



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

ARDAHAN İL MERKEZİNDEKİ ORTAÖĞRETİM
KURUMLARINDA ÖĞRENİM GÖREN KIZ ÖĞRENCİLERİN
ÜREME SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYİ, TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ VE GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK BİR
ÇALIŞMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SILA AVDAN

DANIŞMAN
DOÇ. DR. NEBAHAT ÖZERDOĞAN

MART-2016



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

ARDAHAN İL MERKEZİNDEKİ ORTAÖĞRETİM
KURUMLARINDA ÖĞRENİM GÖREN KIZ ÖĞRENCİLERİN
ÜREME SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYİ, TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ VE GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK BİR
ÇALIŞMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SILA AVDAN

DANIŞMAN
DOÇ. DR. NEBAHAT ÖZERDOĞAN

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sıla AVDAN'ın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “Ardahan İl Merkezindeki Ortaöğretim Kurumlarında Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyi, Tutumlarının Belirlenmesi ve Geliştirilmesine Yönelik Bir Çalışma” başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirerek “KABUL” edilmiştir.

21.03.2016

Üye: Prof. Dr. S. Sinan ÖZALP

Üye: Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN

Üye: Doç. Dr. F. Deniz SAYINER

Üye: Doç. Dr. Özlem ÖRSAL

Üye: Doç. Dr. Elif GÜRSOY

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 25.03.2016 tarih ve 1084.5109. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasan Veyisi GÜNEŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Ardahan İl Merkezindeki Ortaöğretim Kurumlarında Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyi, Tutumlarının Belirlenmesi ve Geliştirilmesine Yönelik Bir Çalışma

Amaç: Bu çalışma, Ardahan il merkezindeki ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören kız öğrencilerin Üreme Sağlığı (ÜS) bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Kapsam: Çalışma 01.11.2013-27.02.2014 tarihleri arasında Ardahan il merkezinde yer alan İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı tüm ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören kız öğrencilerle yapılan, tek grupta eğitim öncesi ve sonrası sonuçların karşılaştırıldığı bir müdahale araştırmasıdır. Çalışmada onbir ortaöğretim kurumundaki toplam 1602 kız öğrenciden 1445'ine ulaşılmıştır.

Yöntem: Verilerin toplanmasında; öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini, ÜS ve tutumlarını, ÜS konusunda bilgi alma durumu, bilgi kaynağı ve ÜS hizmetlerinden beklentilerin belirlenmesine yönelik bilgi formu ile ÜS bilgi düzeyini ölçmeye yönelik soru formunun ön ve son-test şekli kullanılmıştır. Öğrenci bilgi formu ile ÜS bilgi düzeyini ölçmeye yönelik soru formunun ön-test şeklinin uygulanması sınıf ortamlarında araştırmacı eşliğinde bir ders saatinde (40 dk) uygulanmıştır. Bir hafta sonra öğrencilere "Gençlerde ÜS" başlıklı eğitim sunumu 20'şer dakikalık iki oturum şeklinde yapılmıştır. Eğitimi takiben "Gençlerde ÜS" başlıklı eğitim rehberi ve "Çocuk Değilim, Artık Gencim!" başlıklı eğitim broşürü dağıtılmıştır. Eğitim oturumundan bir hafta sonra ÜS bilgi düzeyini ölçmeye yönelik soru formunun son-test şekli uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statistics 22 paket programında yapılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 15.90 ± 1.27 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %64.1'inin ÜS ile ilgili bilgi aldığı ve bilgi alanların %66.3'ünün bilgi kaynağının annesi olduğu belirlenmiştir. Çalışmada öğrencilerin eğitim öncesi ÜS bilgi düzeyi yetersiz olup, eğitim sonrası yaklaşık 4 kat artış göstermiştir ($P < 0.001$; $Z = -32,856$). Eğitim öncesinde en az bilinen (%7.5) kadın iç üreme organının "Tubalar" en çok bilinenin (%33.3) "Overler" olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesi öğrencilerin bilgi düzeyinin kardeş sayısı, anne-baba yaşı, yoğun gün ve son gün ped sayısı, eğitim sonrası ise yaş ve yoğun gün ped sayısı ile istatistiksel olarak önemli düzeyde ($p < 0.001$) ilişkili olduğu

bulunmuştur. Eğitim öncesi bilgi düzeyi; öğrencilerin okul, anne öğrenim durumu, aile tipi, aile gelir düzeyi algısı, sağlık güvencesi, ikamet edilen yer, flört ilişkisi yaşama, ÜS ile ilgili bilgi alma, ÜS bilgi düzeyini yeterli bulma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.01$; $p<0.001$). Eğitim sonrası bilgi düzeyi; öğrencilerin okul, aile tipi, aile gelir düzeyi algısı, en uzun süreyle yaşanan yere göre anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.01$; $p<0.001$).

Sonuç: Öğrencilerde ÜS bilgi düzeyi yetersizdir. Çok sayıda ailevi ve sosyo-demografik özelliğin ÜS bilgisi üzerinde etkisi olduğu görülmüştür. Bilgi düzeyini artırmaya yönelik verilen eğitim etkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bilgi Düzeyi, Adolesan Üreme Sağlığı, Üreme Sağlığı Eğitimi

SUMMARY

Determination and a Study Intended for Improvement of Reproductive Health Knowledge Level and Attitudes of Female Students Receiving Education at the Secondary Education Institutions at Ardahan Province Center

Objective: This study was performed with the aim of determination and improvement of Reproductive Health (RH) knowledge level and attitudes of female students receiving education at the secondary education institutions at Ardahan province center.

Content: The study is an intervention research performed with all female students receiving education at the secondary education institutions associated with Provincial Directorate for National Education at Ardahan province center, between the dates 01.11.2013-27.02.2014 and in which pre-education and post-education related results were compared in a single group. 1445 of a total of 1602 female students receiving education at a total of eleven secondary education institutions were contacted in the study.

Method: In the collection of the data; student information form for determination of students' socio-demographic characteristics, RH level and attitudes, opportunity of getting information about RH, their expectations for source of information and RH services and question form for measuring of RH information level were applied in the way of pre-test and post-test. Pre-test application of both student information form and RH information level measurement intended question form were performed in a course's hour (40 min.) in the classroom environments, accompanied with a researcher. A week later, education presentation titled "RH in the Young" prepared for students was carried out in two 20-minute sessions. Following the education, "RH in the Young" titled education guide and "I'm not a Child anymore, I'm Young!" titled education brochure were distributed. One week later than education session, post-test of RH information level measurement intended question form was conducted. The statistical analysis of the data was conducted with IBM SPSS Statistics 22 package program.

Results: The average age of students has been identified as 15.90 ± 1.27 . It was determined that 64.1% of the students received information about RH and information resource of 66.3% of which was their mothers. As well as RH information level of the students were insufficient in the study, it increased about 4 times after education ($P < 0.001$; $Z = -32,856$). It was found that before

education; least known (7.5%) female internal reproductive organ was "Fallopian Tubes", most known (33.3%) one was "Ovaries". Pre-education students' information level was determined to be statistically significantly associated with number of siblings, parents' age, number of pads in intensive day and the last day, Post-education students' information level was determined to be statistically significantly ($p < 0.001$) associated with parents' age number of pads in intensive day. Pre-education related information level was determined to differ significantly according to students' school, mother's educational background, family type, family income level perception, health insurance, place they lived, experiencing flirtation, getting information about RH, finding RH information level sufficient ($p < 0.01$; $p < 0.001$). Post-education related information level was differed significantly according to students' school, family type, family income level perception, to the place where they lived for along time ($p < 0.01$; $p < 0.001$).

Conclusion: RH information level of the students was insufficient. It was seen that a large number of familial and socio-demographic feature had effect on the knowledge of RH. Information level increase oriented education was found effective.

Keywords: Level of Information, Adolescent Reproductive Health, Reproductive Health Education

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY SAYFASI.....	iv
ÖZET.....	v
SUMMARY.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLO DİZİNİ	xiii
ŞEKİL DİZİNİ	xv
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xvi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Adolesan Dönem.....	7
2.2. Adolesan Döneme Ait Özellikler.....	7
2.2.1. Adolesan Dönemde Görülen Fiziksel Gelişme.....	7
2.2.2. Adolesan Dönemde Görülen Cinsel Gelişme.....	8
2.2.3. Adolesan Dönemde Görülen Bilişsel Gelişme.....	11
2.2.4. Adolesan Dönemde Görülen Psiko-Sosyal Gelişme.....	12
2.3. Adolesan Dönem Üreme Sağlığı.....	13
2.4. Adolesan Dönem Üreme Sağlığı Sorunları.....	14
2.4.1. Menarşa İlişkin Sorunlar.....	14
2.4.2. Seksüel Matürasyon Bozuklukları/ Puberteyle İlgili Bozukluklar.....	15
2.4.3. Meme Sorunları ve Hastalıkları.....	15
2.4.4. Menstruel Siklus İle İlgili Sorunlar.....	16
2.4.5. Erken Cinsel Aktivite.....	16
2.4.6. Erken Yaşta Evlilik.....	17
2.4.7. Erken Yaşta Doğurganlık/ Çocuk Sahibi Olma.....	17
2.4.8. Cinsellik/ Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Eksikliği.....	18
2.4.9. İstenmeyen Gebelikler/ İsteyerek Düşükler.....	19
2.4.10. Cinsel Taciz/ İstismar/ Şiddet/ Paralı Seks.....	19
2.4.11. Genital Enfeksiyonlar, Perine/ Menstruel Hijyene İlişkin Sorunlar.....	20
2.4.12. Aile Planlaması Yöntemi/ Kontrasepsiyona İlişkin Sorunlar.....	20
2.4.13. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH).....	21
2.4.14. Toplumsal Baskı.....	22
2.5. Dünyada Yaşayan Adolesanların Üreme Sağlığı Sorunları.....	22
2.6. Türkiye’de Yaşayan Adolesanların Üreme Sağlığı Sorunları.....	25
2.7. Adolesan Dönem Üreme Sağlığının Önemi.....	29

2.8. Adolesan Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS)'ni Geliştirmeye Yönelik Uygulamalar.....	30
2.8.1. Adolesan CSÜS Alanındaki Uluslararası Sözleşmeler ve Taahhütler.....	30
2.8.2. Adolesan CSÜS Eğitim Modelleri ve Farklı Programlar.....	32
2.8.3. Adolesanların CSÜS'nin Geliştirilmesinde Genç-Dostu Sağlık Hizmet Sunumu.....	34
2.8.4. Adolesanların CSÜS'nin Geliştirilmesinde Akran Eğitimi Yaklaşımı.....	35
2.9. Adolesan Dönem CSÜS Eğitimleri.....	36
2.10. Adolesan Dönem Üreme Sağlığını Geliştirmede Hemşirenin Rolü.....	37
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER.....	40
3.1. Araştırmanın Şekli.....	40
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	40
3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri.....	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	40
3.4. Verilerin Toplanması.....	43
3.4.1. Verileri Toplama Araçları ve Özellikleri.....	43
3.4.1.1. Adolesanların Sosyo-Demografik Özelliklerini, Üreme Sağlığı ve Tutumlarını, Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Alma Durumları ve Kaynakları, Üreme Sağlığı Hizmetlerinden Beklentilerini Belirlemeye Yönelik Soru Formu.....	43
3.4.1.2. Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyini Ölçmeye Yönelik Soru Formunun Ön-Test ve Son-Test Şekli.....	44
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması.....	44
3.4.3. Veri Toplama Araçlarının ve Eğitimin Uygulanması.....	45
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	48
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	48
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	49
3.8. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Durumlar.....	49
3.8.1. Olumlu Durumlar.....	49
3.8.2. Olumsuz Durumlar.....	49
4. BULGULAR.....	50
4.1. Öğrenci ve Ailelerine İlişkin Özellikler.....	50
4.2. Üreme Sağlığı Eğitim Programının Değerlendirilmesi.....	61
5. TARTIŞMA.....	92
5.1. Öğrenci ve Ailelerine İlişkin Özellikler.....	92
5.1.1. Öğrencilerin Menstruel Döneme İlişkin Özellikleri.....	92
5.1.2. Öğrencilerin Genel Sağlık Durumu ve Hijyen Alışkanlıkları.....	93

