dörtte biri) yeterli içme suyundan yoksundur.

Aşırı doğurganlık ana ve çocuk sağlığını da olumsuz olarak etkileyen en önemli faktördür. Ailedeki çocuk sayısı arttıkça ve doğumlar arasındaki süre kısaldıkça anne ve çocuk ölümleri de artıyor. Her yıl 3.3 milyon sayıda bebek ölü doğmakta, 4 milyondan fazlası dünyaya geldikten sonraki ilk 28 gün içerisinde ölmekte ve 6.6 milyon küçük çocuk 5 yaşından önce ölmektedir. Aynı zamanda anne ölümleri, sıklıkla hamilelik sürecinde ortaya çıkan ani, beklenmedik ölümler (güvenli olmayan düşükler nedeni ile 68.000), doğum esnasında, ya da bebek doğduktan sonra yıllık toplam rakam 529.000'i bulmaktadır.

Bu nedenledir ki; bugün hızlı nüfus artışının kontrol edilebilmesi ve sorunların çözümlenebilmesi için ülkelerin AP politikaları ve bu alanda yer alan hizmetler önem kazanmıştır.

Türkiye 2002 yılı itibariyle 69.7 milyon insan nüfusu ile dünyanın en kalabalık 17. ülkesidir. Nüfusun yaklaşık yarısı 25 yaşın altındadır, 6 yaşın üstündeki nüfusun %15 okuma yazma bilmemektedir. Türkiye'de bir kadın doğurganlık çağının sonuna geldiğinde ortalama 2.2 doğum yapmaktadır. Günümüzdeki toplam doğurganlık hızı, 1970'lerde kaydedilen hızdan % 50 daha düşüktür. Ancak, nüfus artışındaki bu olumlu gelişmelere rağmen bazı sorunlar devam etmektedir. Doğurganlık hızlarında belirgin bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Doğurganlık hızı Doğu bölgesinde en yüksek (kadın başına 3.7 çocuk) ve Batı bölgesinde en düşük (kadın başına 1.9 çocuk) düzeyindedir. Okuma-yazma bilmeyen anneler ortalama 5.6 çocuk sahibi olurken, yüksek eğitilmiş

anneler ortalama 1.3 çocuk yapmaktadırlar. TNSA-2003 sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu evli kadınların son beş yılda yapmış oldukları doğumların %14'ü daha sonrası olması istenen, %20'si ise istenmemiş doğumlardır. 15-49 yaş grubu kadınlarda isteyerek düşük hızı 100 gebelikte 11.3 olarak saptanmıştır.

Eğer Türkiye'de; riskli gruplara yönelik başarılı AP hizmetleri verilebilse, mevcut anne ve bebek ölümlerimizin en az üçte birinin bu yaklaşımla önlenebileceği de hatırdta tutulması gereken diğer önemli bir noktadır.

Bu göstergeler ülkemizde istenmeyen gebelikler, istenmeyen gebelikler sonucu olan doğumlar ve isteyerek yapılan düşüklüklerin yaygın olduğunu göstermektedir. Türkiye'de 15-49 yaş arası halen evli kadınların %71'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Ne var ki, bunun sadece % 43'ü gebeliği önleyici modern yöntemleri içermektedir. Yöntem kullanımı ve modern yöntem kullanımı oranları arasında bölgeler ve yerleşim birimleri arasında büyük farklılıklar ve hizmet açığı görülmektedir. Doğurgan çağıdaki tüm kadınları ve erkekleri etkileyen istenmeyen gebelikler hem sağlıkla ilgili, hem sosyal hem de ekonomik bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye'de AP Yöntemlerinin Kullanımındaki Değişim (1988-2003)

Gebeliği önleyici yöntem	Evli kadın yüzdesi (TNSA)			
	1988	1993	1998	2003
Herhangi bir yöntem	63.4	62.6	63.9	71.0
Modern yöntem	31.0	34.5	37.7	42.5
Hap	6.2	4.9	4.4	4.7
RİA	14.0	18.8	19.8	20.2
Kondom	7.2	6.6	8.2	10.8
Tüp ligasyonu	1.7	2.9	4.2	5.7
Diğer modern yönt.	2.0	1.3	1.1	1.1
Geleneksel yöntem	32.3	28.1	26.1	28.5
Takvim	3.5	1.0	1.1	1.1
Geri çekme	25.7	26.2	24.4	26.4
Diğer geleneksel yönt.	3.1	0.9	0.6	1.0
Halen yöntem kullanmıyor	36.6	37.4	36.1	29.0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0

AİLE PLANLAMASININ TANIMI



AP, ailelerin istedikleri zaman, bakabilecekleri, yetiştirebilecekleri sayıda çocuk sahibi olmalarıdır. ***Bu hizmet, ailedeki kişi sayısını sınırlandırma anlamı taşımaz!*** Çocuk yapmada aileler, tamamen serbest olup, kendi iradeleri ile istedikleri, bakabilecekleri, yetiştirebilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilirler. Önemli olan ailelerin bilinçli olarak, sorumluluk taşıyarak karar vermeleridir.

AŞIRI DOĞURGANLIĞIN ETKİLERİ

<p>Anne için tehlikesi nedir?</p> 	<p>Bebek için tehlikesi nedir?</p> 
<ol style="list-style-type: none">1. Gebelik zehirlenmesi olabilir.2. Doğumda kanama olabilir.3. Doğumlar zor olabilir.4. Anne ölebilir. <p>Kadın hastalıkları artabilir.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Bebekler erken doğabilir.2. Rahim içinde beslenme bozukluğu olabilir.3. Bebek sakat doğar4. Sakat doğumlar olabilir5. Bebek ölümü olabilir.

GEBELİĞİN TEHLİKELİ OLDUĞU KADINLAR

- 20 yaşından küçük 17 yaşından büyük olanlar.
- 2 yıldan sık ve 4'ten fazla gebe kalanlar.
- Yüksek tansiyonlu/ Hasta kadınlar.

AİLE PLANLAMASININ YARARLARI

Ana Sağlığı Açısından Yararları

- Gebelik, düşük, doğum ve lohusalığa bağlı anne ölümleri azalır.
- Doğum yaşının ayarlanmasına bağlı olarak gebelik ve doğum sırasındaki riskleri düşürür.
- Gebelik korkusunun kalkması ile cinsel sağlık kavramı pozitif yönde güçlenir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda düşüş görülür.
- Annede beslenme bozukluğu, kansızlık, gebeliğe bağlı yüksek tansiyon ve şeker hastalığında düşüş görülür.

Çocuk Sağlığı Açısından Yararları

- Bebek ölümleri azalır.
- Erken doğum, gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı olan bebek doğum oranları düşer.
- İleri yaş gebelikleri engelleneceğinden bebeklerde görülen doğumsal bozukluklar azalır.
- Yeterli süre anne sütü ile beslenmesi sonucu beslenme bozuklukları, hastalıklar azalır ve çocukların zeka düzeyleri gelişir.

Aileye Sağladığı Yararlar

- Ailede gelirin kişi başına düşen diliminin dengelenmesi ve artması ile ekonomik refah sağlar.
- Yeterli ve dengeli beslenme olanağının artması ile fiziksel ve zihinsel gelişmede artış sağlar.
- Aile üyelerinin sağlık eğitimi ve tıbbi bakım alabilme imkanlarının artmasını sağlar.

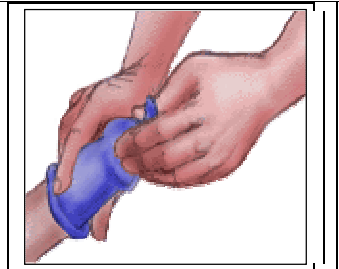


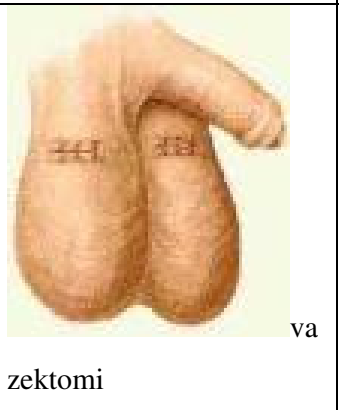
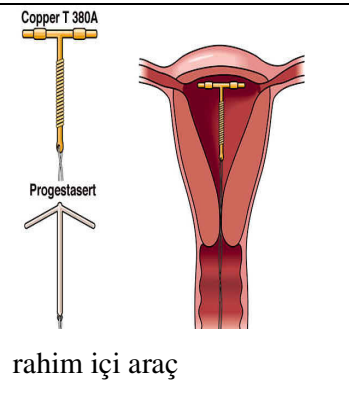
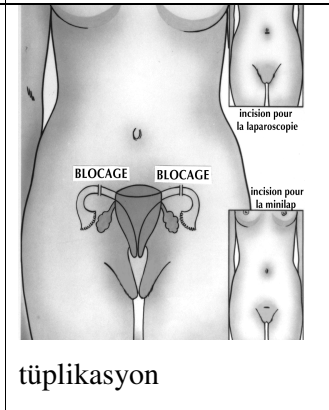
- Çocukların, ebeveynlerinin sevgi ve ilgisinden en yüksek oranda yararlanabilmesini sağlar.

Topluma Sağladığı Yararlar

- Sağlıklı anne ve çocuk sayısı artar.
- Sağlıklı ve güvenli aileler çoğalır.
- Hızlı nüfus artışının ekonomik gelişme üzerindeki olumsuz etkileri azalır.
- Toplumun beslenme, konut, eğitim ve çevre koşulları gelişir.
- Toplumun refah düzeyi yükselir.

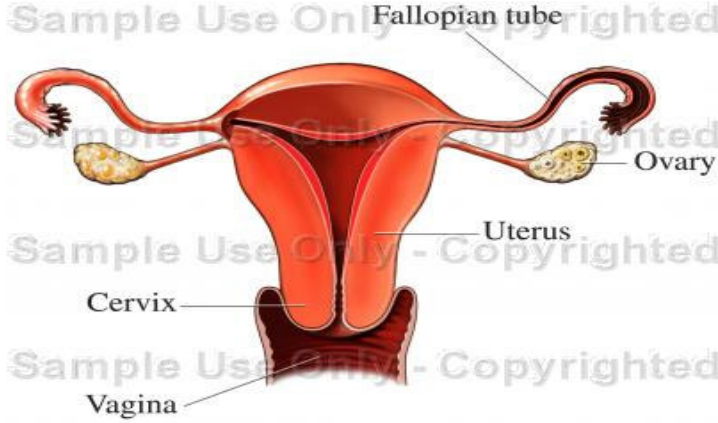
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

A) **Etkili AP yöntemleri** : Gebeliği önleyici haplar, minihaplar, iğneler, norplantlar, spiral(rahim içi araç), cerrahi sterilizasyon (kadında tüpligasyon, erkekte vazektomi), kondom, diyafram.

		
erkek kondomu	kadın kondomu	haplar
		
zektomi	rahim içi araç	tüplikasyon

B) **Etki derecesi sınırlı aile planlaması yöntemleri** : Spermisitler, emzirme(laktasyonel amenore yöntemi), periyodik cinsel perhiz (takvim yöntemi,servikal mukus yada ovülasyon yöntemi, bazal vücut ısısı, sempto-termal metod), geri çekme, vajinal yıkama.

KADIN ÜREME ORGANLARI



Hazne (vajen) : Vücudun dışından iç genital organlara doğru bir geçit görevi gören, genişleyebilen 7-10 cm uzunluğunda bir kanaldır. Cinsel birleşme bu kanal aracılığıyla olur. Adet kanının dışarı atılmasını sağlar.

Rahim (uterus) : Armut biçiminde 7-8 cm uzunluğu, 5 cm eni ve 2.5 cm kalınlığı olan bir organdır. Rahim iç yüzü, bebeğin gelişmesine uygun bir tabakayla kaplıdır. Bu tabaka her ay yenilenir ve eski dokular adet kanamasıyla dışarı atılır. Gebelik süresince, bebek rahim içinde büyüyüp gelişir. Rahmin esas görevi budur.

Yumurta kanalları (tüpler) : Rahmin iki yanından çıkıp, yumurtalıklara kadar uzanan 11-12 cm uzunlukta ince kanallardır. Yumurtalıktan her ay çıkan yumurtayı, rahmin içine taşırlar. Aşılama bu tüpler içinde olur.

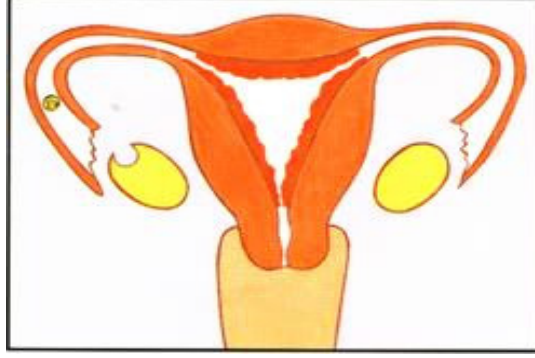
Yumurtalıklar : Rahmin sağına ve soluna yerleşmiş, badem büyüklüğünde iki adet organdır. Kadınlık hormonlarını ve kadın üreme hücresi olan yumurtayı üretirler.

Kadın Üreme Organları Nasıl Çalışır?

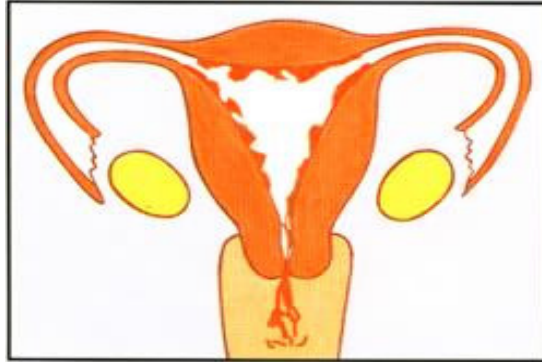
1. Kadında, üreme ile ilgili olaylar beyin tarafından kontrol edilmektedir, yani yumurtalıkları beyin çalıştırır. Yumurtalıklardan çıkan bazı salgılar (hormonlar) da, rahim içinin gelişmesini sağlar.



1. Yumurtalıklar, kadınlık hormonlarını salgılar ve her ay, sadece bir yumurta hücresinin yumurtalıktan tüplere doğru atılmasını sağlarlar. Bu esnada, kadınlık hormonlarının etkisi ile rahmin iç tabakası kalınlaşır ve gebelik için uygun bir ortam oluşturur.

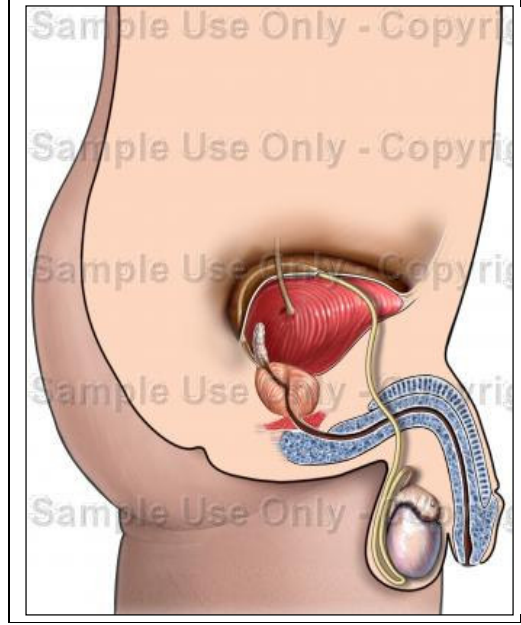


2. Yumurta hücresi döllenmezse rahmin iç tabakası birkaç gün içinde gerilemeye başlar ve kanama halinde rahimden dışarı atılır. Buna "adet görme" denir.



3. Her adet döneminde kadında:
 - o Yumurta hücresi, yumurtalıklarda gelişir ve bu esnada rahmin iç tabakası da gelişip, kalınlaşmaya başlar.
 - o Olgun yumurta hücresi, yumurtalıktan çıkarak tüpler tarafından yakalanır.
 - o Rahmin iç tabakasının kalınlaşması tamamlanarak gebeliğe uygun hale gelir.
 - o Gebelik oluşmadığı takdirde, rahmin iç tabakası adet kanaması olarak dışarı atılır. Bu olaylar aynı sırayla her ay tekrarlanır.

ERKEK ÜREME ORGANLARI



Hayalar/ Testis : Erkeklik hormonu salgılayan salgı bezleri olup, aynı zamanda erkek üreme hücrelerinin de üretildiği, 4-5 cm boyunda ve 2-3 cm genişliğinde yan yana duran iki yuvarlak organdır.

Meni kanalı : Hem idrarın, hem de meninin dışarı atıldığı kanaldır.

Meni kesecikleri : İdrar torbasının arkasında bulunan bir alt organdır. Erkek üreme hücrelerini besler, meni kanallarından gelen erkek üreme hücreleri meni keseciklerinden gelen sıvı ve prostatın salgıladığı sıvı ile karışarak semen adını alır ve semen cinsel ilişki sırasında dışarı atılır.

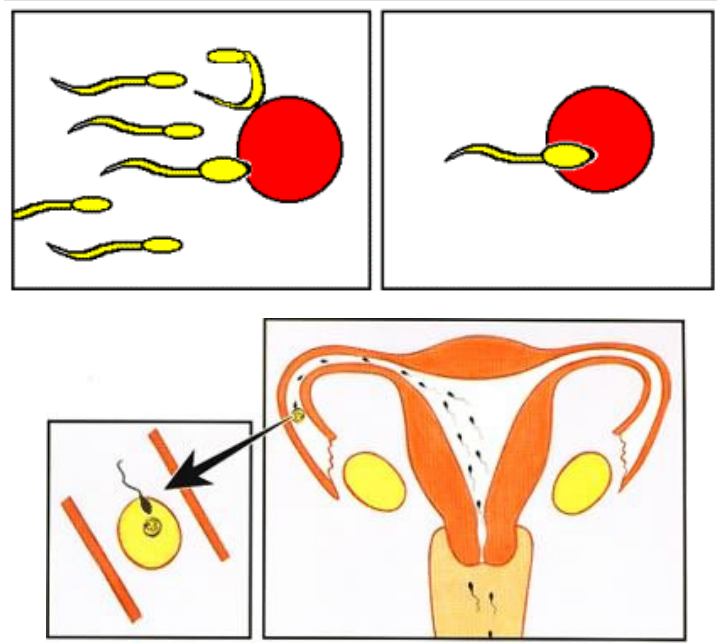
Prostat : İdrar torbasının hemen altında yer alan, erkek tohum hücrelerinin hareketini artırıcı sıvı salgılayan bir organdır. Salgıladığı sıvı, meninin bir bölümünü oluşturur ve cinsel ilişki sırasında kadının haznesindeki kimyasal ortamı erkek tohum hücrelerinin hareketine uygun hale getirir.

Penis : Erkek cinsel birleşme organıdır.

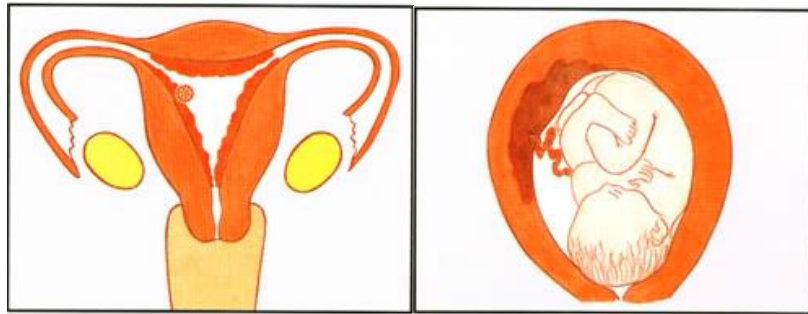
YUMURTANIN OLUŞUMU VE RAHİM İÇİ HAREKET

Her ay yumurtalıkta oluşan yumurta tüplere düşer. Rahime doğru ilerler ve 48 saat canlı kalır, erkek üreme hücresi tarafından döllenmezse kendi kendine yok olur. Yumurta aşılalmazsa, rahim içi tabakası, birkaç gün gerilemeye başlar ve kanama halinde rahimden dışarı atılır.

AŞILAMA (GEBELİĞİN OLUŞUMU)



Her cinsel ilişkide milyonlarca erkek tohum hücresi hazneye dökülür. Rahim boşluğundan tüplere giderler. Bu hücreler kadın üreme organlarının içinde 72 saat canlılığını korur. Bu hücrelerden bir tanesi yumurta ile birleşerek aşılama (döllenme) meydana getirir. Aşılama olmuş yumurta gelişmeye başlar ve tüplerde ilerleyerek 5-6 gün içinde rahmin içine gelir, rahmin iç tabakasına yerleşir, sonra bu tabakaya gömülerek gelişmesini sürdürür.



DERS PLANI II

GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ HORMONAL YÖNTEMLER

Dersin Amacı: Öğrenciler; Gebeliği önleyici haplar, gebelikten koruyucu iğneler, derialtı kapsülleri (Norplant) ile ilgili bilgi sahibi olacaklar.

Süresi : 60 dakika

Kullanılacak Yöntem ve Teknikler : Anlatma yöntemi, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, grup çalışması, örnek olay yöntemi, gösteri yöntemi.

Kullanılacak Araç – Gereçler : Yazı tahtası, tepegöz, gebeliği önleyici haplar, minihaplar, gebelikten koruyucu iğneler, norplant, gebelikten koruyucu iğnelerin, norplantın nasıl uygulandığını gösteren posterler.

Dersin Hedefleri :

- Konu içinde geçen kavramları tanımlayabilme.
- Gebeliği önleyici hapların, minihapların, gebelikten koruyucu iğnelerin ve norplantın gebeliği nasıl önlediğini ifade edebilme.
- Gebeliği önleyici hapların, minihapların, gebelikten koruyucu iğnelerin ve norplantın faydalarını ve sakıncalarını listeleyebilme.
- Gebeliği önleyici hapların, minihapların, gebelikten koruyucu iğnelerin ve norplantın nasıl kullanıldığını ve uygulandığını söyleyebilme.
- Gebeliği önleyici hapların, mini hapların, gebelikten koruyucu iğnelerin ve norplantın kimler için uygun olduğunu söyleyebilme.
- Gebeliği önleyici hapların, minihapların, gebelikten koruyucu iğnelerin ve norplantın önemini kavrayabilme.

GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ HAPLAR



NASIL KORUR?

Kadınların yumurtalıklarından her adet döneminde bir yumurta çıkar. Günde bir adet hap alınarak, yumurtalıklarda yumurta gelişmesi engellenir.

FAYDALARI NELERDİR?

Doğru kullanıldığında gebeliği önleyici etkisi %100'dür. Rahim ve yumurtalık kanserine karşı koruyucudur. Kullanımı kolaydır.

SAKINCALARI VAR MI?

Bazı kadınlarda, ilk üç ayda hafif mide şikayetleri olabilir. Kilo artışı ve adetlerde azalma olabilir.

AKLINIZDA BULUNSUN!

Hapa başlamadan önce bir sağlık kuruluşuna danışmak yararlıdır. Hap alınması unutulursa gebelik meydana gelebilir. Düzenli olarak hap kullanamayanlar, hapla korunamaz. Bir gün hapını unutan kadın, ertesi gün iki hap almalıdır. İki günlük hap unutulursa, sonraki iki gün üst üste iki hap alınmalıdır. Üç gün hap almayı unutanlar, bir sağlık kuruluşuna danışmalıdır.

HAP KULLANANLAR NELERE DİKKAT ETMELİDİR.?

- Adetler azalır veya kesilirse
- Beklenmeyen kanamalar olursa.
- Tansiyon yükselmesi olursa.
- Baş ağrısı olursa.
- Bulanık görme ortaya çıkarsa.
- Bacaklarda kızarıklık, şişme, ağrı olursa.
- Sol kol-omuz ağrısı olursa
- Göğüste sıkışma, nefes darlığı olursa

Acilen bir sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.

MİNİ HAPLAR

NASIL KORUR?

Gebeliği önleyici haplarla aynı şekilde koruma sağlar. Aralarındaki tek fark mini haplarda sadece progesteron bulunur, östrojen yoktur.

FAYDALARI NELERDİR?

Doğru kullanıldığında gebeliği önleyici etkisi %98.5'dir. Adet kanamasının miktarını ve krampları azaltır. Gebeliği önleyici haplara oranla kilo alma ve bulantı gibi yan etkiler daha azdır. Anne sütünün niteliğini değiştirmez.

SAKINCALARI VAR MIDİR?

Emzirme azaldıkça yada sona erince etkisi azalır, adet düzensizliklerine neden olur.

AKLINIZDA BULUNSUN!

Hapa başlamadan önce bir sağlık kuruluşuna danışmak yararlıdır. Hap alınması unutulursa gebelik meydana gelebilir. Düzenli olarak hap kullanamayanlar, hapla korunamaz. Bir gün hapını unutan kadın ertesi gün iki hap almalıdır. İki günlük hap unutulursa, sonraki iki gün üst üste iki hap alınmalıdır ve bir hafta ek bir yöntem kullanılmalıdır. Üç gün hap almayı unutanlar, bir sağlık kuruluşuna danışmalıdır.

NASIL UYGULANIR?

Emziren kadınlarda doğumdan hemen sonra veya 4 hafta içinde hap kullanmaya başlanır. Bir pakette 21 hap bulunur. Üç hafta her gün aynı saatte bir hap alınır, bir hafta ara verilip yeni bir pakete geçilir. Doğumdan 6 ay sonra tam emzirme devam ediyor olsa bile daha etkili bir yöntemle geçilmelidir.

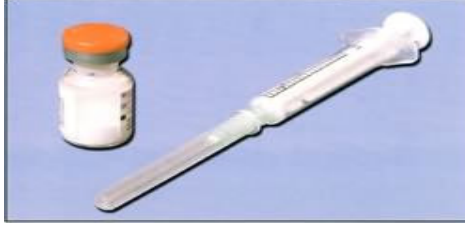
KİMLER İÇİN UYGUNDUR?

- Emziren anneler
- Östrojenin kullanımının sakıncalı olduğu kadınlar (yüksek tansiyon, baş ağrısı vb.)

KİMLER İÇİN UYGUN DEĞİLDİR.?

- Karaciğer hastaları, meme kanseri veya şüphesi olanlar
- Sigara içenler
- Felçli hastalar, felç geçirenler

GEBELİKTE KORUYUCU İĞNELER



NASIL KORUR?

Ayda bir veya üç ayda bir yapılan iğnelerin, içerdiği hormon çok küçük miktarda kana karışır ve yumurta hücrenin oluşumunu engelleyerek, rahim ağzında bulunan salgıları koyulaştırıp, sperm geçişini güçleştirerek ve rahim içi dokuları gebeliğe elverişsiz halde tutarak gebeliği önler.

FAYDALARI NELERDİR?

Doğru kullanıldığında gebeliği önleyici etkisi %100'e yakındır. Sağlıklı kadınların çoğu için uygundur. Üç aylık formu emzikli kadınlarda kullanılabilir.

SAKINICALARI VAR MIDİR?

Adet düzensizliği (artma-azalma-kesilme-ara kanama) yapabilir. Baş ağrısı-bulantı baş dönmesi yapabilir. Ciltte sivilce ve saç dökülmesine sebep olabilir. Kilo artışı görülebilir. Düzenli iğne yapmayı gerektirir.

AKLINIZDA BULUNSUN!

Gebelik kuşkusu olmayan kadınlarda adet döneminin herhangi bir günü iğne uygulanabilir. Tercihen adet başlangıcından itibaren 7. güne kadar, düşükten ise hemen sonra uygulanmalıdır. Bazı ilaçlar (Tüberküloz, epilepsi, romatizma tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar vb.) iğnenin etkisini azaltabilir. Bu yöntemle korunurken adet düzensizlikleri olan kadınların yakınmaları 9-12 ay sonra büyük ölçüde azalabilir.

NASIL UYGULANIR?

Kas içine enjekte edilir. Bu işlem bir sağlık personeline yapılmalıdır.

KİMLER İÇİN UYGUNDUR?

Uzun süre yada sürekli korunma isteyen kadınlar her gün kullanılacak bir yöntemin zahmetine katlanmak istemeyenler.

KİMLER İÇİN UYGUN DEĞİLDİR?

Meme kanseri şüphesi olanlar, gebelik şüphesi olanlar, sarılık, siroz vb. karaciğer hastaları, sebebi belirlenmemiş vajinal kanaması olanlar, damar tıkanıklığı olanlar, kalp krizi ve felç geçirmiş olanlar, yüksek tansiyonlu olanlar, böbrek hastalığı olanlar.

DERİ ALTI KAPSÜLLERİ (NORPLANT/ İMPLANON)



NASIL KORUR?

İnce yumuşak kapsüllerin içinde gebelikten koruyucu hormon bulunur. Bu kapsüller deri altına yerleştirilince, içerdiği hormon çok küçük miktarlarda kana karışır ve yumurta hücresinin oluşumunu engelleyerek, rahim ağzında bulunan salgıları koyulaştırıp, sperm geçişini güçleştirerek ve rahim içi dokuları gebeliğe elverişsiz halde tutarak gebeliği önler.

FAYDALARI NELERDİR?

Gebeliği önleyici etkisi %100'e yakındır. Sağlıklı kadınların çoğu için uygundur. Bir kez uygulanınca 5 yıl başka bir işleme gerek kalmaksızın korur. Cinsel ilişkiye etkisi yoktur. Emzikli kadınlar da kullanabilir.

NASIL UYGULANIR?

Bu işlem, eğitim görmüş sağlık personeline yapılır. İçerdiği hormon 5 yıl süre sonunda biter, kapsüller cilt altından yine sağlık personeli tarafından çıkarılır.

KİMLER İÇİN UYGUNDUR?

Estrojen içeren gebelik önleyici hapları kullanması sakıncalı olanlar. Uzun süre yada sürekli korunma isteyen kadınlar, istediği sayıda çocuğu olup cerrahi korunma istemeyenler, diğer AP yöntemlerini kullanamayanlar veya kullanmak istemeyenler.

KİMLER İÇİN UYGUN DEĞİLDİR?

Meme kanseri şüphesi olanlar, gebelik şüphesi olanlar sarılık, siroz vb. karaciğer hastaları, sebebi belirlenememiş vajinal kanaması olanlar, damar hastalığı olanlar, kalp krizi ve felç geçirmiş olanlar, yüksek tansiyonu olanlar, safra kesesi, böbrek ve kalp hastalığı olanlar, şiddetli baş ağrısı olanlar.

DERS PLANI III

SPİRAL (RAHİM İÇİ ARAÇ)

GÖNÜLLÜ CERRAHİ STERİLİZASYON (TÜPLİGASYON VE VAZEKTOMİ)

Dersin Amacı: Öğrenciler; Spiral, tüpligasyon ve vazektominin nasıl koruduğunu ve kimler için uygun olduğunu bilecekler.

Süresi : 60 dakika

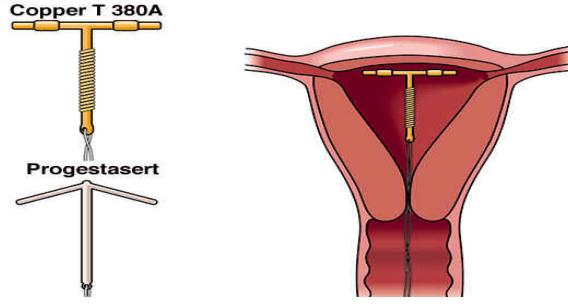
Kullanılacak Yöntem ve Teknikler : Anlatma yöntemi, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, grup çalışması, gösterip-yaptırma yöntemi. Eğitimcinin, öğrencilere spirali göstererek “Bu nedir?” sorusunu yeter sayıda öğrenciye sorması ile tartışma ortamını açması.

Kullanılacak Araç – Gereçler : Yazı tahtası, tepegöz, kadın ve erkek üreme organlarının maketleri, kadın ve erkek üreme organlarını gösteren posterler, spiral.

Dersin Hedefleri :

- Konu içinde geçen kavramları tanımlayabilme.
- Spiral, tüpligasyon ve vazektominin gebeliği nasıl önlediğini ifade edebilme.
- Spiral, tüpligasyon ve vazektominin faydalarını ve sakıncalarını listeleyebilme.
- Spiral, tüpligasyon ve vazektominin nasıl uygulandığını söyleyebilme.
- Spiral, tüpligasyon ve vazektominin kimler için uygun olduğunu söyleyebilme.

SPİRAL(RAHİM İÇİ ARAÇ, RİA)



NASIL KORUR? Küçük plastik bir araç, rahim içine konulur. Rahim içinde gebeliğin yerleşmesini engeller. Gebeliği önleyici etkisi % 98-100'dür. Zahmetsizdir, bir kere uygulanınca, gebelikten korunma için başka bir şey gerektirmez. Bazı kadınlarda takıldıktan sonraki birkaç ay hafif ağrı ve kanama olabilir.

AKLINIZDA BULUNSUN!

Rahim içi araç, sadece plastikten yapılabildiği gibi, plastik üzerine bakır tel sarılarak yapılmışları da vardır. Kullanım süresi: Bakırlı olanlarda 6 yıl, sadece plastik olanlarda 10 yıl veya daha fazladır. Çocuk istendiğinde spiral(RİA) sağlık personeli tarafından çıkarılabilir.

NASIL UYGULANIR? Eğitilmiş sağlık personeli tarafından rahim içine yerleştirilir. Uygulama için en uygun zaman, kadının adet gördüğü günlerdir.

KİMLER İÇİN UYGUNDUR?

- Emzikli anneler
- Uzun süreyle korunmak isteyenler
- İleri yaştaki kadınlar
- Diğer yöntemleri kullanmada zorluk çeken kadınlar

KİMLER İÇİN UYGUN DEĞİLDİR?

- Gebeler
- Kısa (bir yıldan az) sürede çocuk yapmak isteyenler
- Rahim iltihabı olan kadınlar (Tedaviden sonra takılabilir)
- Adetlerinde aşırı kanama ve ağrı olan kadınlar (Sebebi ortaya çıkarılıp tedavi edildikten sonra takılabilir)

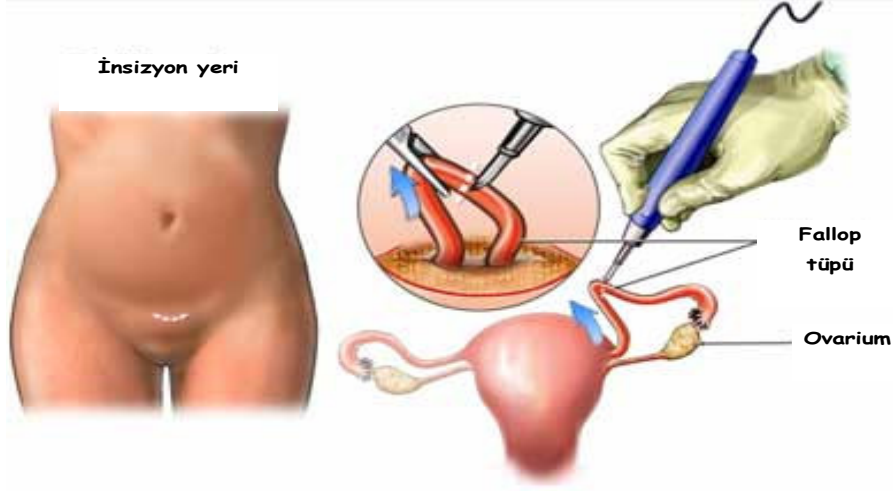
BU YÖNTEMLE KORUNANLAR NELERE DİKKAT ETMELİDİR?

- Karında aşırı ağrı olursa
- Aşırı miktarda düzensiz kanama olursa
- Beklenen adet günü geçerse
- Aracın düştüğünden şüpheleniyorsa gecikmeden sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.

GÖNÜLLÜ CERRAHİ STERİLİZASYON

Kadında “tüpligasyon”, erkekte “vazektomi” yöntemidir. Başka çocuk istemeyen ve doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenilir yöntemdir.

1. TÜPLİGASYON/ KADININ TÜPLERİNİN BAĞLANMASI



NASIL UYGULANIR?

Tüplerin bağlanması, göbeğin yaklaşık bir karış altından küçük bir kesi ile yapılır. Rahmin iki yanındaki yumurtalık kanalları bağlanarak kapatılır. Bu ameliyatta kadın hiçbir ağrı duymayacak şekilde uyuşturulur. Bu işlem hastanede kadın doğum uzmanlarınca yapılır.

NASIL KORUR?

- Kadınlarda yumurtalıktan atılan yumurta hücresi tüplerden geçerek rahme ulaşır.
- Tüpler kapatılınca, kadının yumurta hücresi erkek tohum hücresiyle birleşemediğinden dölleme olmaz.

OLUMLU YÖNLERİ NELERDİR?

- Yaklaşık %100 etkilidir. Gebe kalma olasılığı yok denecek kadar azdır.
- Kolay bir ameliyatla, kadını ömür boyu gebelikten kesin bir şekilde korur.
- Anne sütüne zararlı etkisi yoktur.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.

OLUMSUZ YÖNLERİ NELERDİR?

- Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.
- Uygulanması için ameliyathane ve uzman gerektirir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir.

KİMLER İÇİN UYGUNDUR?

- Bu işlemi yaptırmaya bilinçli ve gönüllü olarak karar veren çiftler
- Kesinlikle bir daha çocuk sahibi olmak istemeyenler
- Çocuk sahibi olması sakıncalı olanlar

KİMLER İÇİN UYGUN DEĞİLDİR?

- İsteddiği sayıda çocuğu olmayanlar
- Kendisi ya da eşi, ileride başka çocuk isteyebilecek olanlar
- Kararından emin olmayanlar
- Baskı altında karar vermiş olanlar

Dikkat!

- Tüpleri bağlanan kadınlarda, uygulamadan sonraki günlerde aşırı karın ağrısı, ateş ve kanama olursa, derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.
- Çok seyrek olarak, yumurtalık kanalları kendiliğinden açılabilir ve gebelik oluşabilir. Bu nedenle, adet gecikmesi olursa derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

2. ERKEKTE TOHUM KANALLARININ BAĞLANMASI (VAZEKTOMİ)



NASIL KORUR?

Erkeklerde tohum (döl) hücreleri hayalarda meydana gelir. Tohum kanallarından geçerek boşalma yolundan dışarı atılır. Tohum kanalları kapatılınca, döl hücreleri dışarı boşalamaz. Vücut tarafından eritilir.

FAYDALARI NELERDİR?

Gebeliği önleyici etkisi %100'dür. Ağrısız, kansız, çok kolay bir işlemle gerçekleştirilir ve zahmetsizdir.

SAKINCALARI VAR MIDIR?

Önemli bir sakıncası yoktur. İşlemden sonraki birkaç gün hafif ağrı olabilir.

AKLINIZDA BULUNSUN!

- Tohum kanallarının bağlanması sonrası, hasta hemen evine dönebilir. Hastanede yatması veya evde yatak istirahati gerekmez.
- Tohum kanallarının bağlanması erkeğin cinsel arzu ve yeterliliğinde, penisin sertleşme ve boşalmasında, vücut yapısında hiçbir değişiklik meydana getirmez.

NASIL UYGULANIR?

Hayaları örten derinin cinsel organa yakın bir bölgesinde küçük bir kesi ile tohum kanalları tutulur ve bağlanır. Deri bir dikişle kapatılır. Kesi dikiş gerektirmeyen yöntemle yapılabilir. Bu işlemde erkek hiçbir ağrı duymayacak şekilde uyuşturulur. Hastanelerde Bevliye (Üroloji) ve Genel Cerrahi uzmanlarınca yapılan bir işlemdir.

KİMLER İÇİN UYGUNDUR?

- Yeterli sayıda çocuğu olan ve bir daha çocuk istemeyenler
- Gebelikten korunma sorumluluğunu eşyle paylaşmaktan hoşlanan erkekler

KİMLER İÇİN UYGUN DEĞİLDİR?

- Hayalarında iltihaplı hastalıklar bulunanlar
- Kendisi yada eşi ileride başka çocuk isteyebilecek olanlar.

BU YÖNTEMLE KORUNANLAR NELERE DİKKAT ETMELİDİR?

- Tohum kanallarının bağlanması sonrası istenen zamanda cinsel ilişki mümkündür. Ancak, tohum kanalları bağlanmış olsa da kanallarda kalan döl hücreleri gebeliğe sebep olabilir.
- Bu nedenle, kanallardan tüm döl hücreleri atıncaya kadar (yaklaşık 20 kez boşalma veya 2 ay süre ile) başka bir yöntemle korunmalıdır. Çok ender olarak kanallar kendiliğinden açılabilir.

DERS PLANI IV

BARIYER YÖNTEMLER

Dersin Amacı: Kondom, diyafram ve spermisitlerin nasıl koruduğunu ve kimler için uygun olduğunu bilecekler.

Süresi : 60 dakika

Kullanılacak Yöntem ve Teknikler : Anlatma yöntemi, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, grup çalışması, gösteri yöntemi.

Kullanılacak Araç – Gereçler : Yazı tahtası, tepegöz, kadın ve erkek üreme organlarının maketleri, kadın ve erkek üreme organlarını gösteren posterler, kondom, diyafram, spermisit.

Dersin Hedefleri :

- Konu içinde geçen kavramları tanımlayabilme.
- Kondomun, diyaframın ve spermisitlerin gebeliği nasıl önlediğini ifade edebilme.
- Kondomun diyaframın ve spermisitlerin faydalarını ve sakıncalarını listeleyebilme.
- Kondomun diyaframın ve spermisitlerin nasıl kullanıldığını söyleyebilme.
- Kondomun diyaframın ve spermisitlerin kimler için uygun olduğunu söyleyebilme.

ERKEK KONDOMU (KAPUT, KILIF, PREZERVATİF)

NASIL KORUR?

Erkeklik organına (penise) sertleştikten sonra takılan, kauçuk, lateks veya koyun bağırsağından yapılmış kondom, döl hücrelerinin hazneye boşalmasını engeller.

FAYDALARI NELERDİR?

- Doğru kullanıldığında gebeliği önleyici etkisi %98'dir.
- AIDS'de dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur.
- Ayrıca erken boşalmanın önlenmesine de yardımcıdır.
- APna erkeğin katılımını sağlar.
- Ucuzdur ve kolay bulunur.
- Reçete veya tıbbi izlem gerektirmez.

SAKINCALARI VAR MIDİR?

- Isı ve ışıktan uzak bir yerde saklanmalıdır.
- Bazı çiftlerde duyarlılığı azaltabilir.
- Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirir.
- Kullanım sırasında ender de olsa yırtılma görülebilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Her cinsel ilişkide bir tane kullanmak gereklidir.
- Ayrıca kullanımdan sonra yok edilmesi problem yaratabilir.

KONDOMUNUN KULLANIMI

- Ellerinizi akan su ve sabun ile iyice yıkayınız, kurulayınız.
- Kondomu zedelemekten dikkatlice parmaklarınızla paketi yırtarak açınız.
- Kondomu **cinsel ilişkiye girmeden önce** takınız.
- (Sünnetsiz penislerde, deriyi geri çekin.) Kondomun ucunu baş ve işaret parmağınızla sıkıştırarak, havasını boşaltıp, sertleşmiş penisin üzerine geçiriniz
- Kondomu sıvazlayarak penise geçirirken kondomun ucunu sıkıştırarak tutmaya devam ediniz ve kondom tüm penisi kaplayıncaya kadar devam ediniz
- Kondomun ucunda boşluk olduğunu ve yırtık ya da hasar olmadığını kontrol ediniz.
- Cinsel ilişki (boşalma sonrasında) bitiminde penisten sıyrılmasını engellemek için kondomu tutarak penisi dışarı çekiniz.

- Semenin kondom içinden çıkmamasına dikkat ederek, kondomu penisten sıyırarak çıkarın. Akarsu altında delik olup olmadığını kontrol ettikten sonra, kondomu sperm saçmayacak şekilde düğümleyerek çöpe atınız.
- **Lütfen kondomu her kullandığınızda düzenli olarak kontrol ediniz.**
- Ellerinizi akan su altında ve sabun ile yıkayınız.

NOT: Yırtık, sızıntı varsa, cinsel eşiniz ile ilk 72 saatte HEMEN en yakın sağlık kuruluşuna “acil korunma” için başvurunuz.

KADIN KONDOMU



Kadın kondomu, özellikle cinsel eşleri kondom kullanmayan kadınlara cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma ve doğurganlığını kendisinin kontrol etmesi şansını vermektedir. İlk kez 1992 yılında Avrupa’da piyasaya sürülen kadın kondomu günümüzde çeşitli markalarla bulunmaktadır.

Kadın kondomları **poliüretan** bir kılıf ile **iç ve dış** olarak iki değişik boyda **halkadan** oluşur. Halkalardan küçük olanı kılıfın kapalı ucunda bulunur ve vajina içine, rahim ağzını örtecek şekilde yerleştirilir. Açık ve tek büyük halka ise vulvada kalır. Erkek kondomu gibi genital teması ve semenin vajinaya dökülmesini önler. Vajina içini ve rahim ağzını örterek spermelerin rahim içine gitmesini önler.

Kadın kondomu **tek kullanımlık** olarak standart boyda **17 cm.** uzunluğunda, ince bir **poliüretan**dan yapılmış, vajinanın içini tümüyle kaplayan, tek tarafı kapalı silindirik bir kılıftır. Poliüretanın özelliği nedeniyle vajinanın içine yerleştirildiğinde kısa zamanda vajina duvarlarına sıkı bir şekilde tutunur ve vücut ısısı ile uyum sağlar. 2 halkası vardır. Kapalı olan kısımdaki halka rahim ağzını sararken, açık uçtaki halka kadının dış genital sisteminde kalır. Böylece dış genital kısımdan tüm vajinanın iç yüzeyini kaplayarak yukarı doğru uzanan kondom, rahim ağzını da tümüyle kaplayarak, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan ve gebelikten korumayı sağlar.

Kayganlaştırıcı madde olarak **silikon** kullanılmaktadır. Kadın bu kondomu ilişkiden saatlerce öncesinde (**8 saat**) takabilmektedir.

KADIN KONDOMU KULLANMANIN OLUMLU YÖNLERİ:

- Kontrolünün kadında olarak istenmeyen gebeliklerden ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma
- Poliüretandan yapılmış olması, erkek prezervatiflerinde bulunan lateks maddesine karşı allerjik olan kadınlar (ve erkekler) için bir seçenek oluşturmasıdır.
- Kadının adetli olduğu dönemlerde de kullanılabilir.
- Kadın kondomu "ilişki kalitesini" çok az etkilemektedir.
- Kadın kondomunu kadın ilişkiden saatlerce önce takabilmektedir.
- Kondomu takmak için ilişkiyi bölmeye gerek kalmamaktadır. Bu özellikle ileri yaşlardaki erkekler için önemli bir olumlu yöndür.

KADIN KONDOMUNUN OLUMSUZ YÖNLERİ:

- Kadın takmakta zorlanabilir.
- Bu kondomu kullanmak için kadının kendi anatomisini iyi bilmesi gerekir.
- Doğru bir yerleştirme deneyim gerektirir.
- Fiyatı erkek prezervatifine göre nispeten daha pahalıdır.

KADIN KONDOMUNUN KULLANIMI:

- Ellerinizi sabun ve akan su ile iyice yıkayınız, kurulayınız.
- Kondomu zedelemekten dikkatlice, parmaklarınızla paketi yırtarak açınız.
- Kondom üzerinde yeterli miktarda kayganlaştırıcı olduğunu kontrol ediniz.
- İç halkayı baş ve işaret parmağınızla sıkıştırınız.
- Kondomun kapalı ucu vajinaya girecektir.
- Vajinanın içine iç halkayı tutarak itiniz. İç halkayı olabildiğince derine yerleştiriniz.
- Dış halka vajinanın girişinde durmalıdır. Ayrıca dış halka vajina girişini cinsel ilişki süresince kaplamalıdır.
- Cinsel ilişki bitiminde, kondomun dış halkasını kendi etrafında çevirerek içindekilerin dökülmesini engelleyiniz ve çekerek çıkarınız.

- Akarsu altında delik olup olmadığını kontrol ettikten sonra, kondomu sperm saçmayacak şekilde düğümleyerek çöpe atınız.
- Ellerinizi akan su ve sabunla yıkayınız. Lütfen kondomu her kullandığınızda düzenli olarak kontrol ediniz.

Not: Yırtık, sızıntı varsa, ilk 72 saatte HEMEN en yakın sağlık kuruluşuna “acil korunma” için başvurunuz.

HAZNEYE KONAN DİYAFRAM

NASIL KORUR? Diyafram hazneye konarak rahim ağzını kapatır. Böylece cinsel ilişkide erkek tohum hücreleri hazneden rahme geçemez.

FAYDALARI NELERDİR?

Doğru kullanıldığında gebeliği önleyici etkisi %94-95’dir. Cinsel ilişkiyle geçen hastalıklara karşı koruyucudurlar. Kadının cinsel organlarını tanınmasına yardımcı olur.

SAKINCALARI VAR MIDİR? Dikkatli kullanılmazsa gebelik meydana gelir. Diyafram Türkiye’de sağlık kurumlarında sunulan AP malzemeleri arasında yer almamaktadır. (Ancak çok kısıtlı olarak bazı özel ünitelerde zaman zaman bulunabilmektedir.)

AKLINIZDA BULUNSUN! Cinsel ilişkiye girmeden birkaç saat önce uygulanmalı ve 6-8 sonraya dek yerinde kalmalıdır.

NASIL UYGULANIR?

Haznenin derinine ilişkiden birkaç saat önce yerleştirilir ve ilişkiden en az 6 saat sonra çıkarılır. Doğurgan çağın sonunda olan yada seyrek cinsel ilişkide bulunan ve emziren kadınlar için uygundur.

KİMLER İÇİN UYGUN DEĞİLDİR?

İdrar yolları hastalığı olanlar, lateks, kauçuk ya da spermisit alerjisi olanlar, adet kanaması olanlar için uygun değildir.

SPERMİSİTLER

Fitil, Köpük, Tablet ve Diğer Sperm Öldürücüler

Hazneye konularak uygulanan fitil, köpük ve tabletlerdir. Erkek tohum hücrelerini hazne içinde öldürerek gebeliği önlerler.

Olumlu yönleri nelerdir?

- Doğru kullanıldığında % 94 etkilidir.
- Kadın kendi kendine uygulayabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı kısmen koruyucudur.
- Önceden uygulandığında (en çok 1 saat) ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- Haznenin kayganlığını artırır.
- Kullanmâk için sağlık personeline muayene olmak gerekmez.
- Emziren kadınlar da kullanabilir.

Olumsuz Yönleri Nelerdir?

- Koruma etkisi RİA, hap, iğne, Norplant® gibi modern yöntemlerden düşüktür.
- Önceden yerleştirilmediği takdirde cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Sıcak havada eriyebilir.

Kimler İçin Uygundur?

- Geçici korunma isteyenler

Kimler İçin Uygun Değildir?

- Fitillerin içerdiği kimyasal maddelere alerjisi olanlar.
- Cinsel ilişkiden hemen sonra hazneyi yıkama alışkanlığı olanlar.
- Hazne ya da rahim ağzında şekil bozukluğu olanlar.

Nasıl Kullanılır? Fital, tablet, köpük ve diğer sperm öldürücüler kullanılmaya başlamadan önce bir sağlık kuruluşundan MUTLAKA DANIŞMANLIK alınmalıdır.

- Fital ve diğer sperm öldürücüler (spermisitler) her cinsel ilişkiden 15 dakika önce hazneye bir adet (olabildiğince derine) yerleştirilir.
- Koruyucu etkileri 1 saat sürer. Uygulamadan sonra bir saat geçmişse ya da ikinci kez cinsel ilişki olacaksa yeniden spermisit uygulanmalıdır. İlişkiden sonra spermisitin etkili olabilmesi için 6 saat süreyle hazne yıkanmamalıdır.
- Spermisit uygulamadan önce eller sabunla yıkanmış ve kuru olmalıdır.
- Her ilişki için yeni bir spermisit kullanılmalıdır.

Dikkat!

- Genital bölgede kızarıklık, iritasyon veya kaşıntı hissedilirse derhal bir AP kliniğine başvurulmalıdır.

DERS PLANI V

DOĞAL AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

Dersin Amacı: Öğrenciler; Emzirme (Laktasyonel Amenore Metodu), Periyodik Cinsel Perhiz (Doğal Aile Planlaması), Geri Çekme, Vajinal Yıkama yöntemlerinin nasıl koruduğunu ve kimler için uygun olduğunu bilecekler.

Süresi : 60 dakika

Kullanılacak Yöntem ve Teknikler : Anlatma yöntemi, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, grup çalışması, gösterme yöntemi.

Kullanılacak Araç – Gereçler : Yazı tahtası, tepegöz, kadın ve erkek üreme organlarının maketleri, kadın ve erkek üreme organlarını gösteren posterler, spermisit, takvim, derece.

Dersin Hedefleri :

- Konu içinde geçen kavramları tanımlayabilme.
- Emzirmenin, takvim yönteminin, servikal mukusun, bazal vücut ısısının, sempto-termal metodun, geri çekmenin ve vajinal yıkamanın gebeliği nasıl önlediğini ifade edebilme.
- Emzirmenin, takvim yönteminin, servikal mukusun, bazal vücut ısısının, sempto-termal metodun, geri çekmenin ve vajinal yıkamanın faydalarını ve sakıncalarını listeleyebilme.
- Emzirmenin, takvim yönteminin, servikal mukusun, bazal vücut ısısının, sempto-termal metodun, geri çekmenin ve vajinal yıkamanın nasıl kullanıldığını ve uygulandığını söyleyebilme.
- Emzirmenin, periyodik cinsel perhizin, geri çekmenin ve vajinal yıkamanın için uygun olduğunu söyleyebilme.

EMZİRME (LAKTASYONEL AMENORE YÖNTEMİ)

NASIL KORUNUR?

Annenin emzirme döneminde, emzirme ile ilgili bazı koşullara uymasıyla salgılanan hormonlar, kadının adet görmesini baskılayarak, gebelikten korunma sağlar.

FAYDALARI NELERDİR?

- Doğaldır, kullanımı kolaydır ve ücretsizdir.
- Korunma doğumdan hemen sonra başlar.
- Kadını en az **6 ay süreyle** % 98 oranında etkili bir şekilde korur.
- Cinsel ilişkiyi etkilemez.
- Yan etkisi yoktur.
- Anne ve çocuk sağlığı açısından yararlıdır.
- Emzirmeyi destekler ve çocuğun gelişmesini sağlar.

TAM EMZİRME KOŞULLARI:

- Bebeğin altı aydan küçük olması,
- Annenin adet görmemesi,
- Bebeğin gündüz ve gece her istedikçe, sık aralıklarla (6-10 kez) ve en az dört dakika emzirilmesi,
- Bebeğin beslenmesinin en az %85'inin anne sütüyle sağlanması.

SAKINCALARI VAR MIDİR? Doğumdan sonraki altı ayda etkilidir.

AKLINIZDA BULUNSUN!

Emzirmenin koruma sağlayabilmesi için annenin hiç adet görmemesi gerekir.

KİMLER İÇİN UYGUNDUR?

Bebeğiyle sürekli bir arada olan ve emzirme ile ilgili herhangi bir fiziksel engeli olmayan kadınlar için uygundur.

KİMLER İÇİN UYGUN DEĞİLDİR?

Çalışan anneler için uygun bir yöntem değildir.

TAKVİM YÖNTEMİ

Bu yöntem, yumurtlama döneminde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması ve güvenli günlerden yararlanması prensibine dayanır. Takvim yöntemi, gebelik riskinin yüksek olduğu yumurtlama günlerini hesaplamak için matematiksel formüllere dayanan geleneksel bir yöntemdir.

Takvim yöntemi, kadının adet dönemine göre doğurgan ve doğurgan olmayan günlerini hesaplamak için **6 aylık bir gözlem süresi** sonunda matematiksel formüllere dayanan doğal bir yöntemdir. Yöntem, **doğurgan günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması** esasına dayanır.

Yumurtlamanın bir sonraki adet gününden 12-14 gün evvel olacağı, yumurtanın yumurtalıklardan atıldıktan sonraki 12-24 saat içerisinde döllenebileceği ve spermin kadının vagina kanalı ve rahiminde yalnızca 24-72 saat canlı kalabileceği varsayımına dayanır. Bu yöntemin uygulanabilmesi için adet dönemleri çok düzenli olmalıdır. Altı ay süreyle kaydedilen en kısa adet döneminden 17, en uzun dönemden 11 çıkarılarak doğurgan günler belirlenir. Bu dönemde cinsel ilişkiden kaçınılması önerilir.

GERİ ÇEKME

Penis, boşalma öncesi haznedan geri çekilerek spermlerin hazneye girişi engellenmeye çalışılır. Erkeğin aile planlaması sorumluluğunu paylaşmasını sağlar.

SAKINCALARI VAR MIDİR?

- Başarısızlık oranı diğer yöntemlere göre çok yüksektir.
- %38 oranında gebelikten koruma sağlar.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratar.
- Çiftlerde psikolojik sorunlara neden olabilir.

AKLINIZDA BULUNSAN!

Geri çekme Türkiye’de en fazla kullanılan ve gebelikten koruyuculuk oranı çok düşük olan etki derecesi sınırlı bir aile planlaması yöntemidir.

NASIL UYGULANIR? Penis boşalma öncesi haznedan geri çekilir.

KİMLER İÇİN UYGUNDUR? Etkili aile planlaması yöntemlerine ulaşamadığında ve hiçbir yöntemin kullanılmadığı durumlarda geçici bir süre için kullanılabilir.

KİMLER İÇİN UYGUN DEĞİLDİR?

Sık ve düzenli ilişkisi olan çiftler için , Tıbbi nedenlerle gebe kalması sakıncalı kadınlar için uygun bir yöntem değildir.

VAJİNAL YIKAMA

Pek çok kadın, hazne duvar ve kanalındaki spermleri yıkayıp atma düşüncesi ile cinsel ilişkiden hemen sonra hazneyi su ile yıkamanın gebeliği önlediğine inanır. Bu yöntem gebelik önleyici yöntem olarak tamamen etkisiz bir yöntemdir. Çünkü spermler birkaç saniye içinde rahme doğru ilerler.

KAYNAKLAR:

1. Aile Planlaması, Erişim Adresi: <http://www.aileplanlama.com/veriler.html>.
Erişim Tarihi: 16. 06. 2006
1. “Selected Practice Recommendations For Contraceptive Use”, RHR Family and Community Health,WHO,2002,Geneva
2. Akın, A., Doğan, B., Mihçioğur, S., “Türkiye’de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması” Rapor, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
3. UNFPA Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı.,Damla Matbaacılık,İstanbul, 2002.
4. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt 1,2. Basım Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü.Ankara, 2000.
5. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Araştırma,Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Sağlık İstatistikleri 2002, Kasım 2003.
6. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2003
7. Prof. Dr. Ayşe Akın’ın Ders Notları (çoğaltılmış) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2003.
8. Taşkın L., Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği,s.413-427,Ankara 2003
9. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı Tanıtım Toplantı Raporları”, Ankara, Aralık 2005.
10. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt 1,2. Basım Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü.Ankara ,2003.

9. ÖZGEÇMİŞ

1969 Ordu doğumlu. 1986 yılında Ankara Aydınlikevler İnönü lisesinden mezun oldu. 1991 Yılında Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulundan mezun oldu, 1991-1992 yıllarında Ankara Organ Nakli Yanık ve Tedavi Vakfı Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde çalıştı. 1994-1998 yıllarında eş durumundan bulunduğu Elazığ ilinde, Fırat Üniversitesinde Öğretim Görevlisi olarak çalıştı. 1998' den beri Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak Doğum ve Aile Planlaması derslerini yürütmektedir.