



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ÖĞRENCİLERİNİN ÜREME SAĞLIĞI HAKKINDAKİ
BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİNİ ETKİLEYEN
SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLER

UZMANLIK TEZİ
Dr. Ozan KOCAMAN

TEZ DANIŞMANI
Uzm. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN
Aile Hekimliği Kliniği Başasistanı

İZMİR
ARALIK-2017





İZMİR KÂTİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ÖĞRENCİLERİNİN ÜREME SAĞLIĞI HAKKINDAKİ
BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİNİ ETKİLEYEN
SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLER

UZMANLIK TEZİ
Dr. Ozan KOCAMAN

TEZ DANIŞMANI
Uzm. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN
Aile Hekimliği Kliniği Başasistanı

İZMİR
ARALIK-2017

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince, kendisinin zor ve yoğun günler geçirdiği bu günlerde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, zor günlerimde benden desteğini esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım Başasistan Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN' e;

Çalışmamın her aşamasında her türlü destek ve katkılarından dolayı İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve Eğitim Sorumlusu Sayın Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL' e;

Uzmanlık eğitimim boyunca biz asistan doktorların daha donanımlı bir şekilde yetişmesi için bilgilerini bizlerden esirgemeyen değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Gülseren PAMUK ve Yrd. Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ' a;

Birlikte görev yapmaktan mutluluk duyduğum eğitimim süresince rotasyonlarında bulunduğum tüm klinik şef ve şef yardımcıları, baş asistanları, uzmanları, asistanları ve her birini tanımaktan mutluluk duyduğum sevgili aile hekimi asistanı arkadaşlarıma;

Her zaman yanımda olan özellikle eğitimim boyunca karşılaştığım her türlü zorluklara benimle birlikte göğüs geren hayatımda sahip olduğum en değerli hazinem sevgili aileme ve aynı mesleği icra ettiğimiz hayat arkadaşım Dr. Bilgen' e katkılarından dolayı sonsuz teşekkürler ediyorum.

Dr. Ozan KOCAMAN

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|----|
| KISALTMALAR | 3 |
| TABLOLAR DİZİNİ | 4 |
| 1.GİRİŞ | 6 |
| 2.GENEL BİLGİLER..... | 8 |
| 2.1.Üreme Sağlığı..... | 8 |
| 2.1.1.Üreme sağlığının tanımı | 8 |
| 2.1.2.Üreme sağlığının amaçları | 8 |
| 2.1.3.Üreme sağlığının hizmet kapsamı..... | 8 |
| 2.1.4.Ergenlik döneminde bedensel değişiklikler | 9 |
| 2.1.5.Gençlerde üreme sağlığı sorunları | 11 |
| 2.1.6.Cinsel yolla bulaşan hastalıklar..... | 14 |
| 2.1.7.Aile planlaması..... | 18 |
| 2.1.8.Üreme hakları | 23 |
| 2.1.9.Türkiye’de ve Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları | 27 |
| 2.2.2.Toplumsal cinsiyet | 29 |
| 2.2.3.Cinsel sağlık..... | 29 |
| 2.2.4.Toplumlarda cinsellik..... | 30 |
| 2.2.5.Cinselliği bastıran kültürler..... | 30 |
| 2.2.6.Cinselliğe hoşgörülü bakan kültürler | 31 |
| 2.2.7.Toplumsal cinsiyet eşitliği | 31 |
| 2.2.8.Cinsel yönelim | 31 |
| 2.2.9.Cinsellik üreme sağlığının bir parçası mı? | 32 |
| 3.MATERYAL-METOD | 34 |
| 3.1.Çalışmanın Tasarımı | 34 |
| 3.2.Gruplar | 34 |
| 3.2.1.Çalışmaya dahil olma kriterleri | 34 |
| 3.2.2.Çalışmaya dahil olmama kriterleri | 35 |
| 3.3.İstatiksel Yöntem ve Analiz | 35 |
| 4.BULGULAR | 37 |
| 4.1.Öğrencilerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular | 37 |
| 4.2.Öğrencilerin demografik özellikleri ile cinsel sağlık/üreme sağlığı bilgi düzeylerinin karşılaştırılması | 43 |

| | |
|----------------------------------|----|
| 5.TARTIŞMA | 54 |
| 6.SONUÇ VE ÖNERİLER | 66 |
| 7.ÖZET | 68 |
| 8.SUMMARY | 69 |
| 9.KAYNAKLAR | 71 |
| 10.EKLER | 79 |



KISALTMALAR

| | |
|------|------------------------------------|
| DSÖ | :Dünya Sağlık Örgütü |
| CYBH | : Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar |
| AIDS | : Edinsel immün yetmezlik sendromu |
| AP | : Aile Planlaması |
| HIV | : İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü |
| HBV | : Hepatit B Virüsü |
| HPV | : Human Papilloma Virüsü |
| CSÜS | : Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı |
| RIA | : Rahim İçi Araç |

TABLolar DİZİNİ

| Tablo No: | Sayfa No: |
|---|-----------|
| Tablo 1: Cinselliğın aşamaları | 33 |
| Tablo 2: Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri | 37 |
| Tablo 3: Öğrencilerin cinsel sağlık/üreme sağlığına yönelik yaklaşımları | 40 |
| Tablo 4: Öğrencilerin yaş grupları ile CS/ÜS bilgi düzeyi puan ortalamasının karşılaştırılması | 43 |
| Tablo 5: Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümler ile CS/ÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | 43 |
| Tablo 6: Öğrencilerin cinsiyetleri ile CS/ÜS bilgi düzeyi puan ortalaması karşılaştırılması | 44 |
| Tablo 7: Öğrencilerin en son mezun oldukları okul ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | 45 |
| Tablo 8: Öğrencilerin şu anda yaşadıkları yer ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | 45 |
| Tablo 9: Öğrencilerin ailesinin aylık geliri ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | 46 |
| Tablo 10: Öğrencilerin aile tipi ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | 47 |
| Tablo 11: Öğrencilerin annesinin eğitim durumu ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | 47 |
| Tablo 12: Öğrencilerin babasının eğitim durumu ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | 48 |
| Tablo 13: Öğrencilerin ailesinin cinsel sağlık/üreme sağlığına yaklaşımı ile CSÜS puan ortalamalarının karşılaştırılması | 49 |
| Tablo 14: Öğrencilerin cinsel sağlık/üreme sağlığında sorun yaşama durumu ile CSÜS puan ortalamalarının karşılaştırılması | 49 |
| Tablo 15: Öğrencilerin okullarda cinsel sağlık/üreme sağlığı eğitimi verilmesi konusundaki düşünceleri ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | 50 |
| Tablo 16: Öğrencilerin cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgilerin verilme | 50 |

| | | |
|-----------|---|----|
| | zamanı ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | |
| Tablo 17: | Öğrencilerin CSÜS ile ilgili bilgi düzeylerini yeterli bulma durumu ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | 51 |
| Tablo 18: | Öğrencilerin evlenmeden önce cinsel ilişki konusundaki görüşleri ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | 51 |
| Tablo 19: | Öğrencilerin üniversitede CSÜS danışma birimi olması konusundaki düşünceleri ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | 52 |
| Tablo 20: | Öğrencilerin en uzun süre ile ikamet ettikleri yer ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması. | 53 |
| Tablo 21: | Öğrencilerin medeni durumları ile CSÜS bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması | 53 |

1.GİRİŞ

Dünyada adolesan ve genç nüfusun hızla artması; bu dönemdeki bireylerin üreme sağlığı gereksinimlerini de arttırmıştır. Erken yaşlarda başlayan cinsel hayat; cinsellik, kontraseptif yöntemler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi eksiklikleri olan adolesan ve genç bireylerin istenmeyen gebeliklere ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara daha sık maruz kalmasına neden olmuştur. Bu da gençlerde fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal sorunlara sebep olmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre üreme sağlığı; “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması”dır (2–4). Bu nedenle birlikte üreme sağlığı insanların güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine ve bu yeteneği kullanıp kullanmamaya, kullanma zamanı ile sıklığına karar verebilme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (5–7).

Gelişmekte olan ülkeler ve tüm dünyada 1960'lı yıllarda, kontrolsüz nüfus artışının, ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusuna odaklanmaya başlamıştır. 1970'li yıllarda demografi ağırlıklı yaklaşım, 1980'li yıllarda yerini sağlıkla ilgili kaygılara, 1990'lı yıllarda ise, artık insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanmaya bırakmıştır. Bu süreçte; Bükreş'te (1974), Mexico City' de (1984) ve Kahire 'de (1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus ve aile planlamasının, genel kalkınma çabalarının ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konmuştur. Kahire konferansında ele alınan kavramlardan biri de “Üreme hakları” olmuştur. Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine ve 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, adolesan dönemden başlanarak, postmenapozal ve yaşlılık dönemi de dâhil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır (8).

Dünya Sağlık Örgütü, 10-19 yaş arası adölesan dönemi, 15-24 yaş arası ise gençlik dönemi olarak tanımlamaktadır (9,10). Dünyada 15-24 yaşları arasında 1,6 milyar genç bulunmakta olup dünya nüfusunun % 20'sini oluşturmaktadır (11). Türkiye'de de genç nüfus toplam nüfusun yaklaşık % 20'sini oluşturmaktadır (12). Gençlerin gelişme dönemi ve yaşadıkları ortama göre çok farklı gereksinimleri vardır. Gençlik döneminde; gençlerin çoğu cinsellikle daha çok ilgilenmeye başlar ve cinsel ilişki kurmaya çalışırlar.

Üniversitedeki gençler fiziksel olarak en aktif ve verimli dönemde bulunmaları, toplumun en değişken ve dinamik bölümünü oluşturmaları, karşılıklı etkileşime açık olmaları, yaşam deneyimleri edinme konusunda istekli olmalarının yanı sıra önemli bir kısmının ilk kez aile ortamından uzaklaşmaları nedeniyle toplumun diğer kesimlerinden ayrılmaktadırlar (11,13). CYBH, istenmeyen ya da erken gebelikler, gebelik ve doğum komplikasyonları gibi risklerle giderek artan bir biçimde karşılaşmakta ve savunmasız kalmaktadırlar. Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalar cinsel sağlıkla ilgili bilgi ve hizmet alan gençlerde; cinsel ilişkiye başlama yaşının geciktiğini, çok eşliliğin, riskli cinsel davranışların, planlanmamış gebeliklerin ve CYBH'ların azaldığını göstermektedir (14). Politikacılar, ebeveynler, sağlık çalışanları, sağlık sistemi yöneticileri ve eğitimciler gençleri doğru bilgilendirerek ve danışmanlık hizmetleri sunarak; gençlerin sağlıklı ve üretken erişkinler olmalarına yardım edebilirler. Sağlık ve eğitim kurumlarında cinsellikle ilgili danışmanlık hizmeti verecek birimlerin kurulması ve gençlerin bu programlardan haberdar edilmesi gereklidir.

Toplumumuzun cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı görüşünden yola çıkarak eğitimli kesim olarak üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla bu çalışma planlanmıştır. Ülkemizin büyük bir coğrafyada olması ve farklı sosyokültürel düzeydeki bireylere sahip olması gerçeğinden yola çıkarak; gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgi ve görüşlerinin saptanıp; ortaya çıkan bu bilgi ve görüş farklılıklarını etkileyen sosyodemografik faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Üreme Sağlığı

2.1.1.Üreme sağlığının tanımı

“Üreme Sağlığı”; üreme sistemi, fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece sakatlığın olmaması değil, zihinsel ve sosyal yönden en üst düzeyde iyi olma durumudur” şeklinde tanımlanmaktadır. “Üreme sağlığı: bireylerin doyurucu ve güvenli cinsel yaşamlarının olmasını, üreme yeteneğini ve bu yetenekleri özgürce kullanma hakkına sahip olmaları” demektir (15,16).

2.1.2.Üreme sağlığının amaçları

Üreme sağlığı hem kadını hem de erkeğin gereksinimlerini içermektedir. Hızla artan adolesanların üreme sağlığına gereksinimleri; üreme sağlığında bir takım amaçlar belirlenmesine neden olmuştur. Buna göre üreme sağlığı; aile planlaması ile ilgili ihtiyaçları karşılamada yardımcı olmaktır. İstenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmaktır. Erkeklerin katılımını arttırmaktır. Emzirmeyi teşvik etmektir. Kızları ve kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları, komplikasyonlarını önlemek tedavi yöntemlerini bulmaktır. Cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamaktır. Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için duydukları bilgi eğitim ve hizmetlere ulaşmasını sağlamaktır. Gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirme, hizmet ve danışmanlık sağlamaktır. Erken yaştaki gebelikleri azaltmaktır (17,18).

2.1.3.Üreme sağlığının hizmet kapsamı

Üreme sağlığında uygulanan tüm hizmetlerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü büyüktür. Bu hizmetler mutlaka ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile birlikte desteklenmelidir. Aşağıda üreme sağlığının hizmet kapsamı sunulmuştur (8).

- Bilinçli üreme ve cinsel davranış, bilinçli ebeveynlik için bilgilendirme-
eğitim iletişimi,
- Yaygın aile planlaması hizmetleri, aile planlamasında bilgilendirme-
eğitim-

iletişim ve danışmanlık,

- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme,
- CYBH önlenmesi ve AIDS ile mücadele,
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi,
- Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı komplikasyonlarda gerekenin yapılması,
- Üreme organları kanserlerinin önlenmesi ve tedavisi,
- Beslenme, bebek ve çocuk sağlığı,
- Adolesan sağlığı ve cinselliği,
- Sağlıklı yaşam biçimi,
- Çevresel faktörlerin, sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesidir.

2.1.4.Ergenlik döneminde bedensel değişiklikler

2.1.4.1.Kızlarda görülen fiziksel değişimler

Bedenin irileşmesi-boy uzaması: Adolesan dönemde boy uzama atağı üç dönemde gözlenir. İlk dönemde lineer büyüme hızı giderek artar. İkinci dönemde büyüme hızı doruğa ulaşır ve üçüncü dönemde büyüme hızı azalarak tamamlanır. Kızlarda boy uzama atağı 11 yaş civarı başlar ve yılda 9 cm'lik boy uzaması olur. Boy uzamasıyla birlikte kilo artışı da gözlenmektedir. Bu dönemde yağlanma ve kalçaların genişlemesiyle vücut hatları ortaya çıkar (19).

Meme gelişimi: Kızlarda cinsel gelişmenin ilk belirtisi meme büyümesidir. Memenin gelişmesi 11 yaşlarında başlamaktadır ve göğüs tomurcuklarının ortaya çıkmasıyla meme başını çevreleyen halkanın yükselmesi, küçük bir konik tümseğe yol açar. 10-11 yaşlarında kadınlık hormonlarının kandaki düzeylerinin artmasıyla memelerdeki büyüme de başlar (19).

Vücutta kıllanmalar: Kasık bölgesi ve koltuk altında yoğun olmak üzere vücutta kıllanma artar. Seyrek ve ince olarak başlayan kıllanma daha sonra kalınlaşır ve rengi koyulaşır. Bu kıllanmanın başlama yaşı biçimi kişiye göre değişebilmekle beraber ortalama 11 yaşında başlar (8).

Saçlı bölge ve derideki yağlanma: Kızlarda seks hormonlarının aktif hale gelmesiyle vücutta sebum denilen yağlı madde salgısı artmaya başlar. Ergenlikle birlikte saçlı bölgede yağlanma, deride, özellikle yüz bölgesinde sivilce ve siyah noktaların oluşmasına neden olur (20).

Terleme: Ergenlik döneminde hormonların etkisine bağlı terlemede artış görülmektedir. Koltuk altı ve kasık bölgelerinde yoğunlaşır. Bu durumda ergenin temizliğine dikkat etmesi yıkanması ve temiz giysi kullanması önerilmelidir (19).

Adet kanaması: Kız çocuklarının puberte gelişimi sırasında üreme çağına geçişin bir işareti olarak kabul edilir. İlk adet görme yaşı ırk, aile, beslenme, sosyoekonomik durum gibi etkilerle farklılıklar göstermekle birlikte ortalama 12 yaş civarındadır. Genç kızlarda 11-15 yaşları arasında başlayıp 40-50 yaşlarına değin süren, vajenlerinden ortalama 28 günde bir defa 3-7 gün kan gelmesi olayına adet görme denir. Her kadında ve kızda olan tamamen normal bir olaydır. Adet görme bir yerde çocukluktan genç kızlığa geçişin belirtisidir ve doğurganlığın başlangıcını gösterir. Kadının yumurtalıklarında ve rahminde her ay bir yumurta olgunlaşır ve olgunlaşması tamamlandığında döllenme olmadıysa bir miktar kan ile dışarı atılır (8).

2.1.4.2. Erkeklerde görülen fiziksel değişimler

Bedenin irileşmesi-boy uzaması: Erkek çocuklar ortalama olarak 14 yaşlarında ergenlik dönemine girerler. Erkeklerde boy uzama atağı 13-15 yaşları arasında olur. Tüm ergenlik boyunca erkeklerin boyu 25-30 cm kadar uzar (19).

Kıllanmalar: Tüm vücut kıllarında görülen artış kasık bölgesi ve koltuk altlarında yoğunlaşmaktadır. Sakal ve bıyıkların gürleşmesi sonra gelir (20).

Ses telleri: Erkeklerde seks hormonlarının gelişmesi ile birlikte ses kalınlaşma meydana gelmeye başlar. Boynun ön kısmında bulunan ve âdemelması denilen çıkıntı belirginleşir (19).

Saçlı bölge ve derideki yağlanma: Erkeklerde cinsiyet hormonlarının artmaya başlaması ile birlikte ciltte sebum denilen yağlı madde salgılanmaya başlar. Bu da saçlı bölgede yağlanmaya, deride, özellikle yüz bölgesinde sivilce ve siyah noktaların oluşmasına neden olur (19).

Erbezleri (Testisler) ve penisin büyümesi: Erkeklerde sekonder cinsel gelişme, testis ve penis büyümesi ile pubik kıllanmayı içerir. Erkeklerde ortalama olarak 12 yaşlarında öncelikle erbezlerinde büyüme görülür. Daha sonra peniste de büyüme gözlenir. İlk boşalma istem dışı olur ve 13 yaşlarında başlar. Kişisel farklılıklara göre boşalma 16 yaşında da başlayabilir. Bu sistem dışı boşalmalar genellikle uyku sırasında olur. Islak rüya diye adlandırılır (19).

2.1.5.Gençlerde üreme sağlığı sorunları

2.1.5.1.Erken yaşta cinsel aktivite

Cinsel olarak etkin olan birçok kişi, ilk cinsel ilişki deneyimlerini ergen yaşlarda, sıklıkla yetersiz cinsel bilgi ile yaşamaktadır. Değişik kültürlerin etkisiyle ilk cinsel ilişki yaşı ülkeden ülkeye toplumdan topluma farklılıklar göstermektedir. Erken yaşta cinsel ilişkinin birçok sakıncasının başında, güvenli olmayan ilişki, gebelik, sağlıksız koşullarda düşük ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gelmektedir (21). Gelişmiş ülkelerde ilk cinsel ilişki yaşı düşmekte, 16 yaş öncesi ilk cinselliği yaşayan adolesanların yaşı artmaktadır (10). Gelişmekte olan ülkeler de ise evlilik öncesi cinsel ilişki seyrek olmasına karşılık erken evlilik davranışı yüksektir (10,22).

2.1.5.2.Güvenli olmayan cinsel ilişki

Güvenli olmayan cinsel ilişkinin önemli riskleri; CYBH'lar, istenmeyen gebelikler ve sağlıksız koşullarda düşüklüdür. Ayrıca bu risklerle güvenli olmayan cinsellik bir kısır döngü içinde birbirlerini etkilemektedir (23).

2.1.5.3.Bilgi eksikliği

Kadın ve erkekler cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkında çok az bilgiye sahiptirler. Yapılan birçok çalışmalarda, okullarda verilen cinsel sağlık ve üreme sağlığı derslerinin çok etkin olmadığı ve en sık karşılaşılan bilgi kaynaklarının; arkadaş, basın, yayın ve aile olduğu belirtilmektedir (24).

Türkiye'de gençler arasında cinse/üreme sağlığıyla 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. Gençler için üreme sağlığı konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olmamaları ve kitle iletişim araçları aracılığıyla çelişkili mesajlar almaları ciddi bir sorun durumuna gelmektedir. DSÖ'nün AIDS ile ilgili programı kapsamında yapılan çalışmalarda, okullarda cinsel eğitim verilmesinin erken cinsel ilişkiye neden olduğuna ilişkin sonuçlara rastlanmamıştır. Tersine bu eğitimlerin ergenleri cinsel ilişkinin risklerine karşı koruduğu düşünülmektedir (25).

2.1.5.4.Hizmete ulaşamama

Kadın ve erkeklerin üreme sağlığı hizmetlerine ulaşabilmesinin önünde en önemli etkenlerden biri toplumsal ve kültürel nedenler yer almaktadır. Hizmet programlarında en önemli nokta; hizmet verenlerin kendi kişisel eğilimleri nedeniyle adolesanların bu programlardan yararlanmalarına engel oluşturmalarıdır. Bazı ülkelerde de yasalar, evli olmayan ergenlerin bu hizmetlerden yararlanmalarını engellemektedir (23). DSÖ Raporu'na göre, bekâr kadınların birçok ülkede üreme sağlığı /AP programlarının dışında kaldığı; en etkin sağlık ve AP programlarını bile, ergenlerin özel gereksinimlerine yeterince duyarlılık göstermedikleri bildirilmektedir (25).

Evli ya da evli olmayan ergenlerin AP hizmetlerine ulaşmadaki zorlukları nedeniyle daha az doğum kontrol yöntemi kullanmakta oldukları gözlenmektedir. Hizmet alan ile sunan arasındaki etkileşimi geliştirmenin ve bekleme süresini kısaltmanın; AP yöntemlerinin kullanımını ve etkinliğini artıracığı; yan etkileri konusunda anlaşılır açıklamalar yapmanın AP yöntemlerindeki engelleri azaltacağı ve bireylerin AP seçenekleri konusunda seçim yapmasına yardımcı olacağı bilinmektedir (26).

2.1.5.5.İstenmeyen gebelikler ve evlilik dışı gebelikler

İstenmeyen gebelikler genellikle üreme sağlığı ve ilgili konulardaki bilgi eksikliği, AP hizmetlerinin verilmemesi, bu hizmetlere ulaşamama sonucu AP yöntemlerinin kullanılmaması, yöntemlerin yanlış kullanımı ya da doğru kullanılsa bile yöntem başarısızlığı sonucu ortaya çıkmaktadır (26). Daha az oranda olmakla birlikte cinsel saldırı da istenmeyen gebeliklere yol açabilmektedir. Evli olmayan kadınlarda bilgi eksikliği, utanma, yasalar, sağlık personelinin tutum ve uygulamaları gibi nedenlerle, etkili AP yöntemi kullanma oranları oldukça düşüktür.

2.1.5.6.Sağlıksız düşükler

Yasadışı ya da sağlıksız koşullarda, eğitimsiz kişilerce ya da kadının kendisinin girişimi ile yapılan isteyerek düşükler, sağlıksız düşük olarak nitelendirilmektedir (27). Düşüğün, tam olarak gerçekleşememe, sepsis, kanama, uterus yırtılması, diğer genital organların ve bazen iç organların yaralanması biçimindeki akut komplikasyonlarının yanında, süregelen pelvik ağrı, pelvik enfeksiyonlar, tüplerde yapışıklıklar, ikincil infertilite, dış gebelikler, yineleyen düşük, sonraki doğumlarda erken doğum riski ve ruhsal sorunlar gibi komplikasyonları da bulunmaktadır (21).

2.1.5.7.Cinsel şiddet

Cinsel şiddet kişinin kendi rızası dışında herhangi bir cinsel eyleme maruz kalması ya da buna kalkışılması olarak tanımlanmaktadır. Cinsel şiddet uygulayan kişi bir yabancı olabileceği gibi sevgili, arkadaş, akraba gibi yakın çevrenden bir kişi de olabilir (18). İstenmeyen her türlü cinsel girişim kişi için yıkıcı sonuçlar doğurur. Cinsel şiddet, maruz kalan kişinin sebep olabileceği bir olay değildir (28).

Cinsel şiddetin çoğu rapor edilmediği için, kaç genç insanın suiistimale, cinsel baskıya, ensest ilişkiye veya şiddete maruz kaldığını tahmin etmek güçtür. Mevcut veriler cinsel suiistimalin gençler arasında yaygın olduğunu ve dünya çapında bir problem olduğunu ortaya koymaktadır (18,29).

2.1.6.Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar batı toplumlarında en sık rapor edilen bakteriyel enfeksiyonlardır. CYBH seksüel aktif gençlerde sık görülmektedir. Genel olarak erkeklerde daha yüksek oranlarda görülmesine rağmen, son yıllarda kadınlarda da görülme sıklığı giderek artmaktadır. Bunun nedeni erken yaşlarda cinsel ilişkiye başlanması, kadın ya da erkeğin birden fazla sayıda partnere sahip olmaları şeklinde açıklanabilir (30).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar çok eskiden beri bilinmektedir. 19. Yüzyılın sonlarında yapılan önemli arkeolojik keşiflerle, tıbbi kalıntılar, hiyeroglifler, papirüsler ve mumyalar gün ışığına çıkarılarak eski Mısır'da CYBH'nin rolü ortaya koymaya çalışılmıştır. Amerika kıtasında yapılan arkeolojik çalışmalarda da Columbus öncesi sivilize ait bazı kalıntılar elde edilmiştir. Türkiye'de de Kastamonu ve Bolu bölgelerinde frengililerin çok olması nedeni ile bu bölgeler için özel bir nizamname düzenlenmiştir (31).

Her yıl 20 adolesandan birisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanmaktadır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (HIV dâhil) en yüksek görüldüğü yaş grubu 20-24'dür. CYBH; gebelik komplikasyonlarına, infertiliteye, genel sağlık durumunun bozulmasına ve aynı zamanda HIV bulaşmasına zemin hazırlamaktadır (20) .

2.1.6.1.CYBH'ların bulaşma yolları ve etkileyen faktörler

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların, başlıca bulaşma yolları koruyucu bariyer olmaksızın cinsel organ penetrasyonu (penisin ağza, vajinaya ya da anüse) ile gerçekleşmektedir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon etkenleri ilişki sırasında salgı alışverişi dışında, herhangi bir nedenle etken bulunduran kan nakli, hasta biri tarafından kullanılmış iğne ile enjeksiyon, anneden bebeğine kan yoluyla ya da doğum sırasında gelişebilir. Mikroorganizmalar virüs, bakteri, protozoon gibi çeşitli olup, neden oldukları hastalıklar genital, oral, anal, faringeal, oftalmik ya da sistemik belirtilere yol açabilmektedir (20,32).

Kadınlarda vajinal ve servikal mukozanın yapısından dolayı CYBH'ye karşı daha duyarlıdır. Penetratif bir cinsel ilişkide daha geniş mukoza yüzeyi ile temas söz

konusu olduğundan enfekte bir erkekte kadına CYBH geçme olasılığı, enfekte bir kadından erkeğe bulaşma olasılığına göre daha fazladır Erkekler de ise enfeksiyon riski sünnetli olma ya da olmamaya göre değişmektedir. Sünnetsiz erkekler, sünnetli erkeklere göre daha fazla CYBH riski altındadır (20) .

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar kadınlarda ve erkeklerde farklı şekillerde semptomlar vermektedir. Kadınlarda vajinal akıntı, genital ülser, karın alt kısmında ağrı; erkeklerde ise skrotumda şişkinlik, kasıklarda şişlik, üretral akıntı, genital ülserler şeklinde semptomlar vermektedir. Bununla birlikte Hepatit B ve HIV virüslerinde olduğu gibi kısa dönemde semptom da vermeyebilirler (32).

Klamidya/Chlamydia trachomatis:

Erkeklerde; non-gonokoksik üretritlerin en sık sebebidir (%50). Üretradan mukopürülan veya pürülan akıntı. İdrar yaparken yanma, ağrı oluşur. Kadınlarda; genellikle belirtisizdir. Mukopürülan servikal akıntı, kırmızı et görünümünde kolayca kanayan serviks izlenir.

Genital siğil/Human papilloma virüs:

Lezyonlar tek veya çok sayıda, yumuşak, karnı bahar görünümünde, ağrısız olup; genellikle anüs civarında vulvovajinal bölgede, penis, üretra ve perinede yerleşir. Tek tek lezyonların birleşmesi sonucunda oluşan karnı bahar görüntüsüne kondiloma aküminata adı verilir.

Gonore(Bel soğukluğu)/ Neisseria gonorrhoeae:

Erkeklerde; idrar yaparken ağrı, yanma (dizüri) yapar. Üretradan krema kıvamında pürülan akıntı görülür. Tedavi edilmezse: Epididimite, üretral apseye ve yapışıklıklara, infertiliteye sebep olabilir. Nadiren kendi kendine bulaştırma ile göz enfeksiyonu oluşabilir. Kadınlarda; %70 belirtisiz mukopürülan servikal ve vajinal akıntı oluşturur. İdrar yaparken ağrı ve yanma yapar. Nadiren kendi kendine bulaştırma ile göz enfeksiyonu oluşabilir. Tedavi edilmezse: Pelvik organlara yayılabilir. Tüplerde tıkanmaya bağlı infertilite, ektopik gebelik riski artar. Doğum sırasında bebeğe bulaşabilir; bebekte konjunktivit yapabilir.

Herpes(Genital uçuk)simplex:

Kaşıntı, yanma gibi prodromal semptomların eşlik ettiği lokalize eritemli bir plak üzerinde veziküller ile başlar. Daha sonra veziküller açılıp, ülserleşir ve sonra kabuklanarak iyileşir. Lezyonlar çok ağrılıdır. Yineleme eğilimi gösterir. Primer enfeksiyon 1-2 hafta sürebilir. Rekürren enfeksiyonun süresi ortalama 10 gündür.

Sifiliz (Frengi)/Treponema pallidum:

Özellikle genital bölge, ağız ve anüste yuvarlak ve açık yaralar, bu yaralar çok fazla acımayan ve çok yavaş iyileşme özelliği gösterirler

Trichomoniasis/Trikomonas vajinalis:

Erkeklerde; sulu üretral akıntı, sıklıkla belirtisiz olarak kendini gösterir. Kadınlarda; kötü kokulu, köpüklü, yeşilimsi vajinal akıntı ile kendini gösterir.

Pelvik enfeksiyon hastalığı:

Vajina ve endoserviksteki mikroorganizmaların, gebelik veya cerrahi girişim söz konusu olmadan endometriyum, tuba uterina ve komşu organlara ilerlemesiyle oluşur. Etkenler: N. gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, anaerobik bakteriler.

Lenfograduloma venerum/Chlamydia trachomatis (farklı bir suş):

Penis veya vulvada küçük ağrısız papüller ve kasıkta bezeler. Kasıktaki bezeler daha sonra açılarak fistüller oluşur. Tedavi edilmezse lenfatik sistem blokajı ve sonucunda elefantiyazis gelişir.

Hepatit B:

Yaygın bir CYBH' dir. HBV enfeksiyonunun %30-60'ında cinsel geçiş söz konusudur. Kronik HBV enfeksiyonu enfekte erişkinlerin yaklaşık %1-6'sında gelişir. Bu kişiler HBV'yi başkalarına geçirebilirler ve ayrıca kronik karaciğer hastalığı riski altındadırlar. HBV' ye bağlı ölümler siroz ve primer hepatoselüler karsinoma nedeniyle meydana gelir (33).

Human Papilloma Virus:

ABD de en sık cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasındadır ve bu ülkede her yıl 6,2 milyon insana bulaşmaktadır. HPV (Human Papilloma Virüs)'nin kadın nüfusta her ne kadar bazı önemli hastalıklara sebep olduğu bilinse de erkeklerde de

hastalıklara neden olmaktadır. HPV ye karşı yeni çıkan kuadrivalan aşı sayesinde artık servikal kanser, servikal displazi, vulva ve vajenin prekanseröz lezyonları ve genital siğiler yaşam boyu önleme şansına sahip hale gelmiştir (34).

AIDS/HIV:

Kilo kaybı, ishal, yorgunluk, lenf nodlarında büyüme ve hassasiyet, sürekli ateş ve/veya gece terlemeleri görülebilir. Birçok kişide belirti olmamasına rağmen 10 yıl veya daha uzun sürede HIV enfeksiyonu AIDS'e dönüşebilir. Laboratuvar testleri hastalığın varlığı hakkında tanı konmasını sağlar. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS/Edinsel immün yetmezlik sendromu) HIV'in oluşturduğu enfeksiyonun en son aşamasıdır. T-lenfositlere (özgül beyaz kan hücreleri) saldıran ve bunları yok eden HIV, AIDS'e neden olur. HIV'in beyaz kan hücrelerini parçalaması uzun yıllar sürebilir. Bunun sonucunda, enfekte olan kişide bağışıklık kaybı oluşur ve tüberküloz, pnömosistis pnömonisi gibi fırsatçı bulaşıcı hastalıklar ve kaposi sarkomu gibi kanser türlerine yakalanma riski artar. HIV bazı bireylerde bir noktadan sonra beyin hücrelerine yerleşerek nörolojik ve psikolojik sorunlara da yol açabilmektedir. AIDS halen etkin bir tedavisi ve aşısı bulunmayan öldürücü bir enfeksiyon hastalığıdır (33,35).

2.1.6.2.Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma

Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan bireysel düzeyde korunmanın en etkili yolu hastalık riski taşıyan kişiler, çok sayıda partneri olan ya da olmuş kişilerle ilişkiye girmekten kaçınmaktır. Birden fazla kişiyle korunmasız cinsel ilişkiye girenler, kadın ve seks işçileri, alkol ve uyuşturucu kullananlar CYBH açısından risk altındadır. Kondom kullanmak, cinsel ilişkiyi hastalık riskine karşı güvenli kılar. Tek eşlilik, düzenli ve doğru kondom kullanımı, yüksek riskli olan penetratif seks yerine düşük riskli nonpenetratif seks uygulamaları güvenli cinsel ilişki sağlar (32).

Henüz aşı veya yeterli bir tedavisinin bulunmadığı AIDS hastalığının kontrol altına almada en etkili yol HIV enfeksiyonunun yayılma yollarına yönelik korunma önlemlerini ciddi bir şekilde uygulamaktır (36).

Hepatit B aşısı ile korunabilen tek CYBH' tir ve koruyuculuğu yüksektir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların hızla yayılmasını önlemek için en etkili yöntem gençlerin eğitimidir. Gelişmiş ülkelerde gençlere erken yaşlarda başlayarak eğitim verilmektedir (36).

2.1.7.Aile planlaması

Aile planlaması (AP), çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumlucu karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları olarak tanımlanmaktadır (37). AP uygulamalarının asıl hedefi anne ve çocukların sağlıklarının korunması ve sağlık düzeylerinin yükseltilmesidir (38). AP hem istenmeyen gebelikleri, hem de aşırı doğurganlığı önleyerek anne ve çocuk sağlığına olumlu katkıda bulunan, dolayısıyla toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinde rol oynayan önemli bir sağlık hizmetidir. Bütün bunlar göz önüne alındığında AP'nin amaçları; bireyleri ve aileleri, üreme sağlığı konusunda eğitmek, anne ölümlerini önlemek ve anne sağlığını korumak, istenmeyen gebeliklerin oluşmasını önlemektir (39).

Etkili bir şekilde aile planlaması uygulandığında annede oluşabilecek bir takım hastalıkları ve anne ölümünü azaltır. Bebek ve çocuk ölümleri azalır. Erken doğumlar ve düşük doğum ağırlıklı bebek sayıları da azalır. İleri yaşlarda doğum yapma olasılığı azalacağından bebeklerde doğuştan olma sakatlıklar azalır (40). Hızlı nüfus artışının aile ve ülke ekonomisi üzerindeki olumsuz etkisi azalır. Ailenin ve toplumun; beslenme, sağlık, eğitim, konut ve çevre koşullarının iyileştirilmesi sağlanır. Bütün bunların sonunda refah ve sağlık düzeyi yüksek, huzurlu ve sağlıklı bir toplum oluşur (41).

Ülkemizde 1965 yılında kabul edilen 557 sayılı yasa ile birlikte; doğum kontrol yöntemlerinin tanıtımının yapılması, halkın doğum kontrol yöntemleri hakkında eğitilmesi, halka bu konuda hizmet verilmesi, tıbbi endikasyon ile cerrahi sterilizasyon ve gebelik sonlandırılması serbest bırakıldı (42). 1983 yılında kabul edilen yasa ile birlikte; aile planlaması uygulamalarında ebe-hemşireye yetki tanındı. Kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyonun istek üzerine yapılabilmesi kabul edildi. İstenmeyen gebeliklerin 10 haftaya kadar sonlandırılmasına izin verildi (43).

Ülkemizde Cumhuriyet' kuruluşundan günümüze kadar nüfus yapısında üç farklı dönem yaşanmıştır. Birinci dönemde (1923-1955) ölüm hızları düşmüş doğurganlık artmış ve nüfus artmıştır. İkinci dönemde (1955-1985) doğurganlık hızı azalmış ölüm hızı çok azalmış ve yine nüfus artmıştır. Üçüncü dönemde (1985-1990) doğurganlık hızı ve ölüm hızı çok azalmış ve nüfus artış hızı da buna paralel çok azalmıştır (44). Nüfus artış hızının %3'e ulaşması, isteyerek yapılan düşüklerin artışı ve anne ölümlerindeki artışı da getirmiştir. Özellikle isteyerek - kişilerin kendileri tarafından başlatılan - düşüklere bağlı anne ölümlerinin artması, anne ölümlerini de azaltabilmek için nüfus politikalarının doğurganlığın azaltılması yönünde değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur (45).

2.1.7.1.Aile Planlaması Hizmetleri Nerelerde Sunulmaktadır?

Aile planlaması üreme sağlığı için önemli faktörlerden biridir. Ülkemizde ve tüm dünyada pek çok kurum ve kuruluş aile planlaması danışmanlığı vermektedir. Ülkemizde; sağlık evleri, aile sağlığı merkezleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri bu hizmetlerin halka ulaştırılmasında kilit rol oynamaktadır. Kliniğe dayalı hizmetlerin yanı sıra topluma dayalı hizmetlerden birisi olan ev ziyaretlerinde, ebe ve hemşireler aile planlaması hizmetlerinin sunumunda danışman, eğitici, uygulayıcı ve araştırmacı rollerde görev alır. Devlet hastanelerinin ve doğum evlerinin aile planlaması kliniklerinde de yaygın olarak hizmet sunulmaktadır (46).

2.1.7.2.AP Yöntemlerinin Sınıflandırılması, Uygunluğu ve Etkililiği

Aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin etkili bir biçimde verilmesi için hem danışan hem de hizmet veren kişinin bilmesi gereken bazı konular vardır. Bunlar yöntemin nasıl uygulandığı, nasıl kullanıldığı, kullanımının kolay ve zor yanları, yöntemi bıraktıktan sonra gebeliğin ne kadar zamanda gerçekleşebileceği, yöntemin cinsel yaşama etkisi, yan etkiler, sakıncalı durumlar ve yöntemin ne kadar etkili olduğu gibi konulardır.

Aile planlaması yöntemleri, danışmanlıkta kolaylık sağlamak açısından bu sorulara yanıt oluşturabilecek şekilde sınıflandırılmıştır. Örneğin "modern ve geleneksel yöntemler" biçimindeki bir sınıflandırma yöntemlerin etkililiği konusunda bilgi sunar; modern yöntemler geleneksel yöntemlerden daha etkilidir (47).

Aile planlaması yöntemleri üç şekilde sınıflandırılır:

1-Modern/geleneksel yöntemler

2-Geri dönüşümlü/geri dönüşümsüz yöntemler: Kadınlarda tüp ligasyonu ve erkeklerde vazektomi geri dönüşümsüz yöntemler olarak değerlendirilir. Bu sınıflama özellikle danışmanlık sırasında bilgi alan kişinin hangi yöntemi kullanmak istediği açısından çok önemlidir.

3-Kadın yöntemleri /erkek yöntemleri: Kadın yöntemleri arasında, kadınların kullandığı RİA, hap, depo-provera, mesigyna, tüp ligasyonu, spermisit, diyafram; erkek yöntemleri ise kondom, geri çekme ve vazektomidir.

Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

Koitus interruptus (geri çekme)Bu yöntemi kullanan çiftler ejakülasyon oluncaya kadar ilişkiye devam ederler, ejakülasyon öncesi erkek vajinadan geri çeker (20,29). Kullanılan bu yöntem etkin değildir. Her durumda uygulanabilir olması; herhangi bir araç, kimyasal madde ve para harcamayı gerektirmemesi yöntemin üstünlükleridir (48).

Vajinal lavaş: Ejekülasyondan sonra kadının vajinasını yıkayarak sperm dışarı atmaya çalışmasıdır. Ejekülasyondan sonra bir iki dakika içerisinde spermler servikal kanala geçebilir gebeliği önlemede kesinlikle kullanılmaması gereken bir yöntemdir (19).

Periyodik korunma: Adet döneminin gebelik olabilen günlerinde çiftin gönüllü olarak cinsel ilişkide bulunmamasıdır. Servikal mukus yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, takvim gibi yöntemler bu grubun içerisinde yer almaktadır. (49) Yöntemin öğrenilmesi için özenli bir eğitim gerekir, yoksa başarısızlık oranı %20'ye kadar yükselebilir (48).

Bariyer Yöntemler

Prezervatif (Kondom, kaput): Cinsel ilişki sırasında penise takılan ince bir kılıftır. Bu yöntem, erkeğin spermlerinin vajinaya girmesini engeller. Sağlık riski ve yan etkisi yoktur, Kullanılan bu yöntem pahalı değildir ve genellikle kolay temin edilebilirse etkili yöntemlerden birisidir. CYBH ve AIDS e karşı koruma sağlar (29).

Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerekir ve son kullanım tarihine dikkat edilmelidir. Modern yöntemler arasında en çok tercih edilen yöntemlerden biridir (8).

Diyafram: Kauçuk ya da silikondan yapılmış, kubbe biçiminde, kenarları esnek bir araçtır. İçine spermisit konarak cinsel ilişkiden önce vajinadan rahim ucuna yerleştirilir. Spermilerin üreme sisteminin üst bölümlere geçişini önler. Her ilişkide kullanıldığında etkinlik oranı yüksektir. İlk uygulamanın klinikte, sağlık personeli tarafından yapılması gerekebilir. İlişki sonrası en az 6 saat çıkarılmamalı ve 24 saatten fazla kalmamalıdır (32).

Spermisitler: Spermeleri etkisizleştiren veya yok eden kimyasal maddelerdir. Sperm zarlarını bozarak sperm hareket ve dölleme yeteneğini ortadan kaldırır ve rahim ucu kanalından geçmelerini engellerler. Her cinsel ilişkide kullanılması gerekir (20).

Hormonal Yöntemler

Doğum kontrol hapları: Doğum kontrol hapları pek çok kadın tarafından kullanılmaktadır. Bu hapların amacı ovulasyonu baskılayarak, servikal mukusu kalınlaştırarak spermelerin geçişini engellemektir. Gebeliği engellemede doğum kontrol hapları en etkili yöntemlerden birisidir. Sağlık kuruluşlarından kolayca temin edilebilir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz. Yöntem bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner. Kadınlarda yumurtalık ve rahim kanseri riskini azaltır, dış gebeliği önler (10).

Deriyaltı çubukları (Norplant): Bu yöntem; uzun süre etkili ve geri dönüşlü, yalnız progesteron içeren bir yöntemdir. Hormon salgılayan çubuklar, küçük bir cerrahi işlemle kadında üst kolun üst kısmının iç tarafına ve derinin hemen altına yerleştirilir. Etkinliği çok yüksektir (%100'e yakın). Hemen etkilidir ve kullanımı kolaydır. Beş yıl süre ile korunma sağlar. İstendiğinde çıkarılabilir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz, cinsel isteği olumsuz etkilemez. Yöntem bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner. Kullanım süresi göz önüne alındığında pahalı değildir. Emzirme sırasında kullanılabilir. Takılması ve çıkarılması için eğitilmiş personel gerektirir (50).

Rahim içi araç (RİA): Plastik veya metalden yapılmış ve rahim içine yerleştirilen küçük esnek bir araçtır. Rahim içi araçlar spermin üst genital yollara ulaşmasına, yumurtanın iletilmesine ve döllemeye engel olur. Hormon içeren rahim içi araçlar rahim ağzındaki salgıyı kalınlaştırarak spermlerin rahme geçişini engeller. Etkinliği yüksek bir yöntemdir. (%95 ile 98). Araç çıkartıldığında doğurganlığa dönüşte gecikme olmaz. Yan etkisi çok azdır. CYBH öyküsü olan ya da birden fazla kişi ile cinsel ilişkide bulunan kullanıcılarda iltihaplanma riski yüksektir. Bir sorun olmadığı sürece, rahim İçi aracın çıkarılması ya da değiştirilmesine kadar yılda bir kez sağlık kontrolü yeterlidir. Bakır içeren tipleri on yıl, hormonlu tipleri ise beş yıl korunma sağlar (50,51).

Cerrahi yöntemler

Vazektomi: Erkeklerde aile planlaması yöntemi olarak kullanılır ve dölleme yeteneğinin cerrahi yöntemle kalıcı olarak sonlandırılmasıdır. Bu yöntemde testisten penise giden meni kanalları (vaz deferensler) iki taraflı olarak küçük bir operasyonla kesilir ve bağlanır. Vazektomi olmuş erkeğin menisi içinde yalnızca sperm bulunmaz. Erkeğin sağlığını, gücünü ve cinselliğini etkilemez. Vazektomi uygulanmış erkeğin kanalları işlemle tekrar bağlanabilir; ancak bu işlem çok pahalıdır ve her zaman sonuç vermeyebilir (52).

Tüp ligasyon: Kadında, kalıcı aile planlaması yöntemi olarak kullanılır. Cerrahi bir işlem ile uygulanarak, fallop tüplerinin iki yönlü olarak kapatılmasını sağlar. Böylece spermin yumurtaya ulaşmasını engeller. Etkisi hemen başlar. İleri dönemlerde ortaya çıkan yan etkisi yoktur. Kadının sağlığını ve cinsel gücünü etkilemez. Ender de olsa bazen bağlanan kanallar tekrar birleşerek işlev görmeye başlayabilir. Pahalı bir yöntemdir. İleriki dönemlerde gebelik düşünmeyen kadınlar için uygun bir yöntemdir. Kalıcı bir yöntem olarak kabul edilmesine karşın tüpleri bağlanmış kadının kanalları işlemle tekrar açılabilir. Bu işlem çok pahalıdır ve her zaman sonuç vermeyebilir (52).

Acil Durumlarda Kontrasepsiyon

Acil kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişki, cinsel saldırı ve uygulanan kontraseptif yöntemde başarısızlık durumunda istenmeyen bir gebeliği implantasyonn öncesi önlemek için kullanılan bir yöntemdir. Çiftler planlı olmayan bir ilişki sonrası korunma konusunda bilinçli ve istekli olsalar bile planladıkları bir cinsel ilişki nedeni ile gebelik riski ile karşı karşıya kalabilirler (53). Bu gibi durumlarda cinsel ilişkiden sonra, kesinlikle istenmeyen olası bir gebeliğin önlenmesi amacıyla bazı yöntemler kullanılabilir.

Bu yöntemlerden bazıları şunlardır;

Ertesi gün hapı: Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde yüksek dozlu östrojen ve progesteron içeren doğum kontrol haplarından iki adet alınıp, 12 saat sonra aynı dozun tekrarlanmasıyla istenmeyen bir gebelik önenebilir (54).

Rahim içi araç: Korunmasız cinsel ilişki sonrasındaki ilk beş gün içinde rahim içi araç uygulanmasıyla embriyonun rahim duvarına yerleşmesi önenebilir.

Bu başlık altında anlatılan yöntemler sürekli kullanılacak gebeliği önleyici yöntem olarak kabul edilmemeli, ancak zorunluluk durumunda başvurulması gereken uygulamalar olarak değerlendirilmelidir. Cinsel ilişki sonrasında uygulanan hiçbir yöntem cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korunma sağlamaz (52).

2.1.8.Üreme hakları

2.1.8.1.Yaşama hakkı

Her bireyin yaşama hakkı vardır. Hiçbir kadının yaşamı gebelik nedeniyle tehlikeye atılmamalıdır. Bu hak, öncelikle önenebilecek ölümlerde önem kazanmaktadır. Erken yaşta evliliğin sonucu, erken yaşta olan gebelik ve doğumlardır. Gençlik dönemi gebelikleri yüksek risk taşıyan gebeliklerdir ve bu yaştaki istenmeyen gebeliklerin önlenmesi hem anne hem de bebek ölüm riskini azaltacaktır. Hükümetlerin HIV/AIDS dâhil CYBH önlenmesinde etkin rol almaması durumunda gençlerin etkilenebildiği, ölüme varan, ciddi sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Hiçbir gencin yaşamı sağlık hizmetlerine, CSÜS hizmetlerine ya da bilgi ve danışmanlığına ulaşamama nedeniyle tehlike altında kalmamalıdır (8,32).

2.1.8.2.Özgürlük hakkı

Tüm bireyler, başkalarının haklarına saygı göstermek koşuluyla, cinsellik ve üreme yaşamlarını sürdürme ve kontrol etme hakkına sahiptir. Tüm bireyler üreme ve cinsel sağlıkları konusunda, tam, özgür ve bilinçli rızaları dışındaki tüm tıbbi müdahalelerden korunma hakkına sahiptir. Tüm kadınlar, cinsel organlarının sakatlanmasına yönelik her tür müdahaleden korunma hakkına sahiptir. Tüm bireyler cinsel tacizden korunma hakkına sahiptir. Hiç kimse başka bir kişi tarafından (eşi dahil) cinsel ilişki için zorlanamaz. Tüm bireyler, cinsel isteklerini önleyen ya da cinsel yaşamlarını zorlaştıran korku, utanç, suçluluk duygusu ve yanlış inançların empoze edilmesinden ya da diğer ruhsal etkenlerden korunma hakkına sahiptir. Tüm bireyler, kendi istemleri dışında zorla gebe bırakılmaya, sterilite ve gebeliğin sonlandırılmasına (düşük) karşı korunma hakkına sahiptir. Genç insanlar başkalarının haklarına saygı göstererek, cinsel ve üreme yaşamlarından hoşlanma ve kontrol etme hakkına sahiptir (8,19,32).

2.1.8.3.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 (8,55).

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 konuları 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 (19).

Gençlerin içinde bulunduğu yaş grubu üreme sağlığı haklarına ulaşmada bir engel haline getirilmemeli, tam tersine bu haklara ulaşmalarında kolaylaştırıcı ortam hazırlanmalıdır. Tüm kadınlar ve kız çocukları, yaşamları süresince uygun beslenme ve bakım hakkına, hiçbir kadın başka bir kişinin olurunun gerektiği öne sürülerek gelişimi, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve haklarıyla ilgili olan ve doğurganlığı düzenleme hizmetlerini de kapsayan eğitim, bilgi ve/veya hizmetlerden mahrum bırakılamaz. Tüm bireyler; her tür şiddetten korunma hakkına sahiptir. Hiç kimseye

zihinsel ya da fiziksel yetersizlik nedeniyle ayırimcılık yapılamaz (8,33).

2.1.8.4.Mahremiyet hakkı

Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm CSÜS hizmetlerinde mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizli kalması sağlanmalıdır. Tüm kadınların; gebeliğin güvenli sonlandırılması da dahil olmak üzere, üremeyle 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 (32). 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. Ülkeler, uygun yerlerde, ergenler için üreme sağlığına ilişkin bilgi ve bakımı engelleyen yasal ve sosyal engellerini kaldırmalıdır.

2.1.8.5.Düşünce özgürlüğü hakkı

Tüm bireyler, cinsel ve üreme yaşamları hakkında düşünce ve konuşma özgürlüğüne sahiptir. Tüm bireyler, CSÜS konularında eğitim ile bilgiye ulaşmada düşünce, vicdan ve inanç nedeniyle herhangi bir kısıtlamaya karşı korunma hakkına sahiptir (19,56). Tüm bireylerin; CSÜS hizmetleri ve diğer konulardaki düşünce özgürlüğünün kısıtlanması amacı ile dini metinlerin, inançların, felsefi görüşlerin ya da geleneklerin, sınırlı bir biçimde yorumlanmasından özgür olma hakkı vardır (56).

2.1.8.6.Bilgilenme ve eğitim hakkı

Tüm bireylerin, CSÜS hakları ve sorumluluklarıyla ilgili, cinsiyete duyarlı, önyargıdan 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 karar 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 (57).

2.1.8.7.Evlenme ve aile kurma konularında seçim yapma hakkı

Tüm bireyler, tam, özgür ve bilinçli olurları dışında evlendirilmekten korunma hakkına sahiptir. Hiç kimse hiç bir nedenle zorla evlendirilemez. Evlenme veya beraber yaşama kararı özgürce alınmalıdır (32,55,56). Kısır olanlar ya da CYBH nedeniyle doğurganlığı aksamış olanlar da dahil olmak üzere tüm bireyler, üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir (56).

2.1.8.8.Çocuk sahibi olup olmamaya karar verme hakkı

Tüm kadınların, üreme sağlığının korunması, güvenli anneliğin sağlanması ve gebeliğinin güvenli sonlandırılması (düşük) için gereken ve tüm kullanıcılar için ulaşılabilir, kabul edilebilir, kullanışlı ve ödeyebilecekleri bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşma hakkı vardır (8,32). Tüm bireyler güvenli, etkili ve kabul edilebilir doğurganlığı düzenleme yöntemlerinden olabildiğince çoğuna ulaşabilme hakkına sahiptir. Tüm bireyler, istenmeyen gebeliklerden korunma yöntemleri içinden kendileri için güvenli ve kabul edilebilir olanı özgürce seçmek ve kullanmak hakkına sahiptir. Çocuk sayısına karar verme kararı özgürce ve sorumlulukla alınmalıdır (8,19).

2.1.8.9.Sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı

Tüm bireyler, CSÜS da dahil, bütün bakım hizmetlerinde ulaşılacak en yüksek nitelikte hizmet alma hakkına sahiptir. Geniş kapsamlı bir sağlık hizmeti almak tüm bireylerin hakkıdır. Bu hizmet, gebeliğin güvenli sonlandırılması (düşük) dahil, doğurganlığı düzenleyen tüm yöntemler ile sterilite ve AIDS de dahil olmak üzere CYBH 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 sterilite ve gebelik danışmanlığı alma hakkına sahiptir (32). Bu içerikteki hizmetler kapsamlı, parasal ve coğrafi açıdan ulaşılabilir, özel mahremiyete ve bireyin onuruna ve rahat olmasına saygılıdır. Tüm kadınlar gebelik, doğum, doğum sonrası bakım, gebelik ve emzirme sırasında yeterli beslenme hakkına sahiptir. Tüm bireyler çalışma koşullarında sağlığının korunması ve güvenliğinin sağlanması hakkına sahiptir; buna üreme fonksiyonunun korunması da dâhildir. Tüm çalışan anneler, ücretli ya da yeterli sosyal güvenlik hakları sağlanmış doğum izni hakkına

sahiptir (55).

2.1.8.10.Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı

Tüm bireyler, kısırlık, gebeliğin önlenmesi ve gebeliğin sonlandırılmasını da (düşük) 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. CSÜS hizmeti alan tüm müracaatçılar, üremeyle ilgili güvenli ve kabul edilebilir her türlü teknolojik yöntemlerden yararlanma hakkına sahiptir (8,19,32).

2.1.8.11.Toplanma özgürlüğü ve siyasete katılma hakkı

Tüm insanların cinsel yaşam ve üreme sağlığı ve hakları konusunda birlik oluşturma hakkı vardır. Ayrıca kişiler hükümetlerin bu konulara öncelik vermesi için kamuoyu oluşturma hakkına da sahiptir (58).

2.1.8.12.İşkence ve kötü muameleden uzak kalma hakkı

Tüm çocuklar her türlü tacizden özellikle cinsel tacizden korunma hakkına sahiptir. Hiç kimse kontraseptif yöntemler veya teknikler konusunda kendi onayı olmadan bir tıbbi çalışmaya alınmamalıdır (8,58). Hiç kimse, kendi tam, özgür ve bilinçli onayı alınmaksızın, cinsellik veya doğurganlığı düzenleme yöntemleriyle ilgili tıbbi araştırmalar ya da deneylerde kullanılamaz. Tüm kadınlar, kadın ticaretinden ya da fuhuş için sömürülmekten korunma hakkına sahiptir. Her vatandaş, kadın ya da erkek silahlı çatışmalarda, cinsellikleri ya da üremeleriyle ilgili aşağılayıcı davranışlardan ve şiddetten korunma hakkına sahiptir. Tüm bireyler, tecavüz, cinsel saldırı, cinsel istismar ve cinsel tacizden korunma hakkına sahiptir (32).

2.1.9.Türkiye’de ve Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları

Ergenlerin üreme sağlıklarını geliştirmeleri için etkili bir bilgilendirme, danışmanlık ve sağlık hizmetlerine gereksinim vardır. Üreme sağlığı sorunları nedeniyle insan ömrü %10-15 azalmaktadır. Dünyada her yıl 358.000 kadın gebelik nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu değerler ülkelerin gelişmişlik düzeyine, toplum ve kültüre göre farklılıklar göstermektedir. Yaşanan anne ölümleri ile birlikte dünyada her yıl 8 milyon bebekte hayatını kaybetmektedir, bunların da büyük

çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (32).

Son yirmi yılda çocuk sağlığında belirgin gelişmeler kaydedilmesine karşın, ne yazık ki anne sağlığında aynı iyileşmeler kaydedilememiştir. Dünyada yılda 20 milyon sağlıklı düşük meydana gelmektedir. Her yıl gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle olan yaklaşık 600.000 anne ölümünün 70.000'ini adolesan anneler oluşturmaktadır. Korunmasız cinsel ilişki yüzünden her yıl 2-4 milyon genç sağlıklı koşullarda düşük yapmaktadır. Genelde sağlıklı düşüklerin kadınlarda neden olduğu mortalite ve morbidite riski, adolesanlarda daha yüksektir (59,60). Gelişmekte olan çoğu ülkede yasa dışı düşük komplikasyonu olan septik abortus ve buna bağlı anne ölümleri ciddi boyutlardadır (8).

Dünyada her yıl 20 adolesandan biri HIV/AIDS dışındaki CYBH'dan birisine yakalanmaktadır. Yeni HIV/AIDS vakalarının yaklaşık yarısı 15-24 yaşları arasında görülmektedir (61,62). Gelişmiş ülkelerin çoğunda adolesanlar arasında evlilik öncesi cinsel ilişki oldukça yaygındır. Fas'ta yapılan bir çalışmada, CYBH'lar %40 olarak kaydedilmiştir. 15-29 yaş arasındaki genç erişkinlerde enfeksiyon sayısı yaklaşık olarak bir yılda 240.000'dir (63,64).

Bugün dünyada gelişmekte olan ülkeler de yaklaşık 222 milyon kadın güvenilir ve kaliteli aile planlaması hizmetlerine, bilgilerine ve malzemelerine ulaşamamaktadır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar kadınlarda infertilite ve kanser gibi ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır. Yılda yaklaşık 275,000 kadın servikal kanser nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı sonuçlarına göre toplam doğurganlık hızı kadın başına 2.26 doğumdur. Türkiye de riskli doğurganlık davranışının yaygın olduğu bilinmektedir. Türkiye'de 2827 yasanın uygulanması ile birlikte anne ölümleri içinde çok yüksek olan isteyerek düşüklerin payının %2'lere düşürüldüğünü bildirmektedir (65).

2.2.Cinsellik

2.2.1.Cinsiyet

Bireylerin kadın veya erkek olarak göstermiş olduğu fizyolojik, biyolojik ve genetik tüm özelliklere “cinsiyet (sex)” denir (8).

2.2.2.Toplumsal cinsiyet

Toplumsal cinsiyet; bir bireyin ya da toplumun kadını ve erkeği nasıl tanımladığıdır. Sosyal ve kültürel olarak tanımlanmış tutumlar, davranışlar, beklentiler ve sorumluluklar kadın ve erkek için toplumsal cinsiyet rollerini oluşturur. Toplumsal cinsiyet zamanla, kültürle, coğrafi bölgeyle, siyasetle, yasayla, sanatla, üretimle ve aile yapısına göre değişebilir. Her insan dişi ve ya erkek cinsiyet olarak doğar ancak bahsetmiş olduğumuz nedenler doğrultusunda kız ya da erkek çocuk olmayı öğrenerek büyürler (8,16).

2.2.3.Cinsel sağlık

Cinselliğin biyolojik açıdan temel işlevi üremeyi sağlamak ve dolayısıyla insan neslinin devam etmesine imkân vermektir. Psikolojik düzeyde cinsellik, cinsel ilişkiden haz alma, sevgi, sevme ve sevilme gibi bireyin temel ihtiyaçlarının doyurulmasını amaçlamakta, bunlarla ilişkili olarak çeşitli bireysel davranışları ve insan ilişkilerini içermektedir (66,67).

Toplumsal düzeyde cinsellik, insan yaşamının pek çok yönü ile ilişkilidir: toplumun işleyişi, özelliği, değer yargıları, yasalar, sanat, tarih, cinslere verilen roller, üretim, eşi seçme ve evlenme tercihleri gibi pek çok alan ile ilişki içindedir (68,69).

Cinsel sağlık bilgileri, insanın cinselliğin olumlu yönlerini tanımalarını ve cinsel sağlıklarını korumalar için bilgi ve becerilerle donatılmalarına ve cinsel konularda seçim yapabilme becerisi edinmelerine yardımcı olur (70,71).

Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olan adölesan döneminde genç, fiziksel, ruhsal ve sosyal değişikliklerin yarattığı sorunlarla karşı karşıya gelmektedir. Çocukluk yıllarında bu bilgilerin verilmeyişi sonucunda kişi bu duygularını bastırmayı yeğer. Artık anne ve babaya karşı güvensizliğin yerleşmesi söz konusudur (72,73).

Ergenlerde hızlı beden gelişmesiyle birlikte gelen cinsel uyanış genci baskı altına alıp bunaltırken; bir yandan da toplumun cinselliğe ilişkin tutum ve değerlerinin baskısı söz konusu olabilir. Gençler çoğunlukla anne-babadan bilgi yerine öğüt alırlar. Oysa gençlerin cinsel konulara ilgileri ve bilgilenme gereksinimlerinin diğer sağlık konularına göre ilk sırada yer aldığı tespit edilmiştir (74,75).

Cinsellik ve cinsel konular, çoğu insan için konuşulması zor, kaçınılan, utanılan bir konu, adeta bir tabudur. Oysa cinsel yaşantı, insanların yaşamlarında çok önemli bir yer tutan doğal bir güdü ve yaşamın doğal bir parçasıdır. Buna karşın, cinsel düşünceler çoğu kez korku, kaygı, suçluluk gibi duygular eşlik etmektedir (76-78).

2.2.4.Toplumlarda cinsellik

Toplumlarda cinsellik farklı farklı algılanmaktadır. Bazılarında üreme, bazılarında erotizm olarak algılanır. Ancak cinsellik kavramı insanın; cinsiyetinin farkında olması, üreme yeteneğinin bulunması ve erotik zevk duyması olarak üç öğeden oluşur. Bireyin cinsellikle ilgili gelişme ve değişimlerinde en önemli etken, içinde yetiştiği kültürdür. Farklı kültürlerin cinselliğe bakış açıları birbirinden farklı olabildiği gibi, aynı kültür içindeki yöresel farklılıklarda cinselliğe bakışı etkiler (79,80).

2.2.5.Cinselliği bastıran kültürler

Bu kültürlerde üreme amacı dışında cinsellik engellenir. Bu da gençlerin bilgisiz bırakılması ve evlilik öncesi ilişkinin kesinlikle yasaklanması ile sağlanır. Ergen ve ergen cinselliği korku, suç ve kırgınlıkla ilişkilendirilir. Kızlar ve erkekler erken yaşlarda farklılaştıkları için karşı cins arkadaşlıklarına hoş bakılmaz. Evlilik öncesi ilişki için bir cinse izin verilse bile, diğer cins için yasaklanır. Cinsiyetlerden birinin ergenliğe geçişi kutlamayla karşılanarak desteklense de diğeri için sınırlama sürdürülür. Genellikle bu kültürlerde cinsellik çelişkilidir (19,81).

2.2.6.Cinselliğe hoşgörülü bakan kültürler

Cinsellik hoş görülmez ama göz önünde değilse ses çıkarılmaz. Bir dereceye kadar ergenlerin cinsel eylemlerine izin verilebilir, evlilik öncesi ilişki normal karşılanabilir. Cinsel ilişkinin gerçekleşip gerçekleşmediğinden çok, hangi tür davranışın doğru olduğu tartışılır. Cinsellik, insan yaşamının doğal, normal kaçınılmaz bir parçası olarak kabul edilir. Gelenekler, görenekler ve kurumlar aracılığıyla gençler cesaretlendirilerek cinsel becerilerini geliştirmeleri sağlanır. Çocukların özellikle ergenler için düzenlenmiş buluşma yerlerinde zaman geçirmeleri sağlanır ve ergen törenleri yapılır. Çocuklar ergenliğin sonunda eşlerini seçerler (69,82).

2.2.7.Toplumsal cinsiyet eşitliği

Cinsel ilişkiler ve üreme konularında kadın ve erkeğin bireysel bütünlük dâhil eşit şartlara sahip olması için cinsel davranış ve sonuçlarına ilişkin olarak karşılıklı saygı, anlayış ve sorumluluk paylaşımı gereklidir. Aynı şekilde kaynakların kullanımında ve hizmetleri elde etmede bireyin cinsiyeti nedeniyle ayrımcılık olmaması/yapılmamasıdır (16,83–85).

2.2.8.Cinsel yönelim

Kişinin düşünce, duygu ve davranışsal olarak çekim duyduğu cinsiyete göre tanımlanan bir özelliktir.

Heteroseksüel (karşı cinsel):Kişinin karşı cinsiyete cinsel ve duygusal ilgi duyması,

Homoseksüel (eşcinsel):Kişinin kendi cinsiyetine cinsel ve duygusal ilgi duyması,

Biseksüel: Kişinin her iki cinsiyetten olanlara cinsel ve duygusal ilgi duyması,

Travesti: Karşı cinsiyete özgü davranış ve giyimini sürdürmekten zevk alan kişi,

Transseksüel: Cinsiyetini değiştirmesi gerektiğine, ruhsal ve bedensel olarak diğer cinsiyete sahip olması gerektiğine inanan kişidir (32).

Günümüzde homoseksüel kelimesi yerine erkek eşcinseller için gey, kadın eşcinseller için lezbiyen terimleri de kullanılmaktadır (86,87).

Cinsel yönelim nasıl oluşur bilinmemektedir. Bir heteroseksüel erkek neden bir kadından hoşlanır sorusunun yanıtı verilemediği gibi diğer cinsel yönelimlerinde nasıl oluştuğu da bilinmemektedir. Genel olarak kabul gören açıklamalar, karmaşık genetik bir zemin üzerinde çevresel etkenler şeklindedir (8,32,56,88–90).

2.2.9.Cinsellik üreme sağlığının bir parçası mı?

Gebelik ve CYBH cinsel etkinliğin olası sonuçlarıdır. İnsanlar cinsel yaşamları ile ilgili kararlar alırken üremeyi hesaba katmadıklarında üreme sağlığı programlarının etkisi sınırlı kalacaktır. Hizmet alanın doğum kontrol yöntemi kullanımı ve CYBE/HIV riskinin azaltılması ile ilgili konularda karar verme yetisi ve eşiyle tartışması daha önceki cinsellik ve cinsel deneyimlerinden etkilenebilir. İnsanlar eğer cinsel ilişkiyi etkileyebileceğini düşünüyorlarsa, doğum kontrol yöntemi kullanmayı bırakabilirler. Risk altındaki kişinin cinsel davranışlarını öğrenmeden, daha güvenli cinsel davranışları anlatmadan CYBH önleme konusunda konuşmak zordur (8,19,32,48,88,91).

Hizmet sunanlar, hizmet alanların cinsel davranışları ile ilgili öznel varsayımlarını kullanırlarsa uygun olmayan bir hizmet sunarlar. Örneğin, hizmet sunanlar hizmet alanın karşı cinsle cinsel ilişkide bulunduğunu varsayarak sadece belirli aile planlanması yöntemlerini anlatabilirler, bir hizmet sunucu bir kadının anal seks değil yalnızca vajinal seks yaptığını varsayabilir ve sonuçta başvuran CYBH/HIV riskleri konusunda yetersiz bilgiye sahip olur; hizmet sunucu bir vajinal enfeksiyonu CYBH olarak yanlış teşhis edebilir ve aslında bu cinsel yolla bulaşmayan bir CYBH olabilir (8,92,93).

Hizmet alanın gereksinimleri, cinsel taciz ya da zorlama, tecavüz ya da ensest gibi özel olarak ilgilenilmesi gereken bir durumla ilgili olabilir (8,32).

2.2.10.Cinselliğin aşamaları

Tablo.1: Cinselliğin aşamaları (8).

| Kadınlarda/Erkeklerde Cinselliğin Aşamaları ve Cinsel Tepkinin Karşılaştırılması | | | |
|--|---|---|---|
| Evre | Her iki cinsiyet | Kadınlar | Erkekler |
| İstek (Süre: bir saniye- den, birçok yıla kadar) | -- | -- | -- |
| Uyarılma (Süre: birkaç dakika ile birkaç saat arası) | Kalp atışı ve kan basıncı artar, vücut kasları gergindir, cinsel kızarma olur, meme başları dikleşir, genital ve pelvik damarlar kanla dolar, istemsiz ve istemli kaslar kasılır. Uyarılan kişi sakinliğini yitirme duygusu yasar | Vajina uzar ve genişler, klitoris şişer ve büyür, memeler büyür, labialar şişer ve ayılır, vajina ıslanır ve koyulaşır, uterus az yukarı kalkar. Vajinal ıslanma seks isteğinin temel göstergesidir. Not: Kadınlar genellikle bu evreye erkeklerden daha geç ulaşırlar. | Penis erekte olur, skrotum kalınlaşır, ve testisler vücuda yaklaşacak şekilde yükselir. Penisin ereksiyonu cinsel heyecanın temel göstergesidir. Not: Erkekler bu evreye kadınlardan daha çabuk ulaşırlar. |
| Plato (Süre: 30 saniye ile 3 dakika arası) | Solunum hızı, kalp atışı hızı ve kan basıncı daha da artar, cinsel deri kızarması artar ve kas gerginliği artar. Orgazmın yakın olduğu hissi uyanır. | Klitoris geri çekilir, Bartholin bezleri ıslanır ve meme başları çevresindeki areola büyür, labia şişmeye devam eder ve rengi koyulaşır, uterus karin içinde iyice yükseğe çıkar ve orgazmik platform” oluşur(vajinanın alt kısmı şişer, daralır ve sıkılaşır) | Erekte olmuş penis koyulaşır, glans penis daha belirgin hale gelir. Cowper bezleri boşalma öncesi sıvıları salgılar ve testisler vücuda doğru yaklaşır |
| Orgazm (Süre: 1 dakikadan az) | Kalp atışı hızı, solunum hızı ve kan basıncı tepe noktasına ulaşır, cinsel deri kızarması tüm vücuda yayılır ve kas kontrolü kaybolur (spazmlar). | Uterus, vajina, anüs, ve pelvik kaslar 5 ila 12 kere 0.8 - 1 saniyelik aralıklarla kasılır. Not: Kadınlar orgazm olup yeniden plato evresine dönüp, sonra yeniden bir orgazm yasayabilirler (çoklu orgazm). | Boşalma sırasında (Prostat bezlerindeki boşalma yolunun kasılmaları meninin üretra ve penisten dışarı atılmasına neden olur) üretra, anüs ve pelvik kaslar 0.8-1 saniyelik aralıklarla 3 ile 6 kere kasılır. |
| Çözülme (Süre: büyük ölçüde değişiklik gösterir) | Kalp atışı hızı ve kan basıncı önce normalin altına düşer, kısa bir süre sonra normale döner; tüm beden, avuç içleri ve ayak tabanları terler; kas gerginliği kaybolur, rahatı ama ve uyusukluk artar. | Kan damarları genişler ve damarların kanla dolması azalır; memeler ve areola küçülür; meme başları ereksiyonunu kaybeder; klitoris uyarılma öncesi durumuna geri döner ve biraz küçülür; labia normal büyüklüğüne, konumuna ve rengine geri döner; vajinanın rengi açılır ve gevşer; serviks meninin uterusu girmesini kolaylaştırmak için açılır—orgazmdan 20–30 dakika sonra kapanır; ve uterus üst vajina seviyesine iner. | Meme başları gevşer, penisin rengi açılır, penis yumuşar ve küçülür; skrotum gevşer, testisler vücuttan uzaklaşır aşağı doğru iner. Birkaç faktöre bağlı olarak (yaşı da dahil), ereksiyonun tam sağlanamadığı erkeklerde bu süre 5 dakika ile 24 saat arasındadır. |

3.MATERYAL-METOD

3.1.Çalışmanın Tasarımı

Çalışma tarama çalışması olup öğrencilerin onamı alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile yapılandırılmış görüşme formunun uygulanması sağlandı. İlk olarak katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve onamları alındı. Katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan 23 soruluk sosyo-demografik veri anketi ile Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bilgi Ölçme Formu (CSÜSBÖF) uygulandı. CSÜS bilgi formunda, kadın/erkek üreme sistemi ve gebeliğin oluşumu, aile planlaması yöntemleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında sorular yer almaktadır. CSÜS bilgi ölçeğinden en az 0 (sıfır), en çok 34 puan alınabilmektedir. CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanlar arttıkça, bilgi düzeyi artmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirliği Gül Pınar tarafından 2008 yılında yapılmıştır.

Örneklem sayısı 2016-2017 öğretim yılı içerisinde öğrenimini sürdüren toplam 6662 öğrenci sayısı üzerinden evreni bilinen formüllü ile gerekli örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır.

$n = N \cdot \frac{p \cdot q}{d^2} \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$ formülü kullanılmıştır. Örneklem sayısı 363 olarak tespit edilmiştir. Yapılan anketler sonucu 366 katılımcı çalışmamızda değerlendirilmiştir.

3.2.Gruplar

Tanımlayıcı-kesitsel tipte tasarlanan araştırma tek grup üzerinden tasarlanmış olup, kontrol grubu alınmadı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesinde öğrenim gören öğrenciler (Tıp Fakültesi öğrencileri hariç) çalışmaya alınmış olup; bu büyük evrenden örnekleme gidildi. Adayların örnekleme katılımı gönüllülük esasına dayalı olarak sağlanmıştır.

3.2.1.Çalışmaya dahil olma kriterleri

Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi öğrencisi olmak;

Soruları eksiksiz olarak cevaplamış olmak.

3.2.2.Çalışmaya dahil olmama kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul etmemek;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi öğrencisi olmamak;

Tıp Fakültesi öğrencisi olmak.

İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzunda yer aldığı üzere etkilenebilir özneler ve olası çıkar ilişkisinin önlenmesi nedeniyle Tıp Fakültesi öğrencileri çalışma dışı tutulmuştur.

3.3.İstatiksel Yöntem ve Analiz

Hastaların sosyo-demografik verileri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak sunuldu.

Veriler bilgisayarda SPSS 21,0 programı ile değerlendirilmiştir ve verilerin değerlendirilmesinde sayı-yüzdeler hesaplamaları, Kolmogorov-Smirnov, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney- U testi kullanılmıştır.

Araştırmanın analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21,0 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır.

Analizlerde uygun testin seçilmesinde normallik analizi sonucuna göre karar verilmiştir. Normal dağılım olup olmadığını göstermek amacıyla Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan gruplarda nonparametrik testler kullanılmıştır.

Normal dağılım özelliği göstermeyen bir dağılımda iki bağımsız grubu karşılaştırmak amacıyla non-parametrik bir test olan Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen gruplarda üç veya daha fazla sayıda grup arasındaki farklılığın anlamlılığını test etmek içinse Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların vermiş olduğu yanıtlar doğrultusunda yapılan karşılaştırmalarda normal dağılım gözlenmediği için parametrik testler kullanılmamıştır. Normal dağılıma sahip olmayan bağımsız grupların istatistiksel olarak analizinde ortanca puanlar karşılaştırılarak nonparametrik testler kullanılmıştır. Uygulanan testler sonucunda veriler tabloda güvenirlilik düzeyi ile birlikte test istatistiği değeriyle sunulmuştur. Ek olarak literatürle karşılaştırmada

sunulmak üzere ortalama puanlara yer verilmiştir.

Çalışmada nonparametrik istatistiklerin kullanıldığı göz önüne alınarak ortanca değerler ile karşılaştırma yapılması planlanmıştır. Ancak bulgular incelendiğinde çalışmada bulunan ortalama ve ortanca değerler arasında bariz fark bulunmaması ve literatür incelendiğinde yapılmış olan yayınların büyük çoğunluğunda ortalama değerlerin esas alınması nedeniyle, çalışmadaki karşılaştırmalar ortalama değerler üzerinden yapılmıştır.



4.BULGULAR

Araştırmadaki bulgular uygulanan anket çalışmasından elde edilen veriler üzerinden oluşturulmuştur. Çalışma İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Balatçık Kampusunda bulunan 7566 öğrenciden 366 tanesine uygulanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular tablolar halinde verilmiştir.

4.1.Öğrencilerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri

| Değişkenler | | n | % |
|--------------------------|--------------------------------------|-----|------|
| Yaş | 24 yaş ve altı | 352 | 96.2 |
| | 24 yaş ve üstü | 14 | 3.8 |
| Öğrenim görülen bölüm | Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi | 136 | 37.2 |
| | Sağlık Bilimleri Fakültesi | 66 | 18.0 |
| | İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi | 44 | 12.0 |
| | İslami İlimler Fakültesi | 33 | 9.0 |
| | Turizm Fakültesi | 32 | 8.7 |
| | Diş Hekimliği Fakültesi | 16 | 4.4 |
| | Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi | 39 | 10.7 |
| Cinsiyet | Kadın | 191 | 52.2 |
| | Erkek | 175 | 47.8 |
| Sağlık güvencesi | Evet | 342 | 93.4 |
| | Hayır | 24 | 6.6 |
| Medeni durum | Evli | 1 | 0.3 |
| | Bekâr | 276 | 75.4 |
| | Nişanlı-sözlü | 5 | 1.4 |
| | Flört ile birlikte | 75 | 20.5 |
| | Diğer | 9 | 2.5 |
| En son mezun olunan okul | Düz lise | 51 | 13.9 |
| | Özel lise | 9 | 2.5 |
| | Süper lise | 1 | 0.3 |
| | Anadolu Lisesi | 267 | 73.0 |
| | Diğer (meslek lisesi vb.) | 33 | 9.0 |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 5 | 1.4 |
| Şu an yaşanılan yer | Evde aile ile birlikte | 118 | 32.2 |
| | Evde arkadaşı ile birlikte | 84 | 23.0 |
| | Evde tek başına | 29 | 7.9 |
| | Yurt-lojmanda | 135 | 36.9 |

| | | | |
|----------------------------------|------------------------|-----|------|
| Ailenin aylık geliri | 1500 TL altı | 47 | 12.8 |
| | 1500-3500 TL | 188 | 51.4 |
| | 3500 TL üstü | 131 | 35.8 |
| Aile tipi | Çekirdek | 307 | 83.9 |
| | Geniş aile | 48 | 13.1 |
| | Parçalanmış | 11 | 3.0 |
| Annenin eğitim durumu | İlköğretim | 186 | 50.8 |
| | Lise | 101 | 27.6 |
| | Üniversite ve üzeri | 67 | 18.3 |
| | Diğer(okul bitirmemiş) | 12 | 3.3 |
| Babanın eğitim durumu | İlköğretim | 126 | 34.4 |
| | Lise | 127 | 37.7 |
| | Üniversite ve üzeri | 109 | 29.8 |
| | Diğer(okul bitirmemiş) | 4 | 1.1 |
| En uzun ikamet edilen yer | İl | 229 | 62.6 |
| | İlçe | 113 | 30.9 |
| | Köy | 24 | 6.6 |

Ankete cevap veren katılımcıların 24 yaş ve altı olanların oranı %96,2 (n:352), 25 yaş ve üstü olanların oranı %3,8 (n:14) ve bunların %52,2'si (n:191) kadındır.

Ankete cevap veren katılımcıların öğrenim gördüğü bölümler ise; Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi olanların oranı %37,2 (n:136), Sağlık Bilimleri Fakültesi olanların oranı %18 (n:66), İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi olanların oranı %12 (n:44) İslami İlimler Fakültesi olanların oranı %9 (n:33), Turizm Fakültesi olanların oranı %8,7 (n:32), Diş Hekimliği Fakültesi olanların oranı %4,4 (n:16), Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi olanların oranı %10,7'dir (n:39).

Ankete cevap veren cinsiyetlerde ise; cinsiyeti kadın olanların oranı %52,2 (n:191), erkek olanların oranı %47,8'dir (n:175).

Ankete cevap veren katılımcıların sağlık güvencesi olanların oranı %93,4 (n.342) iken sağlık güvencesi olmayanların oranı %6,6'dır (n:24).

Ankete cevap veren medeni durumu farklı katılımcılar arasında medeni durumu evli olanların oranı %0,3 (n:1), bekar olanların oranı %75,4 (n:276), nişanlı-

sözlü olanların oranı %1,4 (n:5) flört ile birlikte olanların oranı %20,5 (n:75) ve diğer şikâni işaretleyenlerin oranı %2,5'dir (n:9).

Ankete cevap veren katılımcıların en son mezun oldukları okul; düz lise olanların oranı %13,9 (n:51), özel lise olanların oranı %2,5 (n:9), Anadolu lisesi olanların oranı %73 (n:267), sağlık meslek lisesi olanların oranı %1,4 (n:5), diğer lise (meslek lisesi) olanların oranı %9'dur (n:33).

Ankete cevap veren şu anda yaşadığı yer farklı olan katılımcılar arasında yaşadığı yeri evde aile ile birlikte olarak belirtenlerin oranı %32,2 (n:118), evde arkadaşı ile birlikte olarak belirtenlerin oranı %23 (n:84), evde tek başına olarak belirtenlerin oranı %7,9 (n:29), yurt-lojmanda olarak belirtenlerin oranı %36,9'dur (n:135).

Ankete cevap veren aile aylık gelir durumu farklı olan katılımcıların gelir durumu 1500 TL'nin altında olanların oranı %12,8 (n:47), 1500 TL-3500 TL olanların oranı %51,4 (n:188), 3500 TL'nin üstünde olanların oranı %35,8'dir (n:131).

Ankete cevap veren katılımcıların aile tipi çekirdek aile olanların oranı %83,9 (n:307) geniş aile olanların oranı %13,1 (n:48) parçalanmış aile olanların oranı %3'dür(n:11).

Ankete cevap veren anne eğitim durumu farklı olan katılımcılar arasında eğitimi ilköğretim olanların oranı %50,8 (n:186), lise olanların oranı %27,6 (n:101), üniversite ve üzeri olanların oranı %18,3 (n:67), diğer (okul bitirmemiş) olanların oranı %3,3'dür (n:12).

Ankete cevap veren baba eğitim durumu farklı olan katılımcılar arasında eğitimi ilköğretim olanların oranı %34,4 (n:126), lise olanların oranı %37,7 (n:127) üniversite ve üzeri olanların oranı %29,8 (n:109), diğer (okul bitirmemiş) olanların oranı %1,12dir (n:4)

Ankete cevap veren en uzun ikamet ettiği yer farklı olan katılımcılar arasında ikamet yeri il olarak belirtenlerin oranı %62,6 (n:229), ilçe olarak belirtenlerin oranı %30,9 (n:113) , köy olarak belirtenlerin oranı %6,6'dır (n:24).

Tablo 3. Öğrencilerin cinsel sağlık/üreme sağlığına yönelik yaklaşımları

| Değişkenler | | n | % |
|---|------------------------|-----|------|
| Ailenin cinsel sağlıklı ilgili konulara yaklaşımı | Konuşulur | 120 | 32.8 |
| | Konuşulmaz | 240 | 65.6 |
| | Yasaktır | 6 | 1.6 |
| Şimdiye kadar cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili herhangi bir sağlık sorun yaşama durumu | Evet | 26 | 7.1 |
| | Hayır | 340 | 92.9 |
| Okullarda cinsel sağlık/üreme sağlığı eğitimi verilmesi konusundaki görüşü | Evet | 332 | 90.7 |
| | Hayır | 34 | 9.3 |
| Cinsel sağlık/ üreme sağlığı ile ilgili bilgilerin ne zaman verilmeye başlanması konusundaki görüşü | İlköğretimde | 118 | 32.2 |
| | Lisede | 205 | 56.0 |
| | Üniversitede | 38 | 10.4 |
| | Diğer | 5 | 1.4 |
| Cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeyini yeterli bulma durumu | Evet | 214 | 58.5 |
| | Hayır | 152 | 41.5 |
| Cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgileri nereden ya da kimden aldığı | Anneden | 63 | 17.2 |
| | Babadan | 29 | 7.9 |
| | Kardeşlerden | 23 | 6.3 |
| | Öğretmenimden | 46 | 12.6 |
| | Arkadaşlarımdan | 117 | 32.0 |
| | İletişim araçlarından | 172 | 47.0 |
| | Sağlık personelinden | 47 | 12.8 |
| | Diğer | 10 | 2.7 |
| Cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgileri kimden almak istediği | Anneden | 56 | 15.3 |
| | Babadan | 36 | 9.8 |
| | Kardeşlerden | 13 | 3.6 |
| | Öğretmenimden | 47 | 12.8 |
| | Arkadaşlarımdan | 40 | 10.9 |
| | İletişim araçlarından | 61 | 16.7 |
| | Sağlık personelinden | 200 | 54.6 |
| | Diğer | 7 | 1.9 |
| Cinsel sağlık/üreme sağlığı konularında kiminle konuştuğu | Annemle | 79 | 21.6 |
| | Babamla | 29 | 7.9 |
| | Kardeşlerimle | 38 | 10.4 |
| | Öğretmenimle | 7 | 1.9 |
| | Arkadaşlarımla | 227 | 62.0 |
| | Hiç kimse ile konuşmam | 50 | 13.7 |
| | Diğer | 18 | 4.9 |
| Evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulması konusuna nasıl baktığı | Olumlu | 133 | 36.3 |
| | Olumsuz | 119 | 32.5 |
| | Yorumsuz | 114 | 31.1 |
| Üniversitede Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı konusunda danışma birimi olması görüşü | Olumlu | 308 | 84.2 |
| | Olumsuz | 58 | 15.8 |

| | | | |
|---|---|-----|------|
| Cinsel sağlık/üreme sağlığı eğitim programlarında en çok ihtiyaç duyulan konular | Aile planlaması yöntemleri | 107 | 29.2 |
| | Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yolları | 212 | 57.9 |
| | Gebeliğin oluşumu | 61 | 16.7 |
| | Kadın ve erkek üreme sistemi organları ve işleyişi | 87 | 23.8 |
| | Diğer | 4 | 1.1 |

Ankete cevap veren ailesinin cinsel sağlıkla ilgili konularla ilgili yaklaşımları farklı olan katılımcılar arasında cinsel konuların konuşulduğunu belirtenlerin oranı %32,8 (n:120), konuşulmadığını belirtenlerin oranı %65,6 (n:240) konuşulmasının yasak olduğunu belirtenlerin oranı %1,6'dır (n:6).

Ankete cevap veren şimdiye kadar cinsel sağlık ya da üreme sağlığı ile ilgili herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumu katılımcılar arasında sorun yaşayanların oranı %7,1 (n:26) yaşamayanların oranı %92,9'dur (n:340).

“Size göre okullarda cinsel ve üreme sağlığı eğitimi verilmeli midir?” sorusuna verilmeli cevabı verenlerin oranı %90,7 (n:332), verilmemeli cevabını verenlerin oranı %9,3'tür (n:34).

“Cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bilgiler ne zaman verilmeye başlanmalı?” sorusuna ilköğretimde cevabını verenlerin oranı %32,2 (n:118), lisede cevabını verenlerin oranı %56 (n:205), üniversitede cevabını verenlerin oranı %10,4 ve diğer cevabını verenlerin oranı %1,4'tür (n:5).

“Cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?” sorusuna yeterli buluyorum cevabını verenlerin oranı %58,5 (n:214), yeterli bulmuyorum cevabını verenlerin oranı %41,5'tir (n:152).

Katılımcıların “Cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgileri nereden ya da kimden aldınız?” sorusuna yanıtları incelendiğinde; bilgileri annesinden alanlar %17,2 (n:63), babasından alanlar %7,9 (n:29), kardeşlerinden alanlar %6,3 (n:23), öğretmeninden alanlar %12,6 (n:46), arkadaşlarından alanlar %32 (n:117), iletişim

araçlarından (internet, tv, dergi, gazete vb) alanlar %47 (n:172), sağlık personelinden alanlar %12,8, diğer olarak yanıtlayanlar %2,7'dir (n:10).

“Cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgileri kimden veya nereden almak istersiniz?” sorusuna cevap veren katılımcılar arasında; bilgileri annesinden almak isteyenler %15,3 (n:56), babasından almak isteyenler %9,8 (n:36), kardeşlerinden almak isteyenler %3,6 (n:13), öğretmeninden almak isteyenler %12,8 (n:47) , arkadaşlarından almak isteyenler %10,9 (n:40), iletişim araçlarından almak isteyenler %16,7, sağlık personelinden almak isteyenler %54,6 (n:200), diğer yanıtını verenler %1,9'dur (n:7)

Ankete cevap veren katılımcılara yöneltilen “Cinsel sağlık/üreme sağlığı konularını kiminle konuşursunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre; annesi ile konuşanlar %21,6 (n:79), babası ile konuşanlar %7,9 (n:29), kardeşleriyle konuşanlar %10,4 (n:38), öğretmeniyle konuşanlar %1,9 (n:7), arkadaşlarıyla konuşanlar %62 (n:227), hiç kimse ile konuşmayanlar %13,7 (n:50), diğer kişilerle konuşurum yanıtını verenler %4,9'dur (n:18).

Ankete cevap veren katılımcıların evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunmasına olumlu bakanların oranı %36,3 (n:133), olumsuz bakanların oranı %32,5 (n:119), yorumsuz kalanların oranı %31,1'dir (n:114).

“Üniversitede cinsel sağlık/üreme sağlığı danışma birimi olması gerekli midir?” sorusuna gereklidir cevabını verenlerin oranı %84,2 (n:308), gerekli değildir cevabını verenlerin oranı %15,8'dir (n:58).

Cinsel sağlık/üreme sağlığı eğitim programında en çok istenen konular sırasıyla; cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yolları %57,9 (n:212), aile planlaması yöntemleri %29,2 (n:107), kadın ve erkek üreme sistemi organları ve işleyişi %23,8 (n:87), gebeliğin oluşumu %16,7 (n:61), diğer konular %1,1 (n:4) olarak katılımcılar tarafından belirtildi.

4.2.Öğrencilerin demografik özellikleri ile cinsel sağlık/üreme sağlığı bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 4. Öğrencilerin yaş grupları ile CS/ÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Yaş | n | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | MU | P |
|----------------|-----|-----------------------------------|----------|-------|
| 24 yaş ve altı | 352 | 23,00(10-32) (22,4091±5,03) | 2159,000 | 0,431 |
| 25 yaş ve üstü | 14 | 23,00(12-30) (23,4286±4,95) | | |

**mann whitney u testi*

Ankete cevap veren katılımcıların yaşı ile CSÜS ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 5. Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümler ile CS/ÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Öğrenim görülen bölüm | N | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | KW | P |
|-------------------------------|-----|-----------------------------------|--------|-------|
| Mühendislik ve Mimarlık F. | 136 | 23,00(10-30) (22,6029±4,19) | 88,074 | 0,000 |
| Sağlık Bilimleri F. | 66 | 26,50(11-32) (25,3939±5,32) | | |
| İktisadi ve İdari Bilimler F. | 44 | 21,5(11-29) (20,6364±4,96) | | |
| İslami İlimler F. | 33 | 17,00(10-23) (16,1515±4,01) | | |
| Turizm F. | 32 | 22,00(14-27) (21,7813±2,84) | | |
| Diş Hekimliği F. | 16 | 26,50(11-31) (25,8125±4,59) | | |
| Sosyal ve Beşeri Bilimler F. | 39 | 24,00(13-30) (23,4615±4,01) | | |

**kruskal wallis testi*

Ankete cevap veren katılımcıların öğrenim gördükleri bölümler ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bölümü Diş Hekimliği Fakültesi olan öğrencilerin ortalama puanı 25,8125 ile en yüksek, İslami İlimler Fakültesi öğrencilerinin 16,1515 ile ortalama puanı en düşüktür.

İkili grup karşılaştırması yaptığımızda; İslami İlimler Fakültesi ile Dış Hekimliği (p<0,001), Sağlık Bilimleri (p<0,001), Sosyal ve Beşeri Bilimler (p<0,001), Mühendislik ve Mimarlık (p<0,001), Turizm (p<0,01), İktisadi ve İdari Bilimler (p<0,01) Fakülteleri arasında bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu.

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerini bilgi düzeyi açısından Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ve Dış Hekimliği Fakültesi öğrencileri ile ikili grup karşılaştırması yaptığımızda ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0,001 ve p<0,001). Turizm Fakültesi öğrencilerinin de Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Dış Hekimliği Fakültesi öğrencileri arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı farklılık bulundu (p<0,05). Ayrıca Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi ile Sağlık Bilimleri Fakültesi arasında da bilgi düzeyi açısından istatistiksel anlamlı farklılık mevcuttu (p<0,01).

Yukarıda bahsetmiş olduğumuz karşılaştırmalar dışındaki ikili grup karşılaştırmalarında karşılaştırılan gruplar açısından anlamlı farklılık izlenmedi (p>0,05).

Tablo 6. Öğrencilerin cinsiyetleri ile CS/ÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Cinsiyet | n | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | MU | P |
|----------|-----|-----------------------------------|-----------|-------|
| Kadın | 191 | 24,00(10-32) (23,9686±4,53) | 10829,000 | 0,000 |
| Erkek | 175 | 21,00(10-31) (20,7886±5,03) | | |

**man whitney u testi*

Öğrencilerin cinsiyetleri ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Erkek öğrencilerin ortalama puanı 20,7886; kız öğrencilerin ortalama puanı 23,9686'dır.

Tablo 7. Öğrencilerin en son mezun oldukları okul ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| En son mezun olduğunuz okul | N | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | KW | P |
|---|-----|-----------------------------------|--------|-------|
| Düz lise | 51 | 23,00(11-31) (22,0588±5,67) | 18,142 | 0,003 |
| Özel lise | 9 | 23,00(11-28) (22,2222±6,79) | | |
| Anadolu Lisesi | 267 | 23,00(10-32) (22,8914±4,71) | | |
| Sağlık Meslek Lisesi | 5 | 26,00(22-28) (25,4000±2,40) | | |
| Diğer (meslek lisesi,imam hatip lisesi vb.) | 33 | 20,00(10-30) (19,0606±5,11) | | |

**kruskal wallis testi*

Ankete cevap veren katılımcıların en son mezun olduğu okul ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). En son mezun olduğu okul Sağlık Meslek Lisesi olan katılımcıların ortalama puanı 25,4000 ile en yüksek; diğer meslek liseleri ve İmam Hatip Lisesi 19,0606 ile ortalama puanı en düşüktür. İkili grup karşılaştırması yaptığımızda Meslek Lisesi ve İmam Hatip Lisesi mezunu öğrencilerinin Anadolu Lisesi mezunu öğrencileri arasında bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$).

Tablo 8. Öğrencilerin şu anda yaşadıkları yer ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Şu anda yaşadığınız yer | N | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | KW | p |
|----------------------------|-----|-----------------------------------|-------|-------|
| Evde aile ile birlikte | 118 | 23,00(10-32) (23,1780±5,16) | 6,990 | 0,072 |
| Evde arkadaşı ile birlikte | 84 | 23,00(10-31) (22,4286±4,93) | | |
| Evde tek başına | 29 | 24,00(12-31) (23,4828±4,69) | | |
| Yurt-lojmanda | 135 | 22,00(10-31) (21,6000±4,96) | | |

**kruskal wallis testi*

Ankete cevap veren katılımcıların şu anda yaşadığı yer ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 9. Öğrencilerin ailesinin aylık geliri ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Ailenin Aylık Geliri | n | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | KW | P |
|----------------------|-----|-----------------------------------|--------|-------|
| 0-1500 TL | 47 | 22,00(10-28) (20,2979±5,04) | 16,926 | 0,000 |
| 1500-3500 TL | 188 | 22,00(10-32) (22,1543±4,86) | | |
| 3500 TL ve üzeri | 131 | 24,00(10-32) (23,6412±4,98) | | |

**kruskal wallis testi*

Ankete cevap veren katılımcıların aile aylık geliri ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Ailenin aylık geliri 3500 TL ve üzeri olan katılımcıların ortalama puanı 23,6412 ile en yüksek; 0-1500 TL olan katılımcıların ortalama puanı 20,2979 ile en düşüktür.

İkili grup karşılaştırmalarında ise; ailesinin aylık geliri 1500 TL altı ile 3500 TL üzerinde olanlar arasında bilgi düzeyi açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). Ailesinin aylık geliri 1500-3500 TL olan katılımcıların ailesinin aylık geliri 3500 TL üzerinde olanlar arasında da bilgi düzeyleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık mevcuttu ($p<0,05$).

Tablo 10. Öğrencilerin aile tipi ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Aile tipi | n | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | KW | p |
|-------------|-----|-----------------------------------|--------|-------|
| Çekirdek | 307 | 23,00(10-32) (22,8730±4,81) | 17,651 | 0,000 |
| Geniş aile | 48 | 20,00(10-31) (19,6042±5,30) | | |
| Parçalanmış | 11 | 24,00(11-29) (23,0000±6,18) | | |

**kruskal wallis testi*

Ankete cevap veren katılımcıların aile tipi ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Aile tipi parçalanmış olan katılımcıların ortalama puanı 23,0000 ile en yüksek; geniş aile olanların 19,6042 ile ortalama puan en düşüktür.

İkili karşılaştırma yaptığımızda; aile tipi geniş aile olan katılımcılar ile aile tipi çekirdek ve parçalanmış aileye sahip olan katılımcılar arasında bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,05$).

Tablo 11. Öğrencilerin annesinin eğitim durumu ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Annenin eğitim durumu | N | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | KW | p |
|----------------------------------|-----|-----------------------------------|--------|-------|
| İlköğretim | 186 | 23,00(10-32) (21,9624±5,05) | 12,636 | 0,005 |
| Lise | 101 | 22,00(10-32) (22,2574±5,06) | | |
| Üniversite ve üzeri | 67 | 25,00(13-32) (24,3433±4,40) | | |
| Diğer (öğrenim tamamlamamış vb.) | 12 | 20,50(12-31) (21,0000±5,81) | | |

**kruskal wallis testi*

Ankete cevap veren katılımcıların anne eğitim durumları ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Annesinin eğitim durumu üniversite ve üzeri olan katılımcıların ortalama puanı 24,3433 ile en yüksek; öğrenimini tamamlamamış olanların 21,0000 ile ortalama puanı en düşüktür.

İkili grup karşılaştırması yaptığımızda anne eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan katılımcılar ile anne eğitim düzeyi ilköğretim ve lise olan katılımcılar arasında bilgi düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (sırasıyla $p<0,01$ ve $p<0,05$).

Tablo 12. Öğrencilerin babasının eğitim durumu ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Babanın eğitim durumu | N | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | KW | P |
|----------------------------------|-----|-----------------------------------|--------|-------|
| İlköğretim | 126 | 22,00(10-32) (21,4365±5,22) | 16,934 | 0,001 |
| Lise | 127 | 23,00(10-32) (22,6299±4,80) | | |
| Üniversite ve üzeri | 109 | 24,00(10-32) (23,6422±4,75) | | |
| Diğer (öğrenim tamamlamamış vb.) | 4 | 16,50(12-19) (16,0000±3,16) | | |

**kruskal wallis testi*

Ankete cevap veren katılımcıların baba eğitim durumu ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında toplam istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Babasının eğitim durumu üniversite ve üzeri olan katılımcıların ortalama puanı 23,6422 ile en yüksek; öğrenimini tamamlamamış olanların 16,0000 ile ortalama puanı en düşüktür.

İkili grup karşılaştırması yaptığımızda baba eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan katılımcılar ile baba eğitim düzeyi ilköğretim ve öğrenim tamamlamamış olan katılımcılar arasında bilgi düzeyleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (sırasıyla $p<0,01$ ve $p<0,05$).

Tablo 13. Öğrencilerin ailesinin cinsel sağlık/üreme sağlığına yaklaşımı ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Ailenin cinsel sağlıkla ilgili konularla ilgili yaklaşımı | u | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | KW | p |
|---|-----|-----------------------------------|--------|-------|
| Konuşulur | 120 | 24,00(10-32) (23,2917±5,57) | 17,602 | 0,000 |
| Konuşulmaz | 240 | 23,00(10-32) (22,2208±4,60) | | |
| Yasaktır | 6 | 15,00(12-17) (14,6667±2,58) | | |

**kruskal wallis testi*

Ankete cevap veren ailesinin cinsel sağlıkla ilgili konularla ilgili yaklaşımı farklı olan katılımcılar ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Ailesinde bu konuların konuşulduğu cevabını veren katılımcıların ortalama puanı 23,2917 ile en yüksek; bu konuların konuşulması yasaktır cevabını verenlerin 14,6667 ile ortalama puanı en düşüktür.

İkili grup karşılaştırması yaptığımızda tüm gruplar arasında bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Sırasıyla konuşmanın yasak olduğu yanıtı verenler ile konuşulmaz yanıtı verenler ($p<0,01$), konuşulması yasaktır yanıtı verenler ile konuşulur yanıtı verenler ($p<0,001$), konuşulmaz yanıtı verenler ile konuşulur yanıtı verenler ($p<0,05$ olarak) arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı farklılık mevcuttu.

Tablo 14. Öğrencilerin cinsel sağlık/üreme sağlığında sorun yaşama durumu ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Şimdiye kadar cinsel sağlık / üreme sağlığı ile ilgili herhangi bir sağlık sorun yaşama durumu | n | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | MU | p |
|--|-----|-----------------------------------|----------|-------|
| Evet | 26 | 24,00(10-30) (24,1538±4,32) | 3442,500 | 0,060 |
| Hayır | 340 | 23,00(10-32) (22,3176±5,06) | | |

**man whitney u testi*

Anketlere cevap veren katılımcıların şimdiye kadar cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumu ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 15. Öğrencilerin okullarda cinsel sağlık/üreme sağlığı eğitimi verilmesi konusundaki düşünceleri ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Okullarda cinsel sağlık/ üreme sağlığı eğitimi verilmeli mi? | n | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | MU | P |
|--|-----|-----------------------------------|----------|-------|
| Evet | 332 | 23,00(10-32) (22,8434±4,88) | 3067,000 | 0,000 |
| Hayır | 34 | 19,00(10-27) (18,5882±4,87) | | |

**man whitney u testi*

“Size göre okullarda cinsel sağlık/üreme sağlığı eğitimi verilmeli mi?” sorusuna farklı cevap veren katılımcılar ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Öğrencilerden eğitim verilmelidir cevabı veren katılımcıların ortalama puanı 22,8434; eğitim verilmemelidir cevabı veren katılımcıların ortalama puanı 18,5882’dir. Buna göre eğitim verilmelidir cevabı veren öğrencilerin ortalama puanı daha yüksektir.

Tablo 16. Öğrencilerin cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgilerin verilme zamanı ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| CSÜS bilgilerinin verilme zamanı | n | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | KW | p |
|----------------------------------|-----|-----------------------------------|--------|-------|
| İlköğretim | 118 | 24,00(11-32) (23,7542±4,81) | 16,745 | 0,001 |
| Lise | 205 | 23,00(10-31) (22,2244±4,77) | | |
| Üniversite | 38 | 20,00(10-32) (20,1053±5,73) | | |
| Diğer | 5 | 23,00(11-24) (18,600±6,50) | | |

**kruskal wallis testi*

Ankete cevap veren cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgilerin verilme

zamanını farklı cevaplayan katılımcılar ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. ($p<0,05$). İlköğretimde verilmelidir cevabını veren katılımcıların ortalama puanı 23,7542 ile en yüksek; diğer cevabını veren katılımcıların 18,6000 ile ortalama puanı en düşüktür.

İkili grup karşılaştırması yaptığımızda ise CSÜS bilgilerinin üniversitede verilmeli yanıtı veren katılımcılar ile ilköğretimde verilmeli yanıtını veren katılımcılar arasından bilgi düzeyi açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$).

Tablo 17. Öğrencilerin CSÜS ile ilgili bilgi düzeylerini yeterli bulma durumu ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| CSÜS bilgi düzeylerini yeterli bulma durumları | n | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | MU | P |
|--|-----|-----------------------------------|-----------|-------|
| Evet | 214 | 23,00(10-32) (22,6028±5,15) | 15346,000 | 0,356 |
| Hayır | 152 | 22,00(11-32) (22,2303±4,86) | | |

**man whitney u testi*

Ankete cevap veren katılımcıların cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeyini yeterli bulma durumu ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 18. Öğrencilerin evlenmeden önce cinsel ilişki konusundaki görüşleri ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Evlenmeden önce cinsel ilişkiye bakış açıları | n | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | KW | p |
|---|-----|-----------------------------------|--------|-------|
| Olumlu | 133 | 24,00(11-32) (23,5263±4,57) | 14,071 | 0,001 |
| Olumsuz | 119 | 21,00(10-32) (21,2521±5,29) | | |
| Yorumsuz | 114 | 23,00(10-31) (22,4386±5,02) | | |

**kruskal wallis testi*

Evlenmeden önce cinsel ilişkiye bakış açıları farklı olan katılımcılar ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu konuya olumlu bakan katılımcıların ortalama puanı 23,5263 ile en yüksek; olumsuz bakanım cevabı veren katılımcıların 21,2521 ile ortalama puanı en düşüktür.

İkili grup karşılaştırması yaptığımızda evlenmeden önce cinsel ilişkiye olumsuz bakanlar ile olumlu bakanlar arasında bilgi düzeyi açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. ($p<0,01$)

Tablo 19. Öğrencilerin üniversitede CSÜS danışma birimi olması konusundaki düşünceleri ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Üniversitede cinsel sağlık ve üreme sağlığı danışma birimi olma durumu | n | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | MU | p |
|--|-----|-----------------------------------|----------|-------|
| Evet | 308 | 23,00(10-32) (22,9383±4,91) | 5723,000 | 0,000 |
| Hayır | 58 | 21,00(10-30) (19,8448±4,87) | | |

**man whitney u testi*

Üniversitede CSÜS danışma birimi olması konusunda farklı düşüncelere sahip olan katılımcılar ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. CSÜS birimi olmalıdır cevabı veren katılımcıların ortalama puanı 22,9383; birim olmamalıdır cevabı veren katılımcıların ortalama puanı 19,8448'dir. Buna göre üniversitede cinsel sağlığı/üreme sağlığı birimi olmalıdır cevabı verenlerin ortalama puanı daha yüksektir.

Tablo 20. Öğrencilerin en uzun süre ile ikamet ettikleri yer ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması.

| En uzun ikamet edilen yer | n | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | KW | P |
|---------------------------|-----|-----------------------------------|-------|-------|
| İl | 229 | 23,00(10-32) (22,6856±4,87) | 2,136 | 0,344 |
| İlçe | 113 | 23,00(10-32) (22,1770±5,31) | | |
| Köy | 24 | 22,00(11-31) (21,4583±5,15) | | |

**kruskal wallis testi*

Ankete cevap veren katılımcıların en uzun süre ikamet ettikleri yer ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 21. Öğrencilerin medeni durumları ile CSÜS bilgi düzeyinin karşılaştırılması

| Medeni Durum | n | Ortanca(min-max) (Ortalama±SS) | KW | p |
|--------------------|-----|-----------------------------------|--------|-------|
| Nişanlı/Sözlü | 5 | 27,00(27,-31) (28,4000±1,94) | 16,811 | 0,002 |
| Flört ile birlikte | 75 | 24,00(10-32) (23,4800±4,31) | | |
| Bekar | 276 | 22,00(10-32) (22,2138±5,00) | | |
| Diğer | 9 | 21,00(10-31) (19,0000±7,44) | | |

**kruskal wallis testi*

Ankete cevap veren katılımcıların medeni durumları ile CSÜS bilgi ölçeğinden alınan puanların ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. ($p<0,05$) Medeni durumu için nişanlı/sözlü cevabını veren katılımcıların ortalama puanı 28,400 ile en yüksek; diğer cevabını veren katılımcıların 19,0000 ile ortalama puanı en düşüktür.

İkili grup karşılaştırması yaptığımızda; medeni durumu nişanlı/sözlü olan katılımcılar ile medeni durumu bekar olan katılımcılar arasında bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. ($p<0,05$)

5.TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü 15-24 yaş arası bireyleri genç olarak nitelendirmektedir. Bu dönem gençlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa eriştiği, toplumsal yerini belirlediği uzun bir süreçten ibarettir (19,20,94). Dünyada adolesan ve genç nüfusun hızla artması; bu dönemdeki bireylerin üreme sağlığı gereksinimlerini de arttırmıştır. Erken yaşlarda başlayan cinsel hayat; cinsellik, kontraseptif yöntemler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi eksiklikleri olan adolesan ve genç bireylerin istenmeyen gebeliklere ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara daha sık maruz kalmasına neden olmuştur. Bu da gençlerde fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal sorunlara sebep olmaktadır (1).

Toplumumuzun cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı görüşünden yola çıkarak eğitilmiş kesim olarak üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla bu çalışma planlanmıştır. Ülkemizin büyük bir coğrafyada olması ve farklı sosyokültürel düzeydeki bireylere sahip olması gerçeğinden yola çıkarak; gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgi ve görüşlerinin saptanıp; ortaya çıkan bu bilgi ve görüş farklılıklarını etkileyen sosyodemografik faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Çalışmamıza katılan erkek ve kız öğrenciler sayısal olarak eşit orandadır. Öğrencilerin yaş gruplarına baktığımızda 24 yaş ve altı olanların oranı %96,2 olarak bulundu. Dünya Sağlık Örgütü 10-19 yaş grubu “ergen”, 15-24 yaş grubunu ise “genç” olarak tanımlamaktadır. Ergenlik ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle de 10-24 yaş grubu “genç insanlar” olarak değerlendiriliyor. Ülkemizde, her dört kişiden birisi gençtir; bu nedenledir ki adolesan ve gençlik dönemi CSÜS sorunlarıyla sık karşılaşmaktayız (20). Üreme sağlığına ilişkin sorunların sık yaşandığı, cinsel yolla bulaşan hastalıkların daha sık görüldüğü, isteyerek düşüklerin ve istenmeyen gebeliklerin adolesan ve gençlik döneminde daha sık saptandığı görülmüştür. Bu sebepten dolayı çalışma grubu toplumun önemli kısmını yansıtmaktadır.

Çalışmamızda öğrencilerin çoğunluğunun ilde yaşadığı ve sağlık güvencesinin olduğu görüldü. İlde yaşayan öğrencilerin daha iyi yaşam koşullarına sahip olduğu,

bilgiye daha kolay ulaşabildiği, eğitim olanaklarının daha iyi olduğu düşünülebilir. Pınar'ın 2008'de Ankara da yaptığı çalışmada da benzer özellikler görülmüştür (51,95).

Üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğu farkı şehirlerde öğrenimlerine devam etmektedir. Farklı şehirlerde öğrenim gören öğrenciler yurt- lojman veya evde arkadaşları ile kalmaktadır. Çalışmamızda öğrencilerin %36,9'unun yurt-lojmanda kaldığı bulundu. Okudukları süre içinde kaldıkları yerlere bakıldığında öğrencilerin yurt-lojmanda kalan öğrencilerin sosyal açıdan akranlarıyla daha iyi iletişim kurdukları düşünülebilir

Çalışmamızda öğrencilerin $\frac{3}{4}$ ünün' çekirdek aile tipine sahip olduğu bulundu. Öğrencilerin çekirdek aile tipinde yaşıyor olmaları aileleriyle cinsellik konusunda daha çok konuşma imkânına sahip olacaklarını düşündürürken, geniş ailede yaşayan öğrencilerin anne/baba ile konuşma imkânını daha az olabileceği düşünülmüştür. Buna neden olarak; aile yapısının geleneksel özellikler taşıması ve ataerkil özelliğini koruması, bu gibi konuların ailede konuşulmasının ayıp karşılanacağı, ebeveynlerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaması gösterilebilir.

Çalışmamızda öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim durumlarına bakıldığında; babaların eğitim seviyesinin annelere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin annelerinin yarısı ilköğretim mezunu iken; babalarının eğitim durumlarına bakıldığında ise lise mezunu olanlar daha yüksek oranlardaydı. Aynı zamanda çalışmamızda annelerin babalara oranla daha fazla okul bitirmediği bulunmuştur. Kadın-erkek arasındaki eğitim farkını bu oranlar ortaya koymaktadır. Ailenin eğitim düzeyinin düşük olması, gençlerin aileleriyle paylaştıkları konuları da sınırlamaktadır. Öte yandan annelerinin lise veya üniversite mezunu olması; ebeveynlerin çocuklarına daha iyi bir eğitim vereceği, çocuklarıyla daha iyi iletişim kurabileceği şeklinde düşünülebilir. Geçici' nin (2011) yaptığı çalışma ile bizim çalışmamızı karşılaştırıldığımızda anneler ve babaların üniversite bitirme oranlarına bakıldığında bizim çalışmamızda daha yüksek bulundu. Bunun nedenin araştırma yapılan bölgenin farklı olması, kültürel ve toplumsal olarak farklılık bulunması, kadın ve erkeklerin okula gönderilme durumlarında farklılık olması olarak düşünebiliriz (15).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu aileleriyle CSÜS konusunu konuşmadığı bulundu. Türkiye’de cinsellik bir tabu gibi görülmektedir. İlk olarak ailede başlayacak cinsel eğitim anne ve babaların yeteri ve doğru bilgiye sahip olmamasından dolayı çocuklarına verilememektedir. Ailelerin geleneksel-yöresel özellikleri ve ataerkil yapısı, bu gibi konuların ailede konuşulmasının ayıp karşılanması bu konuda anne-babaların yeterli bilgiye sahip olmamasına etkili olduğu düşünülebilir. Diğer çalışmalara baktığımızda, Geçici’ nin (2011) ve Pınar’ın (2008) yaptıkları çalışmalarda bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (15,95).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu şimdiye kadar CSÜS ile ilgili her hangi bir sağlık sorunu yaşamadıklarını ifade etmiştir. %7,1’i ise yaşadığını tanımlamıştır. İzmir bir büyük şehir olarak; sağlık sorunu yaşayan katılımcılarımız için hastanelere (özel, üniversite, vakıf, eğitim araştırma ve devlet hastaneleri) ve 1. Basamak hizmetlerine erişilebilirliğin (e-randevu ve ulaşım seçenekleri) kolaylığı; hizmete hemen erişimde avantaj olarak yorumlanabilir. Metin’in yaptığı çalışması (2015) da bizim çalışmamızla benzer olarak bulunmuştur (96).

Çalışmamızda öğrencilerin büyük çoğunluğu okullarda cinsel eğitim verilmesini istediklerini belirtti. Eğitim kurumlarında da geleneksel bakış açısının izleri programlara yansımaktadır. Formal eğitim programında seçmeli ders olarak yer alan sağlık bilgisi dersinin üreme ile ilgili bölümleri biyolojik üreme süreciyle sınırlıdır. Dolayısıyla, gençler cinsel /üreme sağlığıyla ilgili bilgi gereksinimini tam karşılayabilmek için okul dışındaki kaynaklara yönelmektedir. Okullarda verilen cinsel /üreme sağlığı dersleri daha etkili olursa yanlış bilgilenmenin önüne geçecektir şeklinde yorumlanabilir. Geçici’nin (2011) ve Metin’in (2015) yapmış oldukları çalışmadaki okullarda eğitim verilmeli oranları bizim çalışmamızdaki oranlarla benzerlik göstermektedir (15,96).

Çalışmamızda CSÜS ile ilgili bilgiler ne zaman verilmeye başlanmalı sorusuna, öğrencilerin büyük çoğunluğu lisede ve ilköğretimde verilmesi istediğini belirtmiştir. Finlandiya’da sağlık eğitimine entegre edilmiş cinsel eğitim 2005 yılında okullarda zorunlu hale getirilmiş ve okullardaki sağlık eğitimi buna uygun olarak düzenlenmiştir. İlkokulda (7-10 yaş) çevre ve doğa bilimlerinin bir parçası olarak; 6.

sınıflarda (11-12 yaş) biyoloji ve coğrafya ayrıca fizik ve kimyanın bir parçası olarak; 7-9. sınıflarda (13-15 yaş) ayrı bir konu olarak verilmektedir. (71) 2007'de Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması %96,3'ü cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti sunulmasını olumlu karşılamaktadır (97). Birçok ülkede okullarda cinsel eğitim zorunlu hale getirilmiştir. Bizim ülkemizde hala bu büyük bir sorun olarak görülmektedir. Yapılan birçok çalışmada öğrencilerin ilköğretim ve lisede CSÜS eğitimini verilmesi gerektiği belirlenmiştir. Çalışmamızdaki bu bulgu Geçici'nin (2011), Metin'in (2015), Kaya ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarıyla paralellik göstermekte ve desteklenmektedir (15,75,96).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin ½ sinden fazlası (%58,8) CSÜS bilgi düzeyini yeterli olarak gördüğünü belirtti. Bilgi düzeyleri yüksek olan öğrenciler; yeterli cinsel ve üreme sağlığı bilgilerine sahip olmaları, cinsel davranışların getireceği bazı olumsuz riskleri bilmeleri ve gerekli koruyucu önlemleri bilmeleri açısından önemli olarak değerlendirilebilir. Bulut ve arkadaşlarının 2009'da Sivas'da yaptıkları çalışmada da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (98). Bulut ve arkadaşlarının çalışmasında da ve bizim çalışmamızda da öğrenciler bilgi düzeylerini yeterli bulmaktadır. Diğer yandan cinsel eğitim sadece bilgi vermek değildir. Bilgi eksikliği kadar yanlış bilgilerden dolayı da birçok olumsuz sonuçlar oluştuğunu görmekteyiz. Bugün erkek ve kadınlardaki abartılı veya yanlış cinsel inanışların; cinsel işlev bozukluklarının oluşumunda ve devamındaki sorunlarda yeri kesin olarak bilinmektedir (99).

Bulgularımıza göre öğrencilerin CSÜS bilgilerini daha çok iletişim araçlarından, ikinci olarak da arkadaşlarından aldıkları bulundu. Öğrencilerin en az bilgiyi ise kardeşlerinden alıyorlardı. Bu da gösteriyor ki gençler için üreme sağlığı konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olmamaları, kitle iletişim araçları aracılığıyla çelişkili mesajlar almaları ciddi bir sorundur. Sağlık personellerinden bilgi alma oranını yükseltmek için planlı eğitim programları düzenlenmelidir. Metin'in yaptığı çalışmada da (2015) bizim çalışmamıza benzer özellikler bulunmuştur (96). Son yirmi yıl içerisinde teknik alandaki gelişmeler, internet, televizyon ve yazılı medyaya kolay ulaşım, seks içerikli yazılı ve görsel materyalleri arttırmış; bu durum gençlerin cinsellikle ilgili bilgilere hızla ulaşmasında etkili olmuştur. Medyanın gençlerin kendi cinsellikleri hakkında bilinçli karar vermelerini

sağlayabilecek bir bilgi kaynağı olması gerekirken, çoğu zaman yanlış bilgiler ile olumsuz etkileri olabilmektedir (12,100,101). Çoğu aileler geleneksel tutumlar ile cinsel konularda çocukları ile konuşmaya açık değildir. Çocukların ergenlik döneminde yaşadıkları sıkıntılar pek çok aile tarafından bilinerek veya bilinmeden göz ardı edilebilmektedir. Tüm bu etkenler gençlerin CSÜS konularında bilgilerinin yetersiz olmasına, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, adölesan gebelikler, yasa dışı kürtaj ve istenmeyen doğumlar gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir (101).Bu anlamda Kalender' in (2001), Gölbaşı ve arkadaşlarının (2002) yapmış oldukları çalışmaların sonuçları da bizim çalışmamızla paralellik gösteriyordu.

Çalışmamızda öğrencilerin yarısı CSÜS ile ilgili bilgilerini sağlık personelinde almak istediğini belirtti. Ebeveynlerinden bilgi almak istediğini belirten öğrencilerin oranı düşük bulundu. Bunun nedenini çoğu ailelerin geleneksel tutumları ile cinsel konularda çocuklarıyla konuşmaya açık olmaması şeklinde yorumlayabiliriz. Ayrıca çocukların ergenlik döneminde yaşadıkları sıkıntıların pek çok aile tarafından bilerek veya bilinmeden göz ardı edilebildiği söyleyebiliriz (102). Diğer çalışmalara bakacak olursak; Metin (2015) ve Geçici'nin (2011) çalışmasında, CSÜS bilgilerini %39,4'ünün sağlık personelinde almak istedikleri bulunmuştur (15,96). Bu iki çalışmanın sonuçlarında gösteriyor ki; bizim çalışmamızda olduğu gibi öğrenciler bilgi almak istedikleri ilk kaynağın sağlık personeli olduğunu belirtmişlerdir. Kaya ve arkadaşlarının Çanakkale'de 2006 yılında yaptığı araştırmada; öğrencilerin uzman hekim ve/veya hemşireden eğitim alma isteği bizim çalışmamıza paralel oranda yüksek bulunmuştur (75). Öğrencilerin geleneksel anlamda aileden ve arkadaşlardan bilgi almayı yeterli görmedikleri için sağlık personellerinden bilgi almak istedikleri söylenebilir.

Çalışmamızda öğrenciler CSÜS konularını kuşkusuz ilk önce arkadaşlarıyla konuştuğunu ifade etmiştir. Adölesanlar üreme ve cinsel sağlık ile ilgili özellikler arkadaşlarından bilgi almayı tercih ediyorlar. Erkekler erkeklerle, genç kadınlar genç kadınlarla konuşmayı tercih ediyorlar. Geçici'nin (2011) ve Metin'in (2015) yaptığı çalışmalarında da bizim çalışmamıza benzer özellikler bulunmuştur. Bu iki çalışmanın sonuçlarında ve bizim çalışmamızda ilk sırada arkadaş gelmesi "akran" eğitimlerinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır (15,96).

Çalışmamızda öğrencilerin evlenmeden önce cinsel ilişkiye bakış açıları birbirine yakın olarak bulundu. %36,3'ünün olumlu, %32,5'inin olumsuz, %31,1'inin yorumsuz olduğu saptanmıştır. Tortumluoğlu ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada, evlilik öncesi cinsel ilişkiye hayır diyenler çoğunlukta iken bizim yaptığımız çalışmada bu oran azalmıştır. Pınar ve arkadaşlarının (2005) ve Metin' in (2015) yapmış oldukları çalışmalarda ise evlilik öncesi cinsel ilişkiye olumlu bakma yüzdeleri bizim çalışmamıza göre daha fazlaydı (6,96,103). Bu bulgular ışığında yorum yapacak olursak; Türkiye'nin diğer bölgelerinde yaşayan, farklı sosyoekonomik ve eğitim düzeylerinde olan gençlerin evlenmeden önce cinsel ilişkiye bakış açıları farklılık gösterebilir. Cinsel etkinliğin içgüdüye bağlı olduğunun düşünülmesine karşı, kadınlarda genellikle psiko-sosyal etkenlerce belirlenmekte ve değişik kültürlerin etkisiyle ilk cinsellik yaşı ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Ayrıca evlilik öncesi cinsel ilişki dünyanın pek çok yerinde yaygın olup, giderek artmaktadır. Cinsel olarak aktif olan birçok kişi, ilk cinsel deneyimlerini ergen yaşlarda, sıklıkla yetersiz cinsel bilgi ile yaşamaktadır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin $\frac{3}{4}$ 'ü üniversitede CSÜS Danışma Birimi olması gerekli olduğunu ifade etmiştir Çalışmaya katılan öğrencilerin üniversitede danışma birimlerine daha kolay bir şekilde ulaşılacağı, bilgileri daha eğitilmiş kişilerden daha güvenilir ve daha doğru bir şekilde bilgi alabileceği düşünülmüştür. Metin'in (2015) ve Geçici' nin (2011) çalışmasında da benzer özellikler bulunmuştur (15,96).

Çalışmamızda CSÜS eğitim programlarında en çok istenen konular sırasıyla cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yolları, aile planlaması yöntemleri, gebeliğin oluşumu, kadın ve erkek üreme sistemleri, organları ve işleyişi olarak bulundu. Adolesanlar arasında cinsel ilişki başlama yaşı gittikçe düşmektedir. Erken yaşta bilinçsiz cinsel ilişki pek çok sakıncaları meydana getirmektedir. Bunların başında, güvenli olmayan ilişki, gebelik, sağlıksız koşullarda düşük ve CYBH gelmektedir. Pınar'ın (2008), Metin (2015) yaptığı çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer olarak ilk sırayı CYBH almaktadır (95,96).

Bulgularımıza göre çalışmaya katılan öğrencilerin yaş grupları ile CSÜS bilgi düzeyi arasında ilişkide anlamlı farklılık saptamadık. Her iki grubunda aldığı puan

ortalamaları birbirine benzer olarak bulundu. Bunu teknolojinin gelişmesiyle birlikte her yaş grubundan kişilerin iletişim araçlarına ve bilgiye eskiye göre daha kolay ulaşabilmesine bağlayabiliriz. Metin'in (2015), Geçici'nin (2011) ve Pınar'ın (2008) yaptığı çalışmalara baktığımızda bizim çalışmamıza benzer olarak bulunmuştur. (15,95,96) Bu çalışmaları karşılaştırdığımızda yaş grupları arasında cinsel sağlık ve üreme sağlığı bakımında pek bir fark olmadığını görmekteyiz.

Çalışmamızda öğrencilerin öğrenim gördükleri fakülterlere göre CS/ÜS bilgi düzeyi incelendiğinde anlamlı farklılık bulundu. Dış Hekimliği Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesinin aldığı puan ortalamaları birbirine benzer olarak bulundu. Dış Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin puanı ortalaması en yüksek, İslami İlimler Fakültesi öğrencilerinin ortalama puanı en düşük olarak saptandı. Yaptığımız çalışmaya bakıldığında sağlık ile ilgili branşlarda eğitim gören öğrencilerin aldığı puanların yüksek olmasının nedeni, üreme ve cinsel sağlık konularında eğitim almalarıdır. Üniversitelerin diğer bölümlerine bakıldığında ise CSÜS ile ilgili eğitim almamaktadırlar. Diğer bölümlerde eğitim gören öğrencilerin aldığı puanlar bu nedenden dolayı daha düşüktür. Çalışmamızda en düşük puan ortalaması İslami İlimler Fakültesi öğrencileri almıştır. Bunun nedeninin cinsellik ve üreme sağlığı konularının konuşulması ayıp olduğu toplumsal kesimden gelen öğrencilerin çoğunlukta olması söylenebilir. İkinci neden olarak ise eğitim veren kesimin bu konuları gereksiz bularak ayıp, günah, yasak ve bir tabu olarak görmeleridir. Metin'in (2015) ve Geçici'nin (2011) yaptığı benzer çalışmalarda da, bizim çalışmamızla benzer özellikler bulunmuştur. Fakat bu çalışmalara bakıldığında bizim çalışmamızda mühendislik ve iktisadi-idari bilimler fakültesinin daha yüksek puan ortalaması aldığını görmekteyiz. Bunun nedeninin çalışmaların farklı tarihlerde, farklı şehirlerde yapılması, öğrencilerin geldikleri kültürlerin farklılığı, iletişim araçlarının daha etkili kullanılması ve bilgiye eskiye göre daha kolay ulaşabilmesi olarak yorumlayabiliriz (15,96). Koluçak'ın (2007) Malatya da yaptığı çalışmada da, mühendislik ve iktisadi-idari bilimler fakülteleri iyi olarak bulunmuştur. Bu çalışmada bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (104).

Çalışmamızda cinsiyete göre aldıkları CSÜS puanlarına bakıldığında anlamlı farklılık saptanmıştı. Kız öğrencilerin ortalama puanı erkek öğrencilere göre daha yüksek bulundu. Bunu kızların daha erken yaşta ergenliğe girmelerinden dolayı

cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularıyla daha erken tanışmaları açısından yorumlayabiliriz. Ayrıca kız öğrencilerin anne, teyze, kardeşler ve arkadaşlar arasında bu konuları erkeklere göre daha rahat konuşabildikleri için oranın yüksek olduğunu düşünebiliriz. Metin'in (2015) , Koluvaçık'ın (2007) ve Geçici'nin yaptığı çalışmalarda (2011), kız öğrencilerin ortalama puanları yüksek bulunmuştur. Bu üç çalışmada da bizim çalışmamızdaki gibi benzer sonuç ortaya çıkmıştır (15,96,104).

Çalışmamızda öğrencilerin en son mezun oldukları okul incelendiğinde, öğrencilerin aldığı ortalama puan Anadolu lisesinde en yüksek bulundu. Diğer lise (imam hatip, meslek lisesi) olanların ortalama puanı en düşük olarak bulundu. Çalışmamızda düz lise, Anadolu lisesi ve özel liselerin aldıkları puan birbirleriyle benzer olarak saptandı. Bunun nedeni ülkemizde Anadolu Lisesi, özel lise ve düz liselerde sağlık eğitiminin benzer şekillerde verilmesidir. Metin'in yaptığı çalışmaya göre (2015), mezun oldukları okul Anadolu lisesi olan öğrenciler, diğer okullara (düz lise, meslek lisesi özel lise) göre aldığı puan daha yüksek bulunmuştur (96). Pınar'ın çalışmasında (2008), ise öğrencilerin mezun oldukları okulun cinsel sağlık bilgi düzeylerinde etkili olmadığı, ancak özel liseden mezun olan öğrencilerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (95).

Bulgularımıza göre öğrencilerin kaldıkları yerlere göre CSÜS bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık yoktu. Evde ailesi ile kalan öğrencilerin, arkadaşı veya tek başına kalan öğrencilerin aldığı ortalama puanlar birbirine benzer olarak bulundu. Yurt ve lojmanda kalan öğrencilerin aldığı ortalama puanlar daha düşük bulundu. Üniversiteyi kazanan öğrencilerin çoğu yaşadığı yerden farklı bir şehirde okul tercih etmektedirler. Bu durum öğrencilerin yeni bir yaşama uyum sağlamalarını gerektirmektedir. Yurtda kalan öğrenciler aynı odada birlikte kalınan kişilerle ilişkilerinde bu gibi konuları konuşmaktan çekinebileceği düşünülmüştür. Metin'in (2015) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç, öğrencilerin yaşadıkları yerlerin farklı olmasının cinsel sağlık ile ilgili bilgi düzeylerinde farklılık yaratmadığını göstermektedir (96).

Çalışmamızda öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyi bakıldığında bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptandı. Aile gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin bilgi düzeyi daha yüksek bulundu. Bunu ailelerin sahip oldukları ekonomik imkânlar

düzeyinde çocuklarının eğitim faaliyetlerini desteklemesi ve daha iyi eğitim almalarını sağlaması şeklinde yorumlayabiliriz. Ailelerin gelir düzeyinin yüksek olması sosyal ilişkilere de etki etmektedir ve çocuklarının bilgi görgü açısından imkânlarını arttırmaktadır.

Çalışmamızda öğrencilerin aile tipleri incelendiğinde, aile tipi parçalanmış olanların aldığı ortalama puan en yüksek; geniş aile olanların aldığı puan en düşük bulundu. Geniş ailelerde anne ve babanın dışında diğer aile büyükleri hep birlikte aynı ev paylaşılır. Bu nedenle aile içerisinde başlaması beklenen cinsel eğitim verecek bireyler; aile büyükleriyle birlikte olduğu ortamlarda çocuklarıyla CSÜS konularını konuşmaktan çekinebilirler. Metin'in (2015) yaptığı çalışmasında da bizim sonuçlarımız benzer özellik göstermektedir. Pınar'ın (2008) çalışmasında ise, aile tipinin cinsel sağlık bilgi düzeyinde etkili olmadığı bulunmuştur (95,96).

Çalışmamızda öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim durumlarına bakıldığında; anne ve babaların eğitim durumlarına göre alınan CSÜS puanlarında anlamlı farklılık saptandı. Annesinin ve babasının eğitim durumu üniversite ve üzeri olan öğrencilerin aldığı ortalama puan en yüksek bulunurken, diğer grup (öğrenim bitirmemiş) olanların aldığı ortalama puan en düşüktür. Anne ve babaların eğitim düzeylerinin yüksek olması çocukların hem akademik, hem sosyal hem de duygusal gelişimlerini olumlu olarak etkilemektedir. Annelerin eğitim seviyesi yükseldikçe, çocukları ile daha fazla iletişime geçecekleri ve cinsellikle ilgili konuları daha fazla konuşacakları düşünülmektedir. Gölbaşı'nın (2002), Mıhçıokur'un (2004) ve Metin'in (2015) çalışma bulguları ile bizim çalışmamız benzer sonuçlar ortaya koymuştur (17,96,105). Pınar'ın (2008) çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak anne eğitim durumunun CSÜS bilgi düzeyini etkilemediği saptanmış ancak, anne öğrenim durumu yüksek olanların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (95).

Çalışmamızda öğrencilerin ailelerinin cinsel sağlıkla ilgili konularda yaklaşımıyla CSÜS bilgi düzeyi arasında anlamlı farklılık saptandı. Ailesinde bu konuların konuşulduğu cevabını veren katılımcıların ortalama puanı en yüksek, bu konular yasaktır cevabı verenlerin ortalama puanı en düşük olarak bulundu. Bireyin cinsel davranışının gelişimindeki en önemli unsur, bireyin içinde yetiştiği kültürel

yapının toplumun cinselliğe karşı bakış açısıdır. Cinsel ve üreme eğitime en büyük engel tabulardır. Ülkemize olduğu kadar tüm dünyada da cinsellik ve cinselliğin konuşulması ayıp olduğu başlıca tabular arasında gelmektedir. Cinsel ve üreme sağlığı eğitiminin olmaması, cinsel deneyim eksikliği, geleneksel ve muhafazakâr ortamda büyüme, ülkemizdeki en önemli ve yaygın hazırlayıcı etkenleri oluşturmaktadırlar. Bu etkenler, cinsellik alanında bilgisiz, deneyimsiz, korkak, kendini ve karşı cinsi tanımayan, özgüveni düşük, takıntılı, baskılanmış ya da tam tersine abartılı söylem ve beklentileri olan bireyleri oluşturmaktadır (106,107).

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ünün cinsel sağlık, üreme sağlığı ile ilgili sağlık sorunu yaşamadığı bulundu. Bulgularımıza göre cinsel sağlık ve üreme sağlığı yaşayan veya yaşamayan öğrencilerin bilgi düzeyinde anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen; sağlık sorunu yaşayan öğrencilerin aldığı ortalama puan biraz daha yüksek saptandı. Bunun nedeni olarak; sağlık sorunu yaşayan öğrencilerin bu konuları daha çok araştırmasını, sağlık kuruluşlarından yardım almasını gösterebiliriz. Metin'in (2015) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (96).

Çalışmamızda okullarda cinsel ve üreme sağlığı eğitimi verilmesini isteyen öğrencilerin, istemeyen öğrencilere göre bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardı. Eğitim verilmemelidir cevabı verenlerin ortalama puanı en düşük olarak bulundu. Cinsel sağlık ile ilgili eğitim almak isteyen öğrencilerin ortalama puanının yüksek olması, öğrencilerin farkındalıklarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve doğru bilgiye ulaşma isteklerinden kaynaklanmaktadır şeklinde yorumlanabilir. Geçici'nin (2011) çalışmasında katılımcıların $\frac{4}{5}$ 'i verilmeli diye ifade etmişlerdir, Bu çalışmadaki okullarda eğitim verilmeli oranları bizim çalışmamızdaki oranlarla benzerlik göstermektedir (15).

Çalışmamızda cinsel ve üreme sağlığı bilgilerinin ilköğretimde verilmesi gerektiğini düşünen öğrencilerin bilgi puan ortalaması en yüksek; diğer ve üniversitede cevaplarını veren öğrencilerin en düşük olarak bulundu. Öğrencilerin cinsel eğitime ilköğretimde başlanmasını gerektiğini düşünmeleri sevindiricidir. Öğrencilerin, yaş dönemlerine göre ihtiyaç duydukları konularda bilgilerin verilmesi, bu konularda bilgi eksikliklerini yok edebilir. Bizim çalışmamıza benzer olarak,

Sayın ve arkadaşlarının 1998’de Ankara da yaptığı çocuk ve eğitim, cinsel eğitim komisyonu raporunda öğrenciler cinsel eğitimin başlama zamanı ile ilgili düşüncelerine büyük çoğunlukla ilkokul cevabını vermiştir (108). Yine bizim çalışmamıza benzer olarak Kaya ve arkadaşları 2007’de Çanakkale de yaptığı araştırmada öğrencilerin %56,2’si ortaokulda, %20,9’u lisede cinsel sağlık eğitiminin verilmesi gerektiğini belirlemişlerdir (75). Aynı şekilde yine 2007’de Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırmasında katılımcıların %96,3’ü cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti sunulmasını olumlu karşılamaktadır (97). Birçok ülkede okullarda cinsel eğitim zorunlu hale getirilmesine rağmen bizim ülkemizde hala bu büyük bir sorun olarak görülmektedir. Yapılan birçok çalışmada öğrencilerin ortaokul ve lisede CSÜS eğitimini verilmesi gerektiği belirlenmiştir. Çalışmamızdaki bulgu bu çalışmalarla paralellik göstermekte ve desteklemektedir.

Çalışmamızda cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi düzeyini yeterli bulan öğrenciler ile yetersiz bulan öğrenciler arasında CSÜS puanları açısından anlamlı fark bulunmadı. Her iki grubun aldığı puanlar birbirine yakın olarak bulundu. Kendini yeterli olarak gören öğrenciler CSÜS bilgilerini iletişim kaynakları ile ya da akran arkadaş yoluyla öğrenmektedirler. Bizim yaptığımız çalışmadan farklı olarak, Geçici’ nin çalışmasında (2011), öğrencilerin bilgileri yeterli olmalarına göre CSÜS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki belirlenmiştir (15). Bunun nedeni olarak öğrencilerin aldığı eğitim, geldiği toplumun etnik kültürel yapısı, örf adetleri, yaşadığı yer, anne baba ve kardeşler ile olan ilişkiler gösterilebilir.

Çalışmamızda evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulmasına farklı yanıt veren öğrenciler arasında toplam puan açısından anlamlı farklılık vardı. Çalışmamızda bu konuya yorumsuz kalan öğrencilerin aldıkları ortalama puan ile olumlu bakan öğrencilerin ortalama puanı birbirlerine yakındı. Hem genç kadınlar, hem de erkekler açısından genel kanı gerçek cinsel ilişkinin evli olmadan kabul edilemez olduğudur. Evlenmeden önce cinsel ilişkiye olumsuz bakanların, cinsellikle ilgili ön yargılarının mevcut olduğu bu nedenle de cinsel sağlık ile ilgili konularda bilgi sahibi olmak için çabalamadıkları düşünülebilir. Değişen zamanla birlikte, bilgiye kolay ulaşılabilir olması ile birlikte öğrencilerin cinsel ilişkiye bakış açısı değişmiştir. Çalışmamızda yorumsuz kalan öğrencilerin arkadaş çevresinde, aile

düşünce yapısında bazı oturmuş değerlerin olabileceği gerekçesiyle olumlu baksalar bile toplum baskısı nedeniyle anketimizde ifade edemedikleri düşünülmüştür. Metin'in (2015) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur (96).

Çalışmamızda öğrencilerin üniversitede cinsel ve üreme sağlığı danışma birimi olması gerekli midir sorusunda katılımcılar arasında toplam puan açısından anlamlı farklılık vardı. Bulgularımıza göre üniversitede cinsel ve üreme sağlığı danışma birimi olmalıdır cevabı verenlerin ortalama puanı daha yüksekti. Çalışmamızda cinsel ve üreme sağlığı danışma birimi olmasının gerekli olmadığını düşünen öğrencilerin puanları daha düşüktü. Bunun nedeni öğrencilerin bu tür kurumlardan hizmet alma konusunu sağlık boyutuyla görmektedir. Bu tür kurumlara ancak bir sağlık sorunları olduğunda gidebileceğine inanmaktadırlar. Cinsel ve üreme sağlığı danışma birimi olması isteyen öğrencilere baktığımızda ise öğrencilerin cinsel sağlık ile ilgili konularda danışacakları birimin olmasına ihtiyaç duydukları şeklinde yorumlanabilir. Öğrencilerin, cinsel sağlık ile ilgili doğru bilgilere ulaşmayı istemesi ve bu anlamda danışmanlık birimine gereksinim duymaları sevindirici bir sonuçtur. Metin'in yaptığı çalışmada (2015), bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (96).

Araştırmaya katılan öğrencilere en uzun süre ikamet ettikleri yere göre bilgi düzeyi karşılaştırıldığında bilgi düzeyi ile en uzun ikamet ettikleri yer arasında toplam puan açısından farklılık izlenmedi. Öğrencilerin en uzun ikamet ettikleri yer ,cinsel sağlık ile ilgili bilgi düzeylerinde farklılık yaratmamaktadır.

Çalışmamızda medeni durumları farklı öğrenciler arasında toplam puan açısından anlamlı farklılık vardı. Nişanlı/sözlü olarak cevap veren katılımcılar en yüksek puan ortalamasına sahipken; bekar olanların puan ortalaması daha düşüktü. Aynı şekilde flört ile birlikte cevabını veren katılımcıların da puan ortalaması bekar cevabını verenlerden yüksekti. Bunu sevgili veya partnere sahip olan genç nüfusun cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda daha duyarlı olduğu şeklinde yorumlayabiliriz.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

1-Çalışmamızda öğrencilerin genel olarak CSÜS bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı izlendi.

2-Kız öğrencilerin bilgi düzeyinde aldıkları puan erkek öğrencilerin aldıkları puana göre daha yüksekti. Erkeklere göre kızlar anne ve babaları ile bu konuları daha rahat konuşabilmektedir.

3-Çalışmamızda CSÜS konuları aile içinde konuşulur diyen öğrencilerin bilgi düzeyi daha yüksek olarak bulundu. Anne ve baba otoriter olmasa bile bu tür konularda çocuklarıyla konuşmaya çekinebilir.

4-Çalışmamızda Anadolu lisesinden mezun olan öğrencilerin CSÜS bilgi düzeyi daha yüksek iken diğer liselerden mezun (imam hatip ,meslek lisesi vb.) öğrencilerin bilgi düzeyi daha düşüktü.

5-Ailenin aylık geliri yüksek olan öğrencilerin CSÜS bilgi düzeyi daha yüksekti. Aile gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin daha iyi eğitim aldığı düşünülebilir.

6-Çalışmamızda öğrencilerin CSÜS bilgilerini en çok sağlık personelinden almak istediği saptandı. Öğrenciler yetersiz, zamansız ehil olmayan kişiler tarafından bilinçsiz yanlış, kulaktan doğma bilgiler ile değil, uzman eğitilmiş kişilerden daha doğru ve güvenilir bilgi almak istemektedirler.

7- Öğrencilerin en çok bilgi almak istedikleri konular cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemleri idi.

8-Çalışmamızda evlilik öncesi cinsel ilişkiye olumlu bakan öğrenciler daha yüksekti.

9-Cinsellikle ilgili eğitim almayan, bu konuları ailesi ile rahat konuşamayan gençler; en çok CYBH konusunda uzman ve eğitilmiş kişilerden bu bilgileri almak istemektedir.

10-Öğrencilerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgi edinmek için başvurdukları kaynaklar daha çok arkadaş ve iletişim araçları olarak bulunmuştur.

Bu araştırmada gençlerin CSÜS bilgi kaynakları arasında “arkadaş” önemli bir yer almaktadır. CSÜS konularında arkadaş çevresinin önemli bir tutması nedeniyle farklı bölümlerde okuyan gönüllü öğrencileri tespit edilerek “Akran Eğitimi programları ile eğitim etkinliği artırılmalıdır.

CSÜS konularında hizmet alımının artması için üniversite bünyesinde bir “Gençlik Danışma Birimi” ya da “Üreme Sağlığı Merkezi” adı altında bir birim oluşturulmalıdır.

Öğrencilerin CSÜS terimlerini, aile planlaması, üreme sistemi ve gebeliğin oluşumunu ve CYBH’larla ilgili bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. Gençlere yönelik bu konularda danışmanlık verilmelidir.

Halkımızın sosyoekonomik, coğrafi ve kültürel nedenlere bağlı olarak üreme sağlığı konusundaki bilgileri değiştiği için üreme sağlığı hizmeti sunanların eksik olduğu konularda kendini yetiştirmesi sağlıklı bir toplum ve gelecek için çok önemlidir.

7.ÖZET

Dünyada adolesan ve genç nüfusun hızla artması; bu dönemdeki bireylerin üreme sağlığı gereksinimlerini de arttırmıştır. Toplumumuzun cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı görüşünden yola çıkarak eğitilmiş kesim olarak üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Çalışmamız İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'nin farklı bölümlerinde öğrenim gören-366 öğrenciye uygulanmıştır. Veriler bilgisayarda SPSS 21,0 programı ile değerlendirilmiş ve verilerin değerlendirilmesinde sayı-yüzdeler hesaplamaları, Kolmogorov-Smirnov testi, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney- U testi kullanılmıştır.

Ankete cevap veren öğrencilerin, 24 yaş ve altı olanların oranı %96,2 ve bunların %52,2'si kadındır. Ankete cevap veren ve ailesinin cinsel sağlıkla ilgili konularla ilgili yaklaşımı farklı olan öğrenciler arasında, cinsel konuların aile içerisinde konuşulduğunu belirtenlerin oranı %32,8'dir. Cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?" sorusuna yeterli buluyorum cevabını verenlerin oranı %58,5'tir. Katılımcıların "Cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgileri nereden ya da kimden aldınız?" sorusuna yanıtları incelendiğinde; bilgileri en çok iletişim araçlarından (internet, TV, dergi, gazete vb) %47 almaktadır. Ankete cevap veren katılımcıların evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunulmasına olumlu bakanların oranı %36,3 'tür. "Üniversitede cinsel sağlık/üreme sağlığı danışma birimi olması gerekli midir?" sorusuna gereklidir cevabını verenlerin oranı %84,2, gerekli değildir cevabını verenlerin oranı %15,8'dir.

Çalışmamızda öğrencilerin genel olarak CSÜS bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı izlendi. Türkiye'de gençler arasında cinsel sağlık ve üreme sağlığı gibi konularda bilgi yetersizliğinin temel nedeni; Türkiye'de cinselliğin, özellikle gençler açısından düşünüldüğünde büyük bir tabu olmayı sürdürmesi olabilir. Ama buna rağmen çalışmamız yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında; çalışmamıza katılan öğrencilerinin almış oldukları ortalama puanlar diğer çalışmalardaki katılımcıların almış oldukları ortalama puana göre daha yüksekti.

Anahtar Kelimeler: Cinsel sağlık, Gençlik, Üreme sağlığı, Eğitim, Bilgi düzeyi.

8.SUMMARY

The adolescent and youth population of the world has increased rapidly; consequently in this period have also increased the reproductive health needs of individuals. This study was planned in order to evaluate the level of knowledge about sexual health and reproductive health of university students as a part of the educated class of the society in view of the fact that our society does not have sufficient knowledge about sexual health and reproductive health.

Our study was carried out by 366 students in different faculties of Izmir Kâtip Çelebi University. The data were evaluated using SPSS 21,0 computer program, and the number-percentage calculations, Kolmogorov-Smirnov test, Kruskal-Wallis test and Mann-Whitney - u test were used for the evaluation of the data.

The proportion of the respondent students who answered the questionnaire was 96.2% for those aged 24 years or less, 52.2% of whom were women. Among the students who responded to the questionnaire and whose families' approach to sexual health issues are different; the percentage of those who stated that sexual subjects are spoken within the family is 32.8%. The percentage of those who responded as "I find it satisfactory" to the question "Are you satisfied with your level of knowledge about reproductive health / sexual health?" is 58,5%. When the participants' answers to the question "Where or from whom did you get the information about sexual health / reproductive health" are examined; it is revealed that the information is received mostly (47%) through communication means (Internet, TV, magazines, newspapers etc.). The proportion of respondents who responded positively to sexual intercourse before marriage was 36.3%. The percentage of those who responded as "It is necessary" to the question "Do you think a sexual health/reproductive health advisory unit is necessary in college?" is %84,2; whereas the percentage is %15,8 for those who responded to the same as "unnecessary".

In our study, it was observed that the students' general knowledge level of SRH was not sufficient. The main reason for the lack of information on issues such as sexual health and reproductive health among young people in Turkey might be the fact that the sexuality in Turkey, especially when it comes to young people, remains as a big

taboo. However, when our study is compared with the other studies; the average scores of the students who participated in the study were higher than the average scores of those participants in the other studies.

Key words: Sexual health, Youth, Reproductive health, Education, Knowledge level.



9.KAYNAKLAR

1. Family Planning and Population, Reproductive Health Family and Reproductive Health World Health Organization 1997.
2. Akın A. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. Aktüel Tıp Dergisi 2001; 6(1):4-8.
3. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı. Aşama Matbaacılık Ltd.Şti. İstanbul: 2000.
4. Birleşmiş Milletler, Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı. Kahire: 5-13 Eylül, 1994.
5. Özbaşaran F. "Üreme Sağlığı Üreme Hakları, Üreme Sağlığı Sorunları ve 4. Dünya Kadın Konferansı Doğrultusunda Öneriler", Hemşirelik Forumu, 1999, 2 (6): 300.
6. Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algier L, Öksüz E. "Özel Bir Üniversitede Okuyan Öğrencilerin Cinsel Sağlıkla İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları", Tıp Araştırmaları Dergisi, 2005, 7 (2): 105-113.
7. WHO, Definitions and Indicator in Family Planning, Maternaland Child, Reproductive Healt, Familyand Repraductive Healt European Regional Office, 2005.
8. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı No:1-B. Ankara, 2005;2-14.
9. Kulbok PA, Cox LC. Dimensions of adolescent health behaviour. Journal of Adolescent Health 2002; 31: 394-400.
10. Sezgin B, Akın A. Adölesan dönemi üreme sağlığı. Toplum ve Hekim Dergisi 1998; 8(34):27-31.
11. Creel LC, Perry RJ. Improving the quality of reproductive health care for young people. New Perspectives on Quality of Care 2002; 4: 1-8.
12. Nalbant H, Bulut A. Gençler ve üreme sağlığı. Aktüel Tıp Dergisi 2001; 6 (1):30-36.
13. Kayaalp E. Üniversitelerde üreme ve cinsel sağlık danışmanlığı. V. Ulusal Cinsellik ve Cinsel Tedaviler Kongre Kitabı, İstanbul, 2004: 34-35.
14. Arnett JJ. Adölescence and Emerging Adulthood a Cultural Approach, Gender, Prentice –Hal 2001; 5: 129-157.
15. Geçici F. "Gaziantep Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsellik ve Üreme Sağlığı

- Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi”, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2011.
16. Taşkın L. “Doğum ve Kadın Sağlığı “ Kitabı, X. Baskı, Ankara, 2011, 20-30.
 17. Gölbaşı Z :Adolösan kızlara yönelik okula dayalı üreme sağlığı eğitim programının etkinliği ,Ankara Doktora Tezi ,2002.
 18. Sezgin B, Ankara daki sağlık meslek liselerindeki dördüncü sınıf öğrencilerinin üreme sağlığı bilgileri ve cinsel yaşama ilişkin bazı yaklaşımlarının saptanması Ankara, Bilim Uzmanlığı tezi, 2000.
 19. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Çerçevesi, Ankara, 2007.
 20. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri, Katılımcı Kitabı, No: 5-B, Ankara, 2005.
 21. Bennett L. R. Single women’s experiences of premarital pregnancy and induced abortionin Lombok, Eastern Indonesia. Reproductive Health Matters 2001;9:37-43.
 22. Adolescent Reproductive Health :Teen Pregnancy .www.cdc.gov.tr (18.09.2006).
 23. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD. Adolösanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi (Özet rapor). Ankara; Nisan 2004 .
 24. Giray H. Bekar Kadınların Aile Planlaması Bilgilerinin Etkileyen Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. izmir;2004.
 25. Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Sağlık Raporu 1998. Cenevre; 1998 (Çeviri ed. Bekir Metin, Ayşe Akın, İzgi Güngör Ankara; 1998).
 26. Sezgin B. Adolösan Üreme Sağlığı. Sağlıkta Strateji Dergisi 1998; 6: 1-5.
 27. Akın A, Özvarış B. istenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler. (Erişim Adresi:http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7 /3073.doc.
 28. Başer M :Adolösan Cinselliği ve Gebelik .C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi4,(1) ,2000.
 29. Reproductive Health f Young Adults : Contraception ,Pregnancy and Sexually Infection /HIV .www.fhi.org/training/modules.
 30. Aşçı R, Büyükalpelli R. Üretrit ve servisit ile seyreden cinsel yolla bulaşan

hastalıklar. Ondokuz Mayıs Üniv Tıp Derg 1999;16(4):341-334.

31. Türkiye Üreme Sağlığı Programı. Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) HIV/AIDS’İN Sürveyansı Sistemine ilişkin Durum Analizi. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, 2007;1-4.
32. Türkiye Üreme Sağlığı Programı. Gençlik Danışmanlık Ve Sağlık Hizmet Merkezleri Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, 2007;171-205.
33. Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt 1. Ankara, 2005;239-307.
34. Pınar G,Algıyer L,Çolak M ,Abbasoğlu A.Hemşirelerin seviks kanseri ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeyleri .Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2007;10(4):94-8.
35. Kır T, Kılıç T, Ogur R, Uçar M, Hasde M. Ankara’daki iki askeri birlikte erlerde HIV/AIDS bilgi düzeyinin belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2004;3(5):93-102.
36. Uzun Ö. AIDS/HIV’in yayılmaması için alınacak önlemler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 1998;1(1):46-54.
37. Göz F, Babadağlı B, Altınsoy N, Yıldızoğlu Ğ. Evlilik öncesi dönemdeki genç kızların aile planlaması ile ilgili bilgi ve düşünceleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg 2005;8(3):47-55.
38. Bilgel N. Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı. Güneş-Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul;1997.
39. Apay SE, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T. Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg 2010;13(3):46-1.
40. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi internet sitesi. <http://tip.sdu.edu.tr/index.php?dosya=egitim/mezunonce/egitimrehberonbir&tur=2>.
41. Fişek NH. Dünyada ve Türkiye’de Nüfus Sorunu. Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı. Ankara: 1983:1-21.
42. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt I, II Ankara, 2000.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı, Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık, Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu. 2.Baskı. Editör : Prof. Dr. Ayşe Akın. Ankara, 1995.

44. A, Behice E. 15-49 yaş doğurgan çağdaki kadınların aile planlaması hizmetlerinden faydalanmalarını engelleyen faktörler ve bu faktörleri etkileyen olumlu ve olumsuz durumlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg* 1998;1(1):103-13.
45. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı No:3-B. Ankara, 2005;2-35.
46. Türkiye Üreme Sağlığı Programı internet sitesi.
http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/AP_D_1.pdf.
47. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Kontraseptif Yöntemler, cilt 2, Sağlık Bakanlığı, s: 367-430, AÇSAP Gen Müd, Ankara 2000.
48. Hacettepe ÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Johns Hopkins Uluslar Arası Üreme Sağlığı Programı ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Öğrenciler İçin Aile Planlaması Kurs Rehberi, Ankara, Ocak 2000.
49. Gökengin ,D ,Yamazhan ,T.,Ozkaya ,D, Aytuğ ,Ş,: Sexual knowledge ,attitudes and risk of students in Turkey. *The Journal of Scholl Health* 10,73,(7) 258-263,2003.
50. Hassa H, Anadolu Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezi, Gençlik, Cinsellik ve Korunma Yöntemleri, 2005.
51. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cinsellik ve Üreme Sağlığı, Ankara, 2005.
52. Önder Ö. R, Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı, El Kitabı, Ankara, 2006.
53. National and State spesific Pregnancy Rates Astates 1995-1997 weekly july 14,49605,611,2000.
54. Aksu H, Karaöz B, Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Tanıtım Gereksinimi, *Sağlık Bilimleri Dergisi* 17(1) 63-68, 2008.
55. <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr>, Özvarış B. Ş., Ertan, E. A., Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşımı.
56. CETAD, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, “Gençlik ve Cinsellik”, Bilgilendirme Dosyası 7, 2006.
57. Türkiye Aile Planlaması Derneği Genel Müdürü, Üniversite Öğrencileri Arasında Üreme Hakları /CSÜS Konularında Farkındalık Yaratma Projesi, Ankara, 2007.
58. Ersin Fatma, Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Üreme Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir-2008.

59. CETAD, “Gençlik Ve Cinsellik” Dosyası, 8. Bilgilendirme Dosyası Basın Bülteni, İstanbul, 2007.
60. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 711, ISBN: 978-975-590-227-2, Ankara, 2007.
61. Aslantekin F, Aslan G, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Sağlık Eğitiminin Önemi ve Ebenin Eğitimci Rolü, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006;1(1):88-89.
62. <http://sbu.saglik.gov.tr>, Kotiranta-Ainamo A, Cinsel Sağlık Kliniği Finlandiya Aile Federasyonu Väestöliitto, Finlandiya’da Gençlerin Hizmetlere Erişimi, 2005.
63. Aydın S, Gemalmaz A, Kalak Ö, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, Manisa, 2003.
64. Beydağ K. D, Sağlık Yüksekokulunda Öğrenim Gören Bir Grup Üniversite Öğrencisinin HIV/AIDS Konusundaki Bilgi Düzeyleri, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (1), Denizli, 2007.
65. Akın A . Türkiye de değişen nüfus ve sağlık politikaları doğrultusunda ,isteyerek düşükler ve üreme sağlığı hizmet sunumunda geleceğe bakış .Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10.
66. CETAD, “Kadında Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Açısından Sağlıklı Yaşlanma” Dosyası, 3. Bilgilendirme Dosyası Basın Bülteni, İstanbul, 2006.
67. Taşkent N, Ertuğun Z, Top A, Çetin S, Şahin A, Lise Öğrencilerinin Cinsel Eğitime Bakış Açılarının ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, Manisa 2003.
68. Üner S, Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi, Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Ekim, 2008.
69. CETAD, “Kadın Cinselliği” Dosyası, 5. Bilgilendirme Dosyası Basın Bülteni, İstanbul, 2007.
70. CETAD, “Güvenli Cinsellik” Dosyası, 4. Bilgilendirme Dosyası Basın Bülteni, İstanbul, 2007.
71. <http://www.tapd.org.tr/tr/page.asp?id=20>, Cinsellik ve Sağlıklı Cinsel Yaşam.
72. Eroğlu K, Gölbaşı Z, Cinsel Eğitimde Ebeveynlerin Yeri: Ne Yapıyorlar, Ne Yaşıyorlar?, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 2, 2005.
73. CETAD, “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı” Araştırması, İstanbul, 2006.
74. Akın A, Özvarış Ş. B, Adölesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen

Faktörler Projesi, (Proje No: A05153), Ankara, 2000-2002.

75. Kaya F, Atılğan D, Yanık N, Tay Z, Türker F, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yaşamlarına İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi, Çanakkale, 2006.
76. Uzuner A, Yıldız G, Yıldırım N. E, Coşkun Z, Ertaş S, Ünalın P, Üniversite Öğrencilerinde Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Konularına Bakış Açısı, İstanbul, 2005.
77. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Akran Eğitimi ve Özellikleri, 2006.
78. Türkyılmaz S, Coşkun Y, Özcebe H, Ünalın T, 2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması, Ankara, 2007.
79. Set T, Dağdeviren N, Aktürk Z, Ergenlerde Cinsellik, Genel Tıp Dergisi, 16(3): 137-141, Edirne, 2006.
80. Şentürk G. E, Ortaöğretim Kurumlarına Devam Eden Öğrenciler İle Bu Kurumda Çalışan Öğretmenler ve Yöneticilerin Cinsellikle İlgili Yanlış İnanışla Bilgi ve İnanışlarının Belirlenmesi ve Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
81. Babacan S. S, İnsan Seksüalitesinin Kültürel ve Psikososyal Yönleri, Kastamonu Eğitim Dergisi, 2003, 131-136, Cilt:11 No:1.
82. Yıldırımkaya G, Türkiye’de Karşılanmamış Cinsel Sağlık Bilgisi İhtiyacının Adölesan Sağlığına Yansıması ve UNFA, Adölesan Sağlığı II Sempozyumu Dizisi, No:63, s.47-50, 2008.
83. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclik/_KatilimciRehberi/1 Dünyada ve Türkiye’de Gençlerin Üreme Ve Cinsel Sağlık Durumları.
84. CETAD, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, “Kadın Cinselliği”, Bilgilendirme Dosyası 5, 2006.
85. Beydağ KD, Erten H, Doğan Melih Y, Pekcan N. “ Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı “ Cinsel Sağlık Dersi”, İstanbul, 2006, 38.
86. Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD), “Cinsel Yaşam ve Sorunları” Dosyası, 1. Bilgilendirme Dosyası Basın Bülteni, İstanbul, 2006.
87. CETAD, “Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Açısından Erkeklerde Sağlıklı Yaşlanma” Dosyası, Basın Bülteni, İstanbul, 2007.
88. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı, Cinsel Yolla Bulasan Enfeksiyonlar (CYBE) Katılımcı

Kitabı, No: 4-B, Ankara, 2005.

89. Avrupa Birliği'nin Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Mezuniyet Öncesi Eğitim Kapasitesini Güçlendirme Projesi, Ebelik Müfredatı, Ankara, 2006.
90. CETAD, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, "Erkek Cinselliği", Bilgilendirme Dosyası 6, 2006.
91. Ateş D, Karahan A, Erbaydar T, Üniversite Öğrencileri Güvenli Cinselliği Nasıl Algılıyor?, sted, 2005, cilt 14, sayı 6, 130.
92. Çetinkaya S, Nur N, Faruk D. Ö, Sönmez S, Akan S, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Merkezi'nde Verilen Gençlik Danışma Birimi Hizmetleri, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 29 (3): 104-108, 2007.
93. www.icc.org, Uluslar Arası Katılımlı "Genç Dostu Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hizmetleri" Sempozyumu, 1-3 Mart 2006. Ankara. 2007.
94. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı, Üreme Sağlığına Giriş, Katılımcı Kitabı, No: 1-B, Ankara, 2009.
95. Pınar G. "Üniversite Gençlerine Yönelik Geliştirilen Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitim Programının Etkinliği", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2008.
96. Metin Z. "Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyleri", Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
97. 2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması, Nüfusbilim Derneği ve UNFPA, Ankara, Aralık 2007.
98. Bulut F, Gölbaşı Z. "Adölesan Kızlara Cinsellikle İlgili Konularda Anneleri İle Olan İletişimlerinin Değerlendirilmesi", TAF Preventive Medicine Bülteni, 2009, 8 (1): 27-36.
99. Sungur M. Z, Cinsel Eğitim, Klinik Psikiyatri Dergisi, 1998; 2:103-108.
100. Kalender U. "İnternetin AIDS Alanında Etkin Kullanımı", 5. Türkiye AIDS Kongresi, AIDS Savaşım Derneği, İstanbul, 12-14 Kasım 2001.
101. Gölbaşı Z, Kutlu Ö. "Lise Öğrencileri (15-17 yaş arası) Adölesan Kızlar İçin Hazırlanan Üreme Sağlığı Eğitim Programına Dayalı Üreme Sağlığı Bilgi Testinin Geliştirilmesi", Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2002,4 (2): 21-30.
102. Polat D. "Güvenli Cinsel Yaşam", <http://www.hatem.hacettepe.edu.tr>, Erişim

tarihi: 23.09.2008.

103. Tortumluoğlu G, Kılıç D, Kaygusuz C, Bağ B. "Üniversite Öğrencilerinin Cinselliğe Yönelik Görüşleri", Türk HIV-AIDS Dergisi, 2005, 8 (2): 44-45.
104. Koluacı S. "İnönü Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel/Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi, Tutum ve Uygulamaları ve Bunları Etkileyen Faktörler", Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2007.
105. Mihçiokur S. "Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi Öğrenci Sağlık Merkezinde Cinsel ve Üreme Sağlığı Hizmet Modeli Oluşturma Araştırması", Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
106. Torun F, Torun SD, Özaydın AD. "Erkeklerde cinsel mitlere inanma oranları ve mitlere inanmayı etkileyen faktörler", [özet] Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2011, (24): 24-31.
107. İncesu C. "Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları", Klinik Psikiyatri, 2004, (7): 3-13.
108. Sayın İ, Küçükkayıkçı D, Utku N, Panuş A, Alptekin İ, Çamuroğlu F. A, Narin Ö, Çocuk Ve Eğitim, Cinsel Eğitim Komisyonu Raporu, Ankara, 1998.

Etik Kurul Kabul Formu



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
(Izmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR
Tel:0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta ikcetik2@gmail.com)

Uzm. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN
Izmir Katip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Karar No: 87
Tarih : 19.04.2017

Izmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği hekimi **Uzm. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN** sorumluluğunda yapılması planlanan “**Izmir Katip Çelebi Üniversitesi Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi ve Düşüncelerini Etkileyen Sosyodemografik Faktörler**” adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca **bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Izmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