5.1.3. Öğrencilerin Menstruel Dönem Hijyen Alışkanlıkları.....	95
5.1.4. Öğrencilerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumları.....	96
5.1.5. Öğrencilerin Ergenlik Dönemine Yönelik Duygusal Algı, Tutum ve Tepkileri.....	97
5.1.6. Öğrencilerin Cinsellik İle İlgili Algı, Tutum ve Davranışları.....	97
5.1.7. Öğrencilerin Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Alma Durumları ve Bilgi Kaynakları.....	99
5.2. Üreme Sağlığı Eğitim Programının Değerlendirilmesi.....	101
5.2.1. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeyleri.....	101
5.2.2. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Üreme Organları ve Fizyolojisi İle İlgili Bilgileri.....	103
5.2.3. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Menstruel Dönem ve Genital Hijyen İle İlgili Bilgileri.....	104
5.2.4. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Gebelik ve Aile Planlaması İle İlgili Bilgileri.....	105
5.2.5. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) İle İlgili Bilgileri.....	108
5.2.6. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kadın Hakları İle İlgili Bilgileri.....	112
5.2.7. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Şiddet Olgusu İle İlgili Bilgileri.....	113
5.2.8. Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik ve Menstruel Dönem Özellikleri İle Sigaraya Başlama Yaşı ve Kullandığı Sigara Miktarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	114
5.2.9. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Okullara Göre Karşılaştırılması.....	115
5.2.10. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Anne Öğrenim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	116
5.2.11. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Aile Tipine Göre Karşılaştırılması.....	117
5.2.12. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Aile Gelir Düzeyi Algısına Göre Karşılaştırılması.....	118
5.2.13. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Sağlık Güvencesine Göre Karşılaştırılması.....	119
5.2.14. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin En Uzun Süreyle Yaşadıkları Yere Göre Karşılaştırılması.....	119

5.2.15. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin İkamet Edilen Yere Göre Karşılaştırılması.....	120
5.2.16. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Flört İlişki Yaşama Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	121
5.2.17. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	121
5.2.18. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyini Yeterli Bulma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	121
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	123
6.1. Sonuçlar.....	123
6.1.1. Öğrencilerin Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine, Menstruel Döneme İlişkin Özelliklerine, Genel Sağlık Durumu ve Hijyen Alışkanlıklarına, Menstruel Dönem Hijyen Alışkanlıklarına, Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına İlişkin Sonuçlar.....	123
6.1.2. Öğrencilerin Ergenlik Dönemine Yönelik Duygusal Algı, Tutum ve Tepkilerine, Cinsellikle İlgili Algı, Tutum ve Davranışlarına ve Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Alma Durumlarına ve Bilgi Kaynaklarına İlişkin Sonuçlar.....	123
6.1.3. Üreme Sağlığı Eğitim Programının Değerlendirilmesine İlişkin Sonuçlar.....	124
6.2. Öneriler.....	128
KAYNAKLAR DİZİNİ	130
EKLER DİZİNİ	157
EK-1.....	157
EK-2.....	160
EK-3.....	174
EK-4.....	184
EK-5.....	202
EK-6.....	212
EK-7.....	222
EK-8.....	224
EK-9.....	228
ÖZGEÇMİŞ	230

TABLO DİZİNİ

Tablo 2.1. Kız Adölesanlarda Memelerin ve Pubik Kılların Gelişimi.....	10
Tablo 3.1. Ardahan İl Milli Eğitim Müdürlüğüne Bağlı Ortaöğretim Kurumlarına İlişkin Özellikler ve Bu Kurumlarda Çalışma Kapsamına Alınan Öğrenci Sayıları.....	41
Tablo 3.2. Ön-Test Bilgi Formu ve Son-Test Bilgi Formu Cronbach Alpha Katsayıları.....	44
Tablo 4.1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	51
Tablo 4.2. Öğrencilerin Ailelerine İlişkin Özellikleri.....	52
Tablo 4.3. Öğrencilerin Menstruel Döneme İlişkin Özellikleri.....	54
Tablo 4.4. Öğrencilerin Genel Sağlık Durumu ve Hijyen Alışkanlıkları.....	55
Tablo 4.5. Öğrencilerin Menstruel Dönem Hijyen Alışkanlıkları.....	56
Tablo 4.6. Sigara ve Alkol Kullanma Durumları.....	56
Tablo 4.7. Öğrencilerin Ergenlik Dönemine Yönelik Duygusal Algı, Tutum ve Tepkileri.....	57
Tablo 4.8. Öğrencilerin Cinsellik İle İlgili Algı, Tutum ve Davranışları.....	59
Tablo 4.9. Öğrencilerin Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Alma Durumları ve Bilgi Kaynakları.....	60
Tablo 4.10. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.11. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Üreme Organları ve Fizyolojisi Bilgilerinin Dağılımı.....	62
Tablo 4.12. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Menstruel Dönem ve Genital Hijyen Bilgilerinin Dağılımı.....	65
Tablo 4.13. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Gebelik ve Aile Planlaması Bilgilerinin Dağılımı.....	67
Tablo 4.14. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) ile İlgili Bilgilerinin Dağılımı.....	73
Tablo 4.15. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kadın Hakları ile İlgili Bilgilerinin Dağılımı.....	77
Tablo 4.16. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Şiddet Olgusu ile ilgili Bilgilerinin Dağılımı.....	79
Tablo 4.17. Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik ve Menstruel Dönem Özellikleri ile Sigaraya Başlama Yaşı ve Kullandığı Sigara Miktarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı.....	80

Tablo 4.18. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Okullara Göre Dağılımı.....	82
Tablo 4.19. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Anne Öğrenim Düzeyine Göre Dağılımı.....	83
Tablo 4.20. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Aile Tipine Göre Dağılımı.....	84
Tablo 4.21. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Aile Gelir Düzeyi Algısına Göre Dağılımı.....	85
Tablo 4.22. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Sağlık Güvencesine Göre Dağılımı.....	86
Tablo 4.23. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin En Uzun Süreyle Yaşadıkları Yere Göre Dağılımı.....	87
Tablo 4.24. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin İkamet Edilen Yere Göre Dağılımı.....	88
Tablo 4.25. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Flört İlişki Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı.....	89
Tablo 4.26. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Üreme Sağlığı ile ilgili Bilgi Alma Durumuna Göre Dağılımı	90
Tablo 4.27. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyini Yeterli Bulma Durumuna Göre Dağılımı.....	91

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 3.1. Çalışmanın Yapıldığı Ardahan İlinin Özellikleri.....	42
Şekil 3.2. Araştırma Planı.....	46
Şekil 3.3. Eğitim Materyallerinin İçeriği.....	47



SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AB: Avrupa Birliği

AÇS: Ana Çocuk Sağlığı

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

AP: Aile Planlaması

BM: Birleşmiş Milletler

CETAD: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği

CSE: Cinsel Sağlık Eğitimi

CSÜS: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

E.Coli: Escherichia Coli

ERDEP: Ergenlik Dönemi Eğitim Projesi

GnRH: Gonodotropin-Relasing Hormon

HIV: Human Immunodeficiency Virus

ICC: International Children's Center

ICPD: International Conference on Population and Development

LH: Luteinizing Hormon

PID: Pelvic Inflammatory Diseases

PMS: Premenstruel Sendrom

RIA: Rahim İçi Araç

STK: Sivil Toplum Kuruluşu

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TUİK: Türkiye İstatistikleri Kurumu

TOG: Toplum Gönüllüleri Vakfı

UNAIDS: United Nations Acquired Immune Deficiency Syndrome

UNFPA: United Nations Population Fund

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

ÜS: Üreme Sağlığı

ÜSAEP: Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi

Y-PEER: The Youth Peer Education Network

WHO: World Health Organization

WPD: World Population Day

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sürekli bir gelişim ve değişim içinde olan birey, yaşamı boyunca çeşitli dönemlerden geçmektedir. Her dönemin kendine özgü özellikleri bulunmaktadır (Rocheblau, 1980). Adolesan yaş dönemi bütün yaş dönemleri içinde en sağlıklı olanı, aynı zamanda uzun ve sağlıklı bir yaşamın temellerinin atılabileceği bir dönem olarak tanımlanmaktadır (Gölbaşı, 2002; Özcebe, 2000; Sağlık Bakanlığı, 2004). Kesin bir yaş sınırıyla tanımlamanın zor olduğu bu dönem genel olarak onüç ile yirmi yaşlarını kapsamakta ve 10 yaşından başlayıp yirmidört yaşına kadar devam edebilmektedir (Potter & Perry, 2005). Adolesan dönem biyolojik, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan bir gelişme ve olgunlaşmanın meydana geldiği, çocuktan erişkinliğe geçiş dönemidir (Friedman, 1992).

Dünya nüfusunun %30'unu oluşturan adolesanların, %95'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (Mason, 2011). Avrupa Birliği (AB) üye ve aday ülkelerinde 2013 yılında genç nüfusun (15-24 yaş grubu) toplam nüfus içindeki oranı (%11.5) incelendiğinde; genç nüfus oranının en yüksek olduğu ülkenin Türkiye (%16.6) olduğu görülmektedir (Türkiye İstatistikleri Kurumu (TÜİK), 2013c). Nüfusun önemli bir kısmını oluşturan adolesan grup; fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşamlarında meydana gelen değişiklikler nedeniyle riskli durumlarla daha fazla karşı karşıya kalabilmektedir (Karakaya, 2004; Özcebe, 2002). Adolesan dönem sağlıkla ilgili bilgilerin, becerilerin, davranışların ve değerlerin oluşturulabileceği bir dönem olmakla birlikte, bireylerin daha ileri yıllardaki gelişmelerini ve sağlıklarını etkileyecek doğru davranış biçimlerini bugünden benimsemeleri açısından "kritik dönem" olarak ele alınmaktadır (Gölbaşı, 2005). Adolesanların fiziksel gelişimlerine paralel olarak, üreme yetenekleri de bu dönemde kazanılmaktadır. Bu nedenle adolesan dönemde üreme sağlığı büyük önem taşımaktadır (Özcebe, 2000).

Adolesan üreme sağlığı sorunları başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm ülkelerde oldukça yaygın sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bu dönemde özellikle kız adolesanlar için daha fazla risk söz konusu olabilmektedir (Derya, 2011). Döneme özgü yaşanan başlıca üreme sağlığı sorunları; menarşa ilişkin sorunlar, seksüel matürasyon bozuklukları/ puberteyle ilgili bozukluklar, meme sorunları ve hastalıkları, menstruel siklus ile ilgili sorunlar, erken cinsel aktivite, erken yaşta evlilik, erken yaşta doğurganlık/ çocuk sahibi olma, cinsellik/ üreme sağlığı konusunda bilgi eksikliği, istenmeyen gebelikler/ isteyerek düşükler, cinsel taciz/ istismar/ şiddet/ paralı seks, genital enfeksiyonlar, perine/ menstruel hijyene ilişkin sorunlar, aile planlaması (AP) yöntemi/ kontrasepsiyona ilişkin sorunlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) ve toplumsal baskıdır. Adolesanların üreme sağlığı sorunları ile birlikte; sigara ve alkol alışkanlığı, uyuşturucu madde kullanma, yanlış beslenme, kaza, intihar ve psikolojik sorunlar nedeniyle çok ciddi fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal

sorunlarla da karşı karşıya kaldıkları görülmektedir (Akın & Özvarış, 2004; International Children's Center (ICC), 2003; Özcebe, Ünalın, Türkyılmaz, & Coşkun, 2007).

Adolesanların üreme sağlığı sorunlarına yönelik ihtiyaçları, son yıllara kadar dünyanın birçok ülkesinde genellikle göz ardı edilmiş, ancak dünyada meydana gelen önemli toplumsal değişimlerle birlikte, adolesanların üreme ve cinsel sağlık konusunda yaşadıkları sorunlar, konunun önemle ele alınmasını zorunlu hale getirmiştir (Gölbaşı, 2005). Dünyada son yirmi yıla kadar üremeye ilişkin sağlık sorunları, geleneksel olarak Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) kapsamında ele alınmıştır. Son dönemde meydana gelen önemli sosyo-demografik değişiklikler, mevcut Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) yaklaşımının üreme sağlığı sorunlarını çözmede yetersiz kalmasına neden olmuştur. Bu nedenle dünya ülkelerinin gündemine "Üreme Sağlığı" yeni bir kavram olarak girmiştir (Akın & Özvarış, 2004; Gölbaşı, 2002; Küçükşahin, 2009).

Adolesanların üreme sağlığı sorunlarına ilk kez 1994 yılında Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development-ICPD)'nda dikkat çekilmiştir (Derya, 2011). Konferansın eylem programında; "Üreme sağlığı programlarının kadınların ve adolesanların ihtiyaçlarını kapsayacak biçimde yeniden düzenlenerek, üreme sağlığı bilgisi, danışmanlık ve üreme sağlığı hizmetlerini adolesanlar için ulaşılabilir kılacak yenilikçi programlara ihtiyaç olduğu" belirtilmiştir (Sezgin, 2000). Konferansta, üreme sağlığı kapsamında adolesan cinselliği, istenmeyen gebelikler, sağlıksız koşullarda yapılan düşükler, CYBH, Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) gibi konulara yer verilmiştir (Derya, 2011).

Düşük gelirli ve gelişmekte olan ülkelerde adolesanların %30'u onsekiz yaş altında, %14'ü onbeş yaş altında evlenmekte ve 15-19 yaş arasındaki adolesanlar kendilerinden yaşça büyük partnerler ile evliliğe ya da cinsel ilişkiye zorlanmaktadır (Mason, 2011; World Health Organization (WHO), 2012). Türkiye'de ise kadınların %22'sinin onsekiz yaşına kadar, %4'ünün onbeş yaş altında evlendiği (25-49 yaş arası kadınlarda) ve erken yaşta yapılan evliliklerde 15-19 yaş grubundaki kadınların %7'sinin evli olduğu görülmektedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2013). 2012 yılında doğum yapan ergen annelerin %9.5'inin resmi olarak evli olmadığı, ergen annelerin eşleri ile yaş farkının %22'sinde 4 yıl ve daha az, %53.8'inde 5-9 yıl arasında, %21.2'sinde ise 10 yıl ve daha fazla olduğu görülmektedir (TUİK, 2013a). Adolesan dönemde yapılan evlilikler, biyo-psikososyal gelişimini tamamlamamış olan adolesanın eğitim görmesini ve meslek sahibi olmasını engellemekte (Letourneau, Stewart, & Barnfather, 2004) ve genci ekonomik açıdan bağımlı hale getirmektedir (Öner & Yapıcı, 2010). Evlendirilmek üzere okuldan alınan genç kızların evlilik sonrasında

örgün ve hatta yaygın eğitime erişimleri, ev ve çocuk yetiştirme sorumlulukları, evlilikle okulu aynı anda olmayacak iki şey olarak gören sosyal normlar yüzünden ciddi biçimde kısıtlanmaktadır (World Population Day (WPD), 2014). Yaşının üzerinde yüklenen sorumluluklar, kendine güveninin azalmasına neden olmakla birlikte adolesanın kendine özgü bir kimlik oluşturmasını da güçleştirmektedir (Letourneau et al., 2004).

Dünya genelinde 15-19 yaş arası onaltımilyon kız çocuğu ve onbeş yaşın altında ikimilyon kız çocuğu her yıl doğum yapmaktadır (Mason, 2011; WHO, 2012). Dünyada 15-19 yaş grubu adolesanların doğurganlık oranları ortalama %43'tür. Afrika'da bu oran %115, Latin Amerika'da ise %101'dir. Ancak adolesan doğurganlığı gelişmekte olan ülkelerle sınırlı değildir. İngiltere'de %26, İrlanda'da %17 ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de ise bu oran %63'tür. 1990'lı yıllardan itibaren düşme eğilimi göstermesine rağmen, ABD gelişmiş ülkeler arasında adolesan gebelik ve doğum oranı hâlen en yüksek ülke olmaya devam etmektedir (WHO, 2009). Dünyada adolesan gebeliğin görülme sıklığı; geleneksel davranışlar, evlenme yaşı, dini inançlar, aile yapısı, AP hizmetlerine erişim, eğitim ve ekonomik durum gibi kültürel ve sosyo-ekonomik farklılıklara bağlı olarak %3.2-42 arasında değişirken, bu oran Avrupa'da %0.9-21, ABD'de %10.6, Latin Amerika'da %18.4'tür (Madazlı, 2008; Keskinöğlü, Bilgiç, Pıçakçefe, Giray, Karakuş, & Günay, 2007). Gelişmiş ülkelerde meydana gelen adolesan gebeliklerin büyük bir kısmı planlanmadan ve evlilik dışı olan gebeliklerdir (Madazlı, 2008; Jolly, Sebire, Haris, Robinson, & Regan, 2000). Türkiye'de ise adolesan doğumlar her yıl azalmaya devam etmekte olup, 2014 yılı adolesan doğurganlık hızı %27 olarak görülmektedir (2001 yılında %49.3, 2009 yılında %37, 2012 yılında %29.4) (TUİK, 2014a). Türkiye İstatistik Yıllığı (2013) verilerine göre, yaşa özel doğurganlık hızının 15-19 yaş grubunda %28, 20-24 yaş grubunda %105 olduğu belirtilmiştir (TUİK, 2013d). TNSA-2013 sonuçlarına göre, 15-19 yaş grubundaki kadınların yaklaşık %5'i çocuk doğurmaya başlamıştır. Bu yaştaki kadınların %3'ünün bir canlı doğumu olmuştur, %1'i ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebedir (TNSA, 2013).

Son yıllarda adolesanların daha önceki yıllara göre erken yaşlarda cinsel ilişkiye girdiği ve kontraseptif yöntem kullanımının daha düşük olduğu belirlenmiştir (WHO, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün çalışmasına göre Latin Amerika, Avrupa ve Asya ülkelerinde evli ve evli olmayan adolesanların kontraseptif kullanım oranları %42-68 arasında, Afrika ülkelerinde ise %3-49 arasında bulunmuştur (WHO, 2012). Türkiye'de ise tüm kadınlar arasında 15-19 yaş grubunda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem (%4.8) veya herhangi bir modern yöntem kullanma yüzdesi (%2.5) en düşük düzeydeyken, gebeliği önleyici yöntemler arasında geleneksel yöntemlerden olan geri çekmenin, en yüksek düzeyde (%2) kullanılan yöntem olduğu görülmektedir (TNSA, 2013).

Gelişmekte olan ülkelerde her yıl yaklaşık yetmişbin adolesan gebelik ve doğum komplikasyonları nedeni ile yaşamını kaybetmektedir. Gebe kalan adolesanlar daha çok düşük gelirli hane halklarından gelme eğilimi göstermektedir. Erken yaşta evlenen adolesanlarda anne ölümleri daha yüksek oranda görülmektedir (Mangiaterra, Pendse, McClure, & Rosen, 2008). Yoksulluk, toplumların ve ailelerin çocuk yaşta evlilikleri kabullenme durumunu destekleyen sosyal normlar, kız çocuklarının eğitimlerinin sürdürülmesi için yeterli düzeyde çaba harcanmamasına neden olan faktörlerin bir araya gelmesi sonucunda adolesan gebelikler artış göstermektedir (United Nations Population Fund (UNFPA), 2013). Latin Amerika'da onaltı yaşından küçük adolesanlarda anne ölümleri yirmi yaşındakilere oranla 4 kat fazladır (Mangiaterra et al., 2008). Adolesan gebeliklerin onbeş yaşından küçük kız çocuklarında görülen bilinçli bir seçimin değil aksine seçeneksizliğin ve kız çocukların kontrolünde olmayan koşulların bir sonucu olduğu da görülmektedir. Ayrıca birçok durumda cinsel şiddet ve zorlama sonucunda gerçekleşen gebelikler olduğu da bilinmektedir (UNFPA, 2013). Adolesanlar seks köleleri olarak kullanılmak üzere silahlı kuvvetlerce veya gruplarca en çok alınan yaş grubu olup, silahlı çatışmalarda çoklu risklerle karşı karşıya kalmakta, şiddet, taciz ve sömürünün hedefi olabilmektedir. Emek sömürüsü veya paralı seks için insan ticareti mağduru olma olasılıkları ve HIV/ AIDS bulaşma riskleri de oldukça yüksektir (WPD, 2014).

Dünyada onbeş yaş altı adolesanların %10'u cinsel ilişkiye zorlanmakta ve bunun sonucunda istenmeyen adolesan gebelikler gerçekleşmektedir (Mangiaterra et al., 2008). İstenmeyen gebelikler düşük ve orta gelirli ülkelerde 15-19 yaşlar arasındaki adolesanların %14'ünde güvenli olmayan düşükler ile sonuçlanmaktadır. Dünyada her yıl 2,5 milyon adolesan güvenli olmayan düşüklere maruz kalmakta ve yetişkin kadınlara göre komplikasyonlardan daha yüksek oranda etkilenmektedir (Dixon-Mueller, 2011; Mangiaterra et al., 2008). Gebelik ve doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar, düşük ve orta gelirli ülkelerde 15-19 yaş arası kız çocukları için en önde gelen ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Adolesan dönemdeki kadınlar güvenli olmayan düşük ve kürtajdan kaynaklanan yüksek ölüm oranlarıyla da karşı karşıya kalmaktadır. 2008 yılında, gelişmekte olan ülkelerde 15-19 yaş arası kız çocuklarında, yaklaşık üçmilyon güvenli olmayan düşük ve kürtaj vakası olduğu tahmin edilmektedir. Yirmi yaş altındaki annelerin gebeliğinde görülen ölü doğum ve bebek ölüm oranı, 20-29 yaş arasındaki annelerin doğurduğu bebeklere kıyasla %50 daha fazladır (TUİK, 2013a). Dünyanın her bölgesinde yoksul, eğitim düzeyi düşük ve kırsal alanlarda yaşayan kız çocuklarının gebe kalma olasılığı refah düzeyi yüksek, eğitilmiş ve kentlerde yaşayan kız çocuklarına oranla çok daha yüksektir. Etnik azınlıklardan veya marjinalleşmiş gruplardan gelenler ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) hizmetlerine erişimi olmayan ya da sınırlı olan kız çocukları da daha fazla sağlık riskleri ile karşı karşıyadır (UNFPA, 2013).

Ülkemizde ve diğer ülkelerde üreme sağlığı bilgi düzeyini saptamaya yönelik yapılan çalışmalar, adolesanların CSÜS konularında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, bildiklerinin de eksik ya da yanlış olduğunu göstermektedir (Akin, 2006; Gölbaşı, 2002; ICC, YKGV, & UNFPA, 2005; Mangiaterra et al., 2008; Mason, 2011; Ip, Janita, & Chau, 2001; Özcebe vd., 2007; Sağlık Bakanlığı, 2006; Vicdan, Kükner, Dabakoğlu, Ergin, Keles, & Gökmen, 1996). Bu dönemde görülen erken cinsel aktivite, gebeliği önleyici yöntemler hakkındaki bilgi eksikliği, çocuk yaşta evlilik, CYBH'ya yakalanma riskinin artması, istenmeyen gebelikler, cinsel sömürü ve taciz gibi sorunların yaşanmasında, gençlerin CSÜS konularındaki bilgi eksikliğinin önemli payı bulunmaktadır (Başer, 2000; Öner & Yapıcı, 2010).

Türk toplumunda adolesanlar uzun bir dönem aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Dolayısıyla; adolesanlar cinsel konulardaki yeterli ve yetersiz ilk bilgileri çoğunlukla ailelerinden almaktadır. Bu bilgileri aile çevresinden alamayan bir kısım adolesanda bilgi kaynağı olarak arkadaş çevresi ve medya organlarından yararlanmaktadır (Tosun, 1999). Adolesanlar arasında üreme sağlığı, cinsellik gibi konulardaki bilgi yetersizliğinin temel nedeni; Türkiye'de cinselliğin, özellikle aileler ve adolesanlar açısından düşünüldüğünde hâlâ tabu olmayı sürdürmesidir (Akin & Özvarış, 2004; Gölbaşı, 2002; Özcebe, 2000). Aileler, cinselliğin "yasak ve ayıp" olduğu konusundaki geleneksel tutumlarını sürdürmekte ve çocuklarıyla bu konuda konuşmamayı tercih etmektedir (Akin & Özvarış, 2004). Adolesanların ve ailelerin üreme sağlığıyla ilgili tutum ve davranışlarını en başta toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, toplumsal değerler ve kültürel yapı etkilemektedir. Özellikle kız adolesanlar, geleneksel değerler üzerinden cinsellik yoluyla kurulan toplumsal baskının en büyük hedefi olabilmektedir (Akin & Özvarış, 2004; Tosun, 1999). Eğitim kurumlarında da aynı geleneksel bakış programlarına yansımaktadır. Formal eğitim programında seçmeli ders olarak yer alan "Sağlık Bilgisi" dersinin üremeyle ilgili bölümleri biyolojik üreme süreciyle sınırlı tutulmaktadır. Dolayısıyla, adolesanlar üreme sağlığı ile ilgili bilgi gereksinimlerini karşılayabilmek için okul dışındaki kaynaklara yönelmekte ve çoğu zaman yanlış bilgi almaktadırlar (Akin & Özvarış, 2004; Özcebe, 2000; Tosun, 1999).

Gençlerin üreme sağlığı bilgi ve tutumlarında olumlu değişime yol açmak amacıyla müdahale programları (okul tabanlı eğitimler, genç-dostu sağlık hizmetleri, medya tabanlı programlar, toplum tabanlı programlar) geliştirilmiştir. Bu programların olumlu değişime yol açabileceği düşünülmekle birlikte, çok azının değerlendirme sonuçlarının bulunması bu tür programların etkinliği konusunda bir sonuca varmayı zorlaştırmaktadır (Speizer, Magnani, & Colvin, 2003; UNFPA, 2003). Birleşmiş Milletler Genç İnsanların Sağlığının Geliştirilmesi ve Korunması Kuruluşlararası Grubu'nun; UNFPA, United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), United Nations Acquired Immune Deficiency Syndrome (UNAIDS) bir çalışması olarak, 2000 yılında, Doğu Avrupa ve Orta Asya bölgesinde

Gençlik Akran Eğitimi Ağı (Y-PEER) adıyla bir girişim başlatılmıştır. Bu girişim ile gençlerin CSÜS konularında farkındalıklarını ve bilgilerini artırarak, güvenli ve bilinçli davranışa yönelik tutum değişikliği yaratılması amaçlanmıştır (Stakic, 2005). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Toplum Gönüllüleri Vakfı (TOG) ile işbirliği halinde, 2006 yılından bu yana, "Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi" (ÜSAEP) olarak yürütülmektedir. Bu Proje kapsamında eğitim alan gençlerin, CSÜS alanındaki bilgi durumlarındaki değişim, eğitim öncesi ve sonrasında değerlendirilmektedir. Ancak bu gençlerin, eğitimlerden belli bir süre sonraki CSÜS alanındaki bilgi durumları, tutum ve davranışlarına ilişkin bir bilgi mevcut değildir (Reyhanoğlu, 2010).

Üreme sağlığı eğitimi ile adolesanların bilgi düzeyinde artış olduğunu ve olumlu sağlık davranışı geliştirmelerine katkı sağladığını gösteren çok sayıda araştırma mevcuttur (Gölbaşı, 2002; Özcebe, 2000; Saroj, Rajesh, Indarjeet, & Arun, 2005). Saroj ve arkadaşlarının adolesanların üreme sağlığı eğitimine yönelik yaptıkları çalışmada, adolesanların toplam üreme sağlığı bilgi puanlarının eğitim sonrasında önemli düzeyde arttığı saptanmıştır (Saroj et al., 2005). Gölbaşı'nın adolesan kızlara yönelik üreme sağlığı eğitim programının etkinliğini belirlemek için yaptığı çalışmada adolesanların eğitim öncesine göre sonrasında üreme sağlığı bilgi puanında artış bulunmuştur (Gölbaşı, 2002). Özcebe (2000) kırsal alanda adolesanların üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeyini saptamaya yönelik çalışmasında, adolesan toplam üreme sağlığı bilgi puanlarının üreme sağlığı eğitimi sonrası önemli düzeyde arttığını saptamıştır (Özcebe, 2000). Üreme sağlığı konusunda akran eğitimlerinin de en az yetişkin eğitimi kadar başarılı olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Caron, Godin, Otis, & Lambert, 2004; Schover, Jenkins, Sui, Adams, Marion, & Jackson, 2006).

Sonuç olarak; Dünyada ve Türkiye'de adolesanlara yönelik üreme sağlığı eğitimlerinin adolesanların bilgi düzeylerinde artış sağladığı görülmektedir. Ancak bu tür çalışmaların daha geniş kitlelere ulaştırılabilmesi açısından geliştirilecek olan politika ve programları desteklemek üzere mevcut programların sonuçlarının değerlendirilmesi ve bunlara yönelik planlama yapılmasına gereksinim vardır. CSÜS konusunda riskli davranışların azaltılması ve gelişebilecek problemlerin önlenmesi amacıyla verilecek eğitim, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri, eğitim görmekte olan adolesanlara okullarda müfredat kapsamında tüm eğitimleri süresine yayılarak, dışında kalan adolesanlara ulusal eğitim kampanyaları düzenlenerek verilmelidir (Demirgöz & Canbulat, 2008).

Bu çalışma, Ardahan il merkezi sınırları içinde yer alan İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ortaöğretim kurumlarında 9, 10, 11 ve 12. sınıflarda öğrenim gören kız öğrencilerin üreme sağlığı bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve verilen eğitim ile üreme sağlığı bilgi düzeyi ve tutumlarının geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adolesan Dönem

"Adolesan" sözcüğü, kökenini Latince'deki "adolescere" sözcüğünden almaktadır. "Adolescere" büyümekte olan, olgunlaşmakta olan anlamına gelmekte olup, Türkçe' de "ergenlik" ve "delikanlılık" olarak da bilinmektedir (Pekcan, 2006). Adolesan dönem çocukluktan erişkinliğe geçişte köprü sağlayan hızlı fiziksel, ruhsal, zihinsel-sosyal büyüme ve gelişme dönemidir (Saralioğlu, Yurdakök, Kutluk, & Çalıkoğlu, 1993). DSÖ bu dönemi "Sekonder seks karakterlerinin başlangıcından seksüel olgunluğa, çocukluktan erişkinliğe doğru gelişen, bireyin çevresini benimseyerek sosyo-ekonomik bağımlılıktan yarı bağımsızlığa geçiş" olarak tanımlamaktadır (Küçükşahin, 2009). Kesin bir yaş sınırıyla tanımlamanın zor olduğu bu dönem genel olarak onüç ile yirmi yaşlarını kapsamakta ve 10 yaşından başlayıp yirmidört yaşına kadar devam edebilmektedir (Potter & Perry, 2005). Bu dönem; sağlıkla ilgili bilgilerin, becerilerin, davranışların ve değerlerin oluşturulabileceği bir dönem olup, bireylerin daha ileri yıllardaki gelişmelerini ve sağlıklarını etkileyecek doğru davranış biçimlerini bugünden benimsemeleri açısından "kritik dönem" olarak da ele alınmaktadır (Gölbaşı, 2005).

Dünya nüfusunun %30'unu adolesanlar oluşturmakta ve %95'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (Mason, 2011). Avrupa birliği üye ve aday ülkeleri arasında genç nüfus (15-24 yaş grubu) oranı en yüksek ülke olan Türkiye (adolesanların tüm nüfusa oranı %16.6 olup), genç nüfus yoğunluğu ile dikkat çekmektedir (TUİK, 2013c).

2.2. Adolesan Döneme Ait Özellikler

Adolesan dönem fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden birçok değişimin bir arada yaşandığı bir dönemdir. Ayrıca, seksüel olgunlaşmanın aktif hale geldiği bir dönem (Başer, 2000; Ercan, 2005; Küçükşahin, 2009) olmakla birlikte, somut ve soyut düşünme yeteneğinin gelişmesi ile adolesanın kendini ifade etme yeteneği kazandığı ve duygusal açıdan bağımsız hale geldiği bir dönem olarak da ele alınmaktadır (WHO, 2001).

2.2.1. Adolesan dönemde görülen fiziksel gelişme

Adolesan dönemde her iki cinsiyette de görülen en önemli fiziksel gelişme hızlı boy, kilo artışı ve fiziksel büyümedir. Fiziksel büyüme genelde kızlarda erkeklere göre ortalama 2 yıl daha erken başlar ve adolesan dönemin ilk yıllarında daha belirgindir. Fiziksel büyüme hızı, vücudun farklı organları ve dokuları için değişiklik gösterir. Adolesan dönemde lenfoid dokularda büyümenin aksine belirgin bir küçülme görülürken, kas-iskelet

sistemi, iç organlar endokrin bezler ve yağ dokusu büyümenin görüldüğü başlıca merkezlerdir (Derman, 2003; Pekcan, 2006).

Boy uzaması: Ergenlik belirtilerinin başlamasıyla cinsiyet hormonlarının vücut kitesini arttırıcı etkisi boy uzamasında belirgin bir hızlanmaya neden olur. Kızlarda erkeklere göre ortalama 2 yıl daha erken başlayan büyüme hızlanması, ergenliğin son evrelerinde giderek yavaşlar. Kızlarda 16-18, erkeklerde 16-20 yaşlarında ise hemen hemen durur (Aslan, 2004; Beck, 1997; Christie & Viner, 2003; Sevil, 2008).

Kilo artışı: Ergenlikte vücut ağırlığı kızlarda yaklaşık 16 kg artış gösterirken, bu artış erkeklerde 20 kg'dır. Erkeklerde kas gelişimi ve iskelet sisteminin artması vücut ağırlığının artmasında önemli paya sahipken, kızlarda ise büyük ölçüde omuzlarda, kalçalarda, göğüslerde ve uylukta yağ depolanması sonucundan kaynaklanmaktadır (Burnett, 2000; Çakmak, 2006; Hart & Norman, 2003; Pernoll, 2002; Yıldırım, 2002).

Kemiklerin büyümesi ve olgunlaşması: İlk önce el ve ayakların büyümesi, sonrasında ön kol ve bacaklar daha sonra üst kol ve uylukların uzamasının ardından enine büyüme hızlanır, kalçalar, göğüs ve omuzlar genişler. Kızlarda kalçaların, erkeklerde omuzların gelişmesi belirgindir. Yüz kemikleri hızla büyür. Çene uzar ve kalınlaşır, burun büyür ve yüz görünümü değişir (Aslan, 2004; Berek, 1998; Coşkun 1996; Sevil, 2008). Ergenlik öncesi kemik olgunlaşması kızlarda 2 yıl daha ileridir. Bunun temel nedeni ise Östrojen hormonunun kızlarda Kalsiyum metabolizmasını etkileyerek kemik büyümesini hızlandırırken uzun kemiklerde epifizleşmeyi sağlaması ve epifizlerin daha erken kapanmasıdır (Ayhan & Bozdağ 2002; Beck, 1997; Burnett, 2000; Sevil, 2008).

2.2.2. Adolesan dönemde görülen cinsel gelişme

Adolesan dönemin en önemli özelliklerinden biri bu dönemde, cinsiyete özgü bir sırayı takip edecek şekilde sekonder seksüel karakterlerin gelişmesidir (Pekcan, 2006). Cinsiyet hormonlarının salgılanması ve buna bağlı olarak cinsel gelişme bulgularının belirlenmesi ile seksüel kapasitenin kazanıldığı bu döneme "Puberte" denir. Puberte dönemine girildikten sonra salgılanan seks hormonları aynı zamanda cinsel ve duygusal davranışlarda da değişikliklere neden olmaktadır. Bu dönemler arasındaki süre kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Burnett, 2000; Çimen, 2003; Freud, 1993; Koç, 2004).

Kızlarda puberte erkeklere göre ortalama 2 yıl önce başlamakta ve daha erken bitmektedir (Ayhan & Bozdağ, 2002; Ertem & Yazıcı 2006; Hart & Norman, 2003). Pubertenin kızlardaki ilk bulgusu meme gelişiminin başlaması, erkeklerdeki ilk bulgusu ise testislerdeki büyümedir. Her iki cinsiyette de genital organlarda değişim ve gelişim gözlenir. Hormonların

etkisiyle gonadlar olgunlaşarak fertilizasyon yeteneği kazanır. Kızlarda menarş, erkeklerde spermarş görülür. Her iki cinsiyette de pubik ve aksiller kıllanma başlar. Androjenlerin etkisiyle ciltte yağlanma ve akne gelişimi görülür (Büyükgebiz, 2004).

Kız adolesanlarda puberte fizyolojisi: Ergenliği başlatan neden kesin olarak bilinmemekle birlikte literatürler de, vücuttaki ilk değişimin Hipotalamus- Hipofiz- Gonad etkileşimine bağlı olduğu ileri sürülmektedir. Ergenlik genital organlarda, organizmada görülen hızlı gelişim ve sekonder cinsiyet karakterlerinin belirginleşmesi Gonadotropin-Relasing Hormon (GnRH) üretimi ile başlar (Çimen, 2003; Freud, 1993; Koç, 2004; Sağlık Bakanlığı, 2005; Schalet, 2004). Gonadotropik hormonlar Östrojen üretimi için ovaryum hücrelerini uyarır ve Gonadotropik salgılanması belirginleştikçe overlerdeki foliküllerden Östrojen salımında artış olur. Artan Östrojen üretimine bağlı olarak genital organların gelişimi hızlanır. Ergenliğin ortalarında ise Östrojen ile Luteinizing Hormon (LH) arasında pozitif feed-back ilişkisi kurulur ve kandaki Östrojen üretimi hızlanır. Bu artış belli düzeye gelince Hipofiz ön lobunda birikmiş olan LH salgısını uyarır ve LH pikleri oluşunca ovulasyon meydana gelir (Ayhan & Bozdağ, 2002; Burnett, 2000; Ertem & Yazıcı, 2006).

Kız adolesanlarda meme gelişimi: Pubertede ilk sekonder seks karakteri memelerdir. Meme gelişiminin başlamasına "Telarş" adı verilmektedir. Telarş pubertenin başlamasının ilk işaretidir. Overlerden salgılanan Östrojenlerin etkisiyle genel olarak 8-13 yaşları arasında başlayan meme gelişimi, ondört yaşında tamamlanır. Areolanın büyümesi ve tomurcuklanması şeklinde başlayan meme dokusu, meme uçlarının birisinin veya her ikisinin üzerinde küçük ve hassas bir kabarıklık meydana gelmesi ile fark edilir. Bu kabarıklık birkaç yıl içinde giderek büyür ve ovulasyonun olmasıyla birlikte salgılanan Progesteronun etkisiyle yuvarlak normal şeklini alır. Memelerin büyüklüğü ve şekli olgunlaşma derecesi ile ilgili değildir (Akyürek & Çiçek, 2002; Coşkun & Karanisoğlu, 1992; Küçükşahin, 2009; Nelson, 1997; Sağlık Bakanlığı, 2005; Tekin, 2006; Topbaş, Çan MA, Çan G, Kapucu, 2005; Yıldırım, Baş, Müftüoğlu, Aşıkoğlu, Ortakaya, & Kulaç, 2007).

Kızlarda pubik ve aksiller kıllanma: Meme gelişiminden sonra pubis kıllanması ortaya çıkar. Pubiste kılların çıkmasına "Pubarş" adı verilmektedir. Önceleri renksiz olarak beliren kıllanma, daha sonra pubiste tabanı olan bir üçgen oluşturur ve bir müddet sonra da kıllanma labia mausların dış yüzeylerine yayılır. Puberte de olguların %15'inde meme gelişmesi olmadan da pubis kılları çıkabilmektedir. Aksiller kıllanma pubis kıllarının çıkmasından sonra yaklaşık bir sene içinde ve ilk âdetten (menarştan) sonra çok kısa bir zaman içinde ortaya çıkar (Ayhan & Bozdağ, 2002; Burnett, 2000; Hart & Norman, 2003; Koç, 2004). Pubertal olgunlaşma düzeyinin daha net olarak sınıflandırılabilmesi ve normalliğin

daha doğru saptanabilmesi amacıyla Tanner'in 1962'de geliştirdiği skalaya göre, kızlarda seksüel olgunlaşma pubik kıllanma ve meme gelişimi baz alınarak beş evreye ayrılmaktadır (Tablo 2.1) (Jean Emans & Laufer, 1998; Tanner, 1962; Tekgül & Uslu, 2005).

Tablo 2.1. Kız Adolesanlarda Memelerin ve Pubik Kılların Gelişimi-Tanner Evrelendirilmesi (Gülay, 2005)

	Memeler	Pubik Kıllanma
Evre 1	<ul style="list-style-type: none"> • Ergenlik öncesi dönem 	<ul style="list-style-type: none"> • Pubik kıllanma yok
Evre 2	<ul style="list-style-type: none"> • Memenin tomurcuklanma dönemi • Meme ve meme ucunun yükselmesi ile şekillenen memenin hafif kabarması ve belirginleşmesi • Areola çapı genişler. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seyrek uzun hafif pigmentli, aşağı yönde düz ya da hafif kıvrık daha çok labiumlar boyunca büyüme.
Evre 3	<ul style="list-style-type: none"> • Meme ve areola daha da büyür, sınırları ayrılamaz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kıllar oldukça koyulaşır ve kıvrık hale gelir. • Kıllar pubis bileşkesine doğru seyrek olarak dağılır.
Evre 4	<ul style="list-style-type: none"> • Areola ve meme ucu öne doğru çıkarak ikinci bir tepe belirir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kıllar yetişkin tipinde • Yetişkinliğe nazaran daha az yayılmış • Kasıklara doğru yayılma yok
Evre 5	<ul style="list-style-type: none"> • Memeler erişkin kadındaki görünümünü alır, areola meme çizgisine döner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nitelik ve nicelik olarak yetişkinle aynı duruma gelmiş • Kasıklara doğru yayılır.

Kız adolesanlarda genital organların olgunlaşması: Puberte boyunca memelerin yanı sıra overler, uterus, vajen, labiumlar ve klitoris boyutları artar. Uterus ve overlerin boyutları 5 ile 7 kat arasında artış gösterir (Tekgül & Uslu, 2005).

• **Vajen:** Vajen genişler, uzar ve nemli bir vasıf kazanır. Vajen epiteli çok katlı hale gelir ve doderlein basilleri ortaya çıkar. Bu nedenle de vajen Ph'i asit hale gelir.

• **Uterus:** Uterus büyür. Önceleri 1/2 olan korpus/serviks oranı önce 1/1'e, daha sonra da 2/1 oranına dönüşür. Servikal kanaldaki salgı hücreleri mukus salgılamaya başlar. Endometrium gelişir önce proliferer olur ve ilk âdet başlar.

• **Tubalar ve Overler:** Tubalar ve overler büyür. Tubalar kıvrımlı bir hal alır. Overler ise normal yetişkindeki görünüm ve büyüklüğüne ulaşır (Küçükşahin, 2009).

İlk menstruasyon (menarş): İlk âdet görme veya tıbbi literatürdeki adıyla "Menarş", kız çocuklarının puberte gelişimi sırasında üreme çağına geçişin bir işareti olarak kabul edilir. Menarş genellikle meme tomurcuklanmasının başlamasından 2.5 yıl, pubis kıllanmasının başlamasından 1.5 yıl sonra başlar (Beck, 1997; Berek, 1998; Karakaya, 2004; Öncel, 2002; Pınar, 2008).

Adolesanın yaşamındaki en önemli biyolojik belirtilerden biri olarak kabul edilen menarşın başlama yaşı, bazı faktörlere göre değişiklik gösterse de 9-16 yaş olarak kabul edilir. Ülkemizde menarş yaşı ortalaması 12-13 yaş olarak saptanmıştır ve yapılan araştırmalarda sosyo-ekonomik düzeyi düşük ve orta grupta menarş yaşının sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan gruba göre yaklaşık 1.5 yıl daha geç olduğu belirtilmiştir. İklim, kalıtım, ırk, beslenme, sosyo-ekonomik düzey, sağlık durumu ve psikolojik durum gibi değişik faktörlerin menarş yaşını etkilediği bilinmektedir. Özellikle sıcak iklimde yaşayanlarda erken yaşta menarşın başladığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda; protein ve kaloriden zengin beslenmenin ve sosyo-ekonomik düzeyin yüksek olmasının menarş yaşının düşmesine neden olduğu görülmektedir. Kırsal yörede yaşamının yanı sıra bale ve jimnastik gibi sportif faaliyetlerin de menarşı geciktirdiğinden söz edilmektedir (Demirel, 2004; Demirel & Terzioğlu, 2003; Demirezen & Coşansu, 2005; Saka & Neyzi, 2005; Sule & Ukwanya, 2007; Taşkın, 2005; Tekgül, Saltık, Şen, & Kurt, 2005; Turfaner, Can, Köksal, Öçer, & Sipahioğlu, 2006; Yücel O, Yücel N, & Kaya, 1996).

İlk menstruasyon kanaması tek fazlı bir kırılma kanaması olup, ilk dönemlerde kanamalar ovulasyonsuz ve düzensizdir. Menarşı izleyen ilk yıllarda dismenore ve menstrual düzensizlikler Hipotalamus- Hipofiz- Over ekseninde dengenin yeterli kurulamaması sonucu ortaya çıkar ve 3-4 yıl içinde seksüel yönden tam bir olgunluğa erişme ile düzenli sikluslar oluşur (Ayhan & Bozdağ, 2002; Burnett, 2000; Çimen, 2003; Hart & Norman, 2003; Koç, 2004).

2.2.3. Adolesan dönemde görülen bilişsel gelişme

Ergenlikte psikolojik gelişim, bilişsel ve kimlik gelişimi özellikleriyle belirlenir (Derman, 2008). Ergenlerdeki bilişsel olgunlaşma beyin yürütücü işlevleri arasında sayılan çok çeşitli becerinin gelişmesini içerir. Bunların arasında arkadaş ilişkilerinde, sosyal ortamlarda ve bilimsel konularda somut düşünceden soyut düşünceye geçiş ve kendini değerlendirme, düzenlemede yeni beceriler edinilmesi yer alır (Pataki, 2007).

Piaget, ergenlikteki bilişsel uyumun sosyal ilişkiler ve ergenin arkadaşları ile kurduğu diyalogdan önemli ölçüde etkilendiğine inanmış, sosyal bilişi ergenlikteki bilişsel gelişimin bir parçası olarak tanımlamış ve soyut düşünme yeteneğinin oniki yaşlarından itibaren başlayarak hızlı bir gelişme gösterdiğini ifade etmiştir (Piaget, 1937). Ergenliğin başlangıcıyla birlikte sosyal yaşam içinde kişisel görüş ve tartışmaları içeren bir iş birliğinin gerekli olması ile ergenin anlayışının giderek geliştiği ve daha önce sahip olmadığı bazı alışkanlıkları kazandığı görülmektedir. Bunun sonucunda tahmin ve varsayımlar ileri sürebilen ergenler soyut düşünür, genellemeler yapar ve soyut kavramları kullanarak bir durumdan ötekine geçebilir (Yavuzer, 2006). Çocukluğun somut düşünme biçimi yerini soyut kavramlarla ve simgelerle düşünmeye bırakır (Piaget, 1937). Sorunun çözümünde kullandığı düşünme ve mantık, ergenin gelişme düzeyi ve deneyimi arasındaki etkileşimi yansıtmaktadır (Kavaklı, 1992).

2.2.4. Adolesan dönemde görülen psiko-sosyal gelişme

Ergenlikteki psiko-sosyal gelişim, ergenin gerçekçi ve olumlu öz görünüm ve kimlik geliştirmesini zorunlu kılar (Patton & Harris, 2007). Kimliğin kazanılması, ergenlik döneminin en önemli psiko-sosyal yönüdür (Parlaz, Tekgül, Karademirci, & Öngel, 2012). Adolesanın kimlik arayışı, kendi kimliğinin kişisel ahlaki ve etik değerlerinin farkına varmasını ön plana çıkarmaktadır (Stang & Story, 2005). Ergen kimliği; fiziksel, bilişsel, sosyal yeteneklerin gelişimini, duygusal ve ruhsal olgunlaşmayı, cinsel yönelimi içinde barındıran cinsel kimliği içerir (Patton & Harris, 2007). Cinsel kimlik, bireyin kendi bedenini ve benliğini belirli bir cinsiyet içinde algılaması, kabullenmesi, tutum ve davranışlarında benimsediği cinsiyetle uyumlu biçimde yaşayabilmesidir. Cinsel kimlik bireyin iç dünyasında kendisini hangi cinsiyet içinde algıladığını belirler. Çocuk, cinsel kimliğini ve rolünü erken çocukluk döneminde, yaşamın ilk yıllarında kazanmaya başlar ve ergenlik döneminin sonuna doğru gelişmesini tamamlar (Çuhadaroğlu & Tüzün Özgüner, 2000).

Adolesan dönemde psiko-sosyal gelişme süreci 3 bölümde incelenmektedir:

Erken adolesan dönem (11-14 yaş): Erken adolesan puberteyle birlikte başlar. Bu dönemde, psiko-sosyal gelişmeyi belirleyen en önemli faktörler, hızlı büyümenin ortaya çıkardığı fiziksel değişikliklerdir. Değişen vücuduna ayak uydurmaya ve hızlı büyüyen ekstremitelerinin kontrolünü sağlamaya çalışan adolesan da, cinsiyete özgü meydana gelen değişiklikler strese neden olabilmektedir (Stang & Story, 2005). Kızlarda meydana gelen erken gelişme, beden algısının kötü olması, kendini beğenmeme gibi durumlar ve sık yapılan diyetler, sigara, alkol tüketimi ve cinsel aktivitenin erken başlaması gibi riskli davranışlara sebep olabilmektedir (Wilson, Killen, Hayward, Robinson, Hammer, & Kraemer, 1994). Bu dönemde akran

etkisinin oldukça ağır basması nedeniyle, akran grubu tarafından kabul edilme arayışında olan adolesanlar, fiziksel görünümünün ve sosyal davranışlarının farkındadırlar (Stang & Story, 2005). Kendi düşüncelerine saygı duyulmasını isteyen adolesanların, bu dönemde aile ile ilişkileri de değişir (Çuhadaroğlu, 2003). Davranış değişikliği için gerekli problem çözme becerilerine ve şuan ki davranışlarının gelecekteki sağlık durumlarını etkileyebileceğini anlama yetisine sahip değildirler (Stang & Story, 2005).

Orta adolesan dönem (15-17 yaş): Duygusal iniş çıkışlar, toplumsal cinsiyet kimliğinin ve sosyal kimliğin gelişmesi ve otoriteye karşı gelme ile kendini gösteren bir dönemdir. Arkadaşlıklar adolesanın günlük yaşamında daha çok önem kazanır (Çuhadaroğlu, 2003; Stang & Story, 2005). Bu dönemde kendini seven, idealist olan ve bağımsızlığı için uğraş veren adolesan, aileden bağımsız olma çabalarında çelişkili duygular yaşar. Hem onlardan uzaklaşma ve bağımsızlaşma hem de onların desteği ve sevgisine ihtiyaç duyma isteği içindedir. Aileden uzaklaştığı zaman içinde yalnızlık, güvensizlik, güçsüzlük hisseder. Psikiyatrik problemlerin yaşanması, tütün, alkol ve madde kullanımı ve cinsel aktivitenin başlaması gibi sağlığı etkileyen davranışlar daha çok bu dönemde görülmektedir (Ekşi, 1999; Çuhadaroğlu, 2003; Kavaklı, 1992; Kınık, 2001; Stang & Story, 2005).

Geç adolesan dönem (18-21 yaş): Kimlik arayışının sonlanması ve benlik duygusunun gelişimiyle son bulan bu dönemde adolesan "Ben kimim?" sorusuna cevap bulur. Geleceğe yönelik planların yapıldığı bu dönemde arkadaş grupları yerini kişisel ilişkilere bırakır (Çuhadaroğlu, 2003). Benmerkezciliğin azaldığı, yakınlarını ve başkalarını daha çok düşünmeye başladığı bu dönemde; aileden kopma ve bağımsızlaşması, çelişkilerinin azalması, yaşamı ile ilgili kendi kararlarını alması gerçekleşmektedir. Hayat boyu sürmesi beklenen meslek, iş ve eş seçiminde daha gerçekçidir (Ekşi, 1999; Kavaklı, 1992; Kınık, 2001).

2.3. Adolesan Dönem Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı; üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ya da sakatlık olmaması değil, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Üreme sağlığı kişisel hakları temel alan bir kavram olup, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine ve bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman, ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri olması demektir (Küçükşahin, 2009). Üreme sağlığı yaşam siklusu yaklaşımı ile yaşamın tüm evrelerinde ve her iki cinsiyet için ele alınan bir kavramdır (Sezgin, 2000). Kadınların ve erkeklerin yaşam boyu karşılaştıkları üreme sağlığı sorunları; sağlıksız cinsellik, adolesan gebelik, CYBH, cinsel şiddet, paralı seks, anne ve neonatal ölümler, infertilite, beslenme yetersizliği ve anemi, üreme sistemi kanserleri ve osteoporoz olarak belirtilmektedir.

Karşılaşılan üreme sağlığı sorunları kadınların yaşamlarını doğrudan etkilemekte ve ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir (Gülersoy, 2003; Küçükşahin, 2009).

Üreme sağlığı sorunları özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tüm ülkelerde erişkinlerde (her iki cinsiyette) olduğu kadar adolesanlarda da yaygındır (Sezgin, 2000). Üreme sağlığı konusunda bilgi donanımı yetersiz olan ve hizmetlerden yararlanmada geri planda kalan adolesanların üreme sağlığı sorunlarına yönelik ihtiyaçları, son yıllara kadar dünyanın birçok ülkesinde genellikle göz ardı edilmiştir. Dünyada meydana gelen önemli toplumsal değişimlerle birlikte, adolesanların üreme ve cinsel sağlık konusunda yaşadıkları sorunlar, konunun önemle ele alınmasını zorunlu hale getirmiştir (Gölbaşı, 2005).

2.4. Adolesan Dönem Üreme Sağlığı Sorunları

Adolesan üreme sağlığı sorunları özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tüm ülkelerde oldukça yaygın sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Derya, 2011). Toplumun önemli bir kısmını oluşturan adolesanlar, fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişim süreçleriyle ilgili daha fazla sorunla karşılaşabilmekte ve meydana gelen değişiklikler yaşamlarını uzun vadede etkileyebilmektedir (Özcebe, 2002; Karakaya, 2004). Adolesan döneme özgü yaşanan başlıca üreme sağlığı sorunları; menarşa ilişkin sorunlar, seksüel matürasyon bozuklukları/ puberteyle ilgili bozukluklar, meme sorunları ve hastalıkları, menstruel siklus ile ilgili sorunlar, erken cinsel aktivite, erken yaşta evlilik, erken yaşta doğurganlık/ çocuk sahibi olma, cinsellik/üreme sağlığı konusunda bilgi eksikliği, istenmeyen gebelikler/ isteyerek düşükler, cinsel taciz/ istismar/ şiddet/ paralı seks, genital enfeksiyonlar, perine/ menstruel hijyene ilişkin sorunlar, AP yöntemi/ kontrasepsiyona ilişkin sorunlar, CYBH ve toplumsal baskıdır.

2.4.1. Menarşa ilişkin sorunlar

Üreme sağlığı konusunda, adolesan kızların yaşadığı fizyolojik değişimlerin en önemlisi, ilk âdet kanaması olan menarştır (Demirel & Terzioğlu, 2003). Menarşın, beslenme ve genel sağlık durumu ile ilgili olarak gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere göre daha erken yaşta başladığı belirtilmektedir. Bunun dışında iklim, kalıtım ve psikolojik durum gibi değişik faktörlerin de menarş yaşını etkilediği, sıcak iklimde yaşayan kadınlarda menarşın daha erken yaşta başladığı belirtilmektedir (Taşkın, 2005). Bütün bu faktörlerin etkisi altında menarşın başlama yaşı literatürde 9-16 yaş olarak kabul edilir. Ülkemizde menarş yaşı ortalaması 12-13 yaş olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan araştırmalarda sosyo-ekonomik düzeyi düşük ve orta gruptaki menarş yaşının, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan gruplara göre yaklaşık 1.5 yıl daha geç olduğu belirlenmiştir (Christie

& Viner, 2003; Demirel, 2004; Demirel & Terzioğlu, 2003; Dündar B, Anıl, Akyol, Eren, & Dündar N, 2008).

Menarş kadın için fizyolojik, psikolojik ve kültürel etkileri olan önemli bir süreçtir. Türk toplumunda menarş karşı ilk tepkiler genellikle olumsuz olup korku, utanma, kendini kirli hissetme, kaygı gibi duygusal reaksiyonlar gözlenebilmektedir (Karakoç, Güngör & Ocakcı, 2014). Özellikle kırsal alanda, annelerin ve büyüklerin yol göstermesinden yoksun olarak genç kızın kendi kendine olayı anlamlandırması ve değerlendirmesi gereken korkulu ve soru işaretleriyle dolu bir sürecin başlangıcını oluşturabilmektedir (Güler, 1987; Marvan, Vacio, & EspinozaHernandez, 2001).

2.4.2. Seksüel matürasyon bozuklukları/puberteyle ilgili bozukluklar

Cinsiyet hormonlarının salgılanması ve buna bağlı olarak cinsel gelişme bulgularının belirlenmesi pubertenin başlangıcı olarak kabul edilmektedir (Ayhan & Bozdağ, 2002). Tüm dünyada düzelen sosyo-ekonomik koşullara paralel olarak puberte başlangıç yaşının, son yüzelli yıl içinde her 10 yılbaşına 2-3 ay erkene kaydığı vurgulanmaktadır. Pubertenin bugün için kızlarda kabul edilen normal aralığı 8-13.5 yaşdır (Akyol, 2006). Kızlarda 8 yaştan önce sekonder seks karakterlerinin gelişmeye başlaması "Erken puberte", meme gelişiminin onüç yaşına kadar başlamaması veya meme gelişimi ile menarş arasında 5 yıldan uzun süre olması "Gecikmiş puberte" olarak değerlendirilir. Kızlarda meme gelişiminin diğer puberte bulguları olmaksızın ve büyüme hızı artmaksızın erken dönemde ortaya çıkması "Prematür telarş", pubik ya da aksiler kıllanmanın 8 yaş altında başlaması "Prematür pübarş"dır. Prematür telarş ve prematür pübarş benign bir durum olup tedavi gerektirmez (Ayhan & Bozdağ, 2002; Beck, 1997). Vajinal kanamanın (menstruasyon) 10 yaş altında başlaması "Prematür menarş" olarak tanımlanır (Akyol, 2006).

2.4.3. Meme sorunları ve hastalıkları

Meme gelişiminin başlaması olan "Telarş", kızlarda pubertenin başlamasının ilk işaretidir. Gençlerin %99'unda meme gelişimi 8-13 yaşlar arasında başlar ve ortalama telarş yaşı 9.8'dir. Meme gelişiminin onüç yaşına kadar başlamaması "Gecikmiş telarş" olarak adlandırılmaktadır. Gecikmiş telarşa gecikmiş puberte eşlik edebilir. Adolesan dönemde başlıca meme sorunları; gelişim anomalileri, selim meme hastalıkları, meme başı akıntıları, enfeksiyonlar, meme kanserleridir (Özcebe & Dam, 2005; Pernoll, 2002).

2.4.4. Menstruel siklus ile ilgili sorunlar

Adolesanların yaşadıkları problemler incelendiğinde, en fazla oranda menstruasyona ilişkin sorunlar yer almaktadır (Taşçı, 2006). Menstrual problemler bu dönemde sıklıkla görülmekte ve bu yaş grubuna ait jinekolojik şikâyetlerin %50'sini oluşturmaktadır (Oral, 2008). Menstrual problemler içerisinde en fazla oranda dismenore, premenstrual sendrom, amenore ve anormal uterus kanamaları görülmektedir. Dismenore kelime anlamı olarak "ağrılı âdet olmak" olarak tanımlanmaktadır (Aykut, Günay, Gün, Tuna, Balcı, Özdemir, & Öztürk, 2007). Genellikle mensturasyondan bir gün önce veya mensturasyonun ilk günü karın, kasık, bel bölgesinde ağrı şeklinde ortaya çıkar ve mensturasyonun bitimi ile son bulur. Dismenore, genç kızların %30-50'sini etkilemektedir (Taşçı, 2006). Premenstruel Sendrom (PMS) siklusun luteal fazında ortaya çıkan ve menstruasyonla ortadan kalkan fiziksel, duygusal ve davranışlara ait önceden tahmin edilebilen bir dizi yakınmanın olma hali olarak tanımlanmaktadır. En sık görülen semptomlar; mastodini, ödem, karın şişkinliği ve ruhsal sorunlardır. Türkiye'de adolesanlarda PMS oranı %17.2-71.1 arasında değişmektedir (Pınar, Çolak, & Öksüz, 2011). Amenore; beklenen menstruasyon kanamasının olmamasıdır (Sarıalioğlu vd., 1993). Onaltı yaşına kadar hiç âdet görülmemesi "Birincil amenore", menarştan sonra 6 ay âdet olmaması "İkincil amenore" olarak tanımlanır (Chamberlain & Fairley, 2005). Adolesan dönemde sık görülen menstrual düzensizliklerden disfonksiyonel uterus kanaması; uterusun anatomik olarak herhangi bir bozukluğunun olmadığı durumda hormonal etki ile endometriuma bağlı olan kanamadır. Adolesanlarda sık görülmesinin nedeni, fizyolojik olarak gelişmenin tamamlanmaması ve buna bağlı olarak ovulasyonun olmaması şeklinde açıklanmaktadır (Coşkun, 1996; Yıldırım, 2002).

2.4.5. Erken cinsel aktivite

Puberte yaşının düşmesi, gençlerde cinsel aktivitenin daha erken yaşta başlamasına neden olmaktadır (Özcebe, 2000). Pek çok toplumda evlilik yaşının yükselmesi nedeniyle, adolesanların cinsel olgunluğa ulaşması ile evliliği arasındaki süre uzamaktadır. Bu da adolesanların evlilik öncesi cinsel ilişkiye girme ve bunların getireceği risklerle karşılaşma olasılığını artırmaktadır (Saroj et al., 2005). Bekâretin önemli olduğu kültürel normlar nedeniyle adolesanlar cinsel aktivitelerini gizleyebilmekte ve bu durum istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir (Gölbaşı, 2002). Gelişmiş ülkelerde ilk cinsel ilişki yaşı düşmekte, onaltı yaş öncesi cinselliği yaşayan adolesanların yüzdesi artmaktadır (Akın & Sezgin, 1998). Gelişmekte olan ülkelerde ise evlilik öncesi cinsel ilişki seyrek olmasına karşılık, erken evlilik davranışı yüksektir (Özcebe, 2000). Ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçları, üniversitede okuyan öğrencilerin ortalama ilk cinsel ilişki yaşının kızlarda ondokuz olduğunu göstermektedir (Gökengin, Yamazhan, Özkaya, Aytuğ, Ertem, Arda, & Serter, 2003).

Erken cinsel aktivite yabancı kişilerle, birden fazla cinsel eşle, alkol kullanımı ile birlikte olan ve lateks kondomun kullanılmadığı durumlarda büyük risk taşımakta ve adolesanların sağlığını önemli ölçüde tehdit etmektedir. Riskli cinsel davranış olarak da adlandırılan bu durum; istenmeyen gebelikler, CYBH ve sağlıksız koşullarda yapılan düşüklere sonuçlanabilmektedir (Tayloor-Seehafer & Rew, 2000).

2.4.6. Erken yaşta evlilik

Birçok ülkede evlilik öncesi cinsel ilişkinin ahlaki bir sorun olduğu, ancak adolesan yaş grubunda evlenmenin toplumsal değer yargılarına göre bir sorun olarak değerlendirilmediği görülmektedir. Bu ülkelerde kız adolesanların evlendirilmesi sık yaşanan bir durumdur. Evliliklerin büyük çoğunluğu, eşlerin, ailelerin onayı ve hatta kararıyla gerçekleşmektedir (Özcebe, 2000). Kızları ailelerine yük ya da kârsız yatırım olarak gören ailelerin erken evliliğe daha sıcak baktığı görülmektedir. Çeyiz ya da başlık parası gibi gelenekler kızların erken evlendirilmesine sebep olmaktadır (Erefe, Bayık, Bahar & Özsoy, 2003; Kırmızıtoprak, 2007). Puberte ile birlikte kız çocuklarının evlendirilmesi üreme sağlığı sorunlarını da beraberinde getirmektedir (Özcebe, 2000).

2.4.7. Erken yaşta doğurganlık/çocuk sahibi olma

Evlilik öncesi erken yaşta cinsel ilişki veya erken yaşta yapılan evlilikler beraberinde erken yaşta doğurganlığı da getirmektedir. Erken yaşta cinsel yaşamı olan ve kontraseptif kullanmayan gençlerin 1 yıl içinde gebe kalma olasılıkları %90'dır (Özcebe, 2000). Evlilik yaşı düşük olan ülkelerde evlenen gençlerin çocuk sahibi olma konusunda aile ve eş gibi sosyal baskıya maruz kaldıkları bildirilmektedir. Evlenenlerin hemen çocuğu olacak beklentisi olan kültürlerde, çocuğun evliliğin geleceğini garanti altına alacağı görüşü hâkimdir (Erefe vd., 2003; Kırmızıtoprak, 2007).

Dünya genelinde 15-19 yaş arası onaltımilyon kız çocuğu ve onbeş yaşın altında ikimilyon kız çocuğu her yıl doğum yapmaktadır (Mason, 2011; WHO, 2012). TNSA-2013'e göre, adolesan dönemde olan (15-19 yaş grubundaki) kadınların neredeyse %5'i çocuk doğurmaya başlamıştır. Çocuk doğurma davranışı onyediy yaşından önce nadirdir, ancak ondokuz yaşındaki kadınların %16'sı anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebedir. Kırsal alanlardaki adolesanlarda çocuk sahibi olma kenttekilere göre daha sık görülen bir davranıştır. Eğitim düzeyi daha düşük adolesanların, daha yüksek olanlara göre çocuk sahibi olmaları daha muhtemeldir (TNSA, 2013). Ülkemizde çocuk sahibi olmaya başlayan adolesanların oranında bir düşüş olmasına rağmen hâlen adolesan doğurganlık davranışının olduğu dikkat çekmektedir.

Adolesan dönemde gerçekleşen gebeliklerin sonuçlarının ve komplikasyonlarının ciddi boyutlarda olduğu ve erken yaşta gerçekleşen doğurganlıklarda anne ölüm hızının arttığı görülmektedir. Genç kadınlar fiziksel ve psiko-sosyal gelişimlerini tamamlayamadıkları için, gebelik ve doğum komplikasyonları ile daha sık karşılaşmaktadırlar. Adolesan gebelikler hipertansiyon, eklem ve ölümle sonuçlanabilmektedir. Anemi ve kanama da önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Akın & Özvarış, 2004; Akın & Sezgin, 1998; Başer, 2000). Beslenmesi iyi olmayan adolesanlarda büyüme hızının yavaşlaması, kısa boylu ve zayıf vücut yapısına sahip olma, buna bağlı olarak pelvis yapısının tam olarak gelişmemesi nedeniyle doğumda distosi ortaya çıkmaktadır. Adolesan gebelik yaşayan kadınların sağlık hizmetlerine ulaşamamaları da gebelik ve doğum komplikasyonlarının görülme sıklığını ve şiddetini etkileyen önemli bir faktördür (Akın & Özvarış, 2004; Sezgin, 2000). Kadınların genç yaşta anne olmasının kadının eğitimine devam edememesi, gelir getiren bir işte çalışamamaları gibi sosyal sonuçları da bulunmaktadır (Özcebe, 2000; Sezgin, 2000).

2.4.8. Cinsellik/üreme sağlığı konusunda bilgi eksikliği

Ülkemizde ve diğer ülkelerde üreme sağlığı bilgi düzeyini saptamaya yönelik yapılan çalışmalar ve cinsel sağlık eğitim (CSE) deneyimleri gençlerin, üreme fizyolojisi, gebelikten korunma, CYBH gibi temel CSÜS konularında yeterli bilgilerinin olmadığını göstermektedir (Akın & Sezgin, 1998; Gölbaşı, 2002; Ip et al., 2001; Özcebe, 2000). Ankara'nın otuziki lisesinde yapılan bir araştırmada, adolesan kızların adet görme, gebelik, cinsellik ve üreme ile ilgili temel bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (Vicdan vd., 1996).

Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar, adolesanların üreme sağlığı ile ilgili konulardaki ilk bilgi kaynaklarının ebeveynleri olduğunu (Diiorio, Kelley, & Hockenbery-Eaton, 1999; Hassan & Creatsas, 2000), adolesanların bu konuları daha çok anneleri ile konuşmayı tercih ettiklerini göstermektedir (Bulut, Nalbant, & Çokar, 2002; Diiorio et al., 1999; Gölbaşı, 2002; Gürkan, 2009; Miller, Kotchick, & Dorsey, 1998; Rafaelli, Bogenschneider, & Flood, 1998; Smith, Chacko, & Bermudez, 1989; Young Pistella & Bonati, 1998). Cinsellikle ilgili konularda ebeveynleriyle rahat bir şekilde konuşamayan ve okul yıllarında formal CSE programlarından geçmeyen adolesanların, bu konulara ilişkin bilgilerini güvenilir olmayan kaynaklardan edinme olasılıkları artmaktadır (Akın & Özvarış, 2004; Özcebe, 2000). DSÖ'nün gelişmekte olan ülkelere ait verileri, adolesanların cinsel konulardaki bilgi kaynağı olarak en sık arkadaş ve medyayı belirttiğini, öğretmen ve sağlık personelinin bilgi almanın nadir olduğunu ve ebeveynlerin cinsellikle ilgili primer kaynak olmadığını ortaya koymaktadır (Akın & Sezgin, 1998; Başer, 2000; Sezgin, 2000).

2.4.9. İstenmeyen gebelikler/isteyerek düşükler

Adolesan gebelikler tipik olarak, planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerdir (Gölbaşı, 2005). Adolesanlar fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimlerini henüz tamamlayamadıkları ve gebeliğe hazır olmadıkları için, istenmeyen gebeliklerini düşük şeklinde sonlandırmayı tercih edebilmektedirler. Gelişmiş ülkelerde adolesanların isteyerek düşük nedenleri; bir bebeğin kendi yaşamlarını değiştireceği endişesi, kendini bebek sahibi olmaya hazır hissetmeme ve ekonomik sorunlardır. Bunların dışındaki diğer nedenler ise; bilgisizlik, korku, utanma ve hizmete ulaşım eksikliğidir. Gelişmekte olan bazı ülkelerde evlilik dışı ilişkinin toplum tarafından kabul edilmemesi, istenmeyen gebeliklerin düşükle sonlandırılmasına neden olmaktadır (Özcebe, 2000). Düşüğün yasal olmadığı yerlerde, düşüklerin çoğu sağlıksız koşullarda yapılmaktadır. Sağlıksız düşük yapan kadınlarda tamamlanmamış düşük, sepsis, kanama, uterin perforasyon gibi komplikasyonlar gelişmektedir. Uzun dönemde ise, kronik pelvik ağrı, pelvik inflamatuvar hastalık, infertilite, ektopik gebelik ve prematür doğum gibi komplikasyonlara neden olmakta veya ölümlerle sonuçlanabilmektedir (Kapıcıoğlu, Yanikkerem, Sevil, & Yüksel, 2008). TNSA-2013 verilerine göre, 15-19 yaş grubunda isteyerek yapılan düşük hızında bir azalmanın olduğu ve %2 oranında gerçekleştiği gözlenmiştir (TNSA, 2013). Tüm dünyada anne ölümüne neden olan düşükler, adolesanlar arasında da anne ölümlerinin yükselmesine neden olmaktadır (Akin & Sezgin, 1998; Başer, 2000).

2.4.10. Cinsel taciz/istismar/şiddet/paralı seks

Adolesan dönemdeki kızlar için tecavüz, flört, şiddet, ensest, pornografi, seks ticareti oldukça önemli sorunlar arasındadır. Daha çok genç kadınlar cinsel istismara ve şiddete maruz kalmaktadır. Tüm dünyada, cinsel içerikli saldırıların yaklaşık %50'si onbeş yaş altı kız adolesanlara karşı gerçekleştirilmektedir (Derya, 2011). Erken yaşlarda cinsel istismara uğrayan kişilerin, erken yaşta cinsel ilişkiye başlama, ilaç-alkol kullanımı, çok sayıda cinsel partnere sahip olma, para veya ilaç karşılığı seks yapma ve yetersiz kontraseptif kullanımı gibi üreme sağlığına ilişkin birçok riskli davranış sergiledikleri bildirilmektedir (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, & Marks, 1998; Stock, 1997).

Şiddet dünyanın her tarafında sıkça görülen ve ergenlik çağı mortalite ve morbidite nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan bir halk sağlığı sorunudur (Alikashişoğlu, 2008). Aile içi şiddet, ailenin dayacağı bir disiplin tarzı olarak kullanması, fiziksel ve cinsel istismara maruziyet, ebeveynlerin adolesana uygun şekilde rehberlik yapmaması, aile bağlarının zayıf olması, tek ebeveynle yaşama, ailenin alt sosyo-ekonomik gruptan olması, ebeveynlerden birinin veya ikisinin madde bağımlısı olması, anti-sosyal

ebeveynler ve annenin ergenlik yaşında doğum yapmış olması şiddet için ailesel risk etkenleri arasında sayılmaktadır (Başer, 2000; Sezgin, 2000).

Karşı cinsle ilişkilerde de şiddet (flört şiddeti) gençler arasında görülebilmektedir. Özellikle kızlar, arkadaşını kaybetme korkusuyla istemediği bir ilişkiye zorlanmaktadır. Bu tarz süren ilişkide cinsel istismara açık hale gelmektedir. Genç kızların çok erken yaşta, gelişimlerini tamamlamadan evlendirilmesi de cinsel şiddetin diğer bir şekli sayılmaktadır. Pek çok ülkede kadınların cinselliğini kontrol altında tutmak amacıyla yapılan "kadın sünneti (Genital mutilasyon)" gibi zararlı uygulamalar büyük bir sorundur ve genç kadınların sağlığını hayat boyu riske atmaktadır (Başer, 2000; Sezgin, 2000). Genital mutilasyon sağlıksız koşullarda sağlık personeli dışındaki uygulamacılar tarafından uygulanmakta olup; erken dönemde şiddetli ağrı, hemoraji, şok ve ölüm gibi ciddi sorunlara; geç dönemde ise kronik genital ya da üriner enfeksiyonlar, infertilite ve doğum problemleri gibi sağlık sorunlarına ve anksiyete, korku, hafıza kaybı, cinsel istekte azalma gibi ruhsal etkilere de neden olmaktadır (El-Defrawi, Lotfy, Dandash, Refaat, & Eyada, 2001; Elnashar & Abdelhady, 2007; Yeni, 2004).

2.4.11. Genital enfeksiyonlar, perine/menstruel hijyene ilişkin sorunlar

Ergenlik dönemindeki kızlar anatomik özellikleri, menstruasyonun başlaması ve bu konulardaki bilgi eksikliği gibi çeşitli nedenlerle genito-üriner enfeksiyonlar yönünden risk altındadır (Güler, Bekâr, Güler, & Kocataş, 2005). Menstruasyon ve perine hijyeninin yeterli ve doğru biçimde uygulanmaması, tuvalet sonrası genital bölge temizliğinin uygun bir şekilde yapılmaması, el yıkama alışkanlığının olmaması, uygun iç çamaşırı kullanmama, menstruasyon sırasında materyallerin etkin kullanılmaması gibi bazı alışkanlıkların yetersizliği ürogenital enfeksiyonlar konusunda önemli ölçüde risk oluşturmaktadır (Özvarış & Akın, 1998; Ünsal, 2010).

Pubertal kız çocuklarının vajina epiteli endojen Östrojenin salgılanmaması nedeni ile ince ve glikojenden fakir olduğu için vajenin bakterial enfeksiyonları bu yaş grubunun sık görülen jinekolojik sorunları arasındadır (Pernoll, 1994). En yaygın görülen vajinal enfeksiyonlar; Bakterial Vajinozis, Kandidiyazis ve Trikomanas'tır (Taşkın, 2003; Young, 2002). Adolesan dönemindeki genç kızların sağlıklı bir yetişkinlik dönemi sürdürebilmesi için, perine ve menstrual hijyen kurallarına uyması ve enfeksiyonlardan korunması önemlidir (Kocakaya, 2005).

2.4.12. Aile planlaması yöntemi/kontrasepsiyona ilişkin sorunlar

Adolesanların AP yöntemi kullanımını etkileyen birçok faktör vardır. Birçok ülkede cinsellik bir tabu olarak kabul edilmekte, bu nedenle de

adolesan yaş grubunun cinsellik ve AP yöntemleri hakkındaki bilgisi oldukça sınırlı kalmaktadır. Evlilik öncesi cinsel ilişkinin kabul edilmediği toplumlarda, gençlerin AP hizmetlerinden yararlanması zorlaşmaktadır. Ayrıca adolesanların yeterli maddi olanaklara sahip olmaması, yalnız başına sağlık kurumuna başvuramaması da AP hizmetinden yararlanmasını engellemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde karşılaşılan bir başka sorun ise, gençlerin AP yöntemlerini duymuş olmalarına karşılık yöntemlere ulaşma ve kullanımı sırasında bazı sınırlılıklar yaşamakta olmalarıdır. Ayrıca AP yönteminin nasıl kullanıldığının bilinmemesi ise kullanılan AP yöntemini başarısız kılmaktadır (Özcebe, 2000).

TNSA-2013'e göre ise, herhangi bir AP yöntemi bilme durumu incelendiğinde 15-19 yaş grubunda bu oranın %98.3, 20-24 yaş grubunda ise %99.4 olduğu görülmektedir. Gençlerin herhangi bir modern yöntem kullanma durumları 15-19 yaşları arasında %35.5, 20-24 yaşları arasında %57.3 olarak saptanmıştır (TNSA, 2013). Yıllara göre AP yöntemi bilme ve herhangi bir modern yöntem kullanım oranlarında artış olsa da, yapılan araştırmalarda adolesanların büyük bir kısmının cinsel ilişki sırasında etkili kontraseptif yöntem kullanımının istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir (Tokuç, Eskiocak, & Saltık, 2002).

2.4.13. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH)

Adolesan dönemde yaşanan erken yaşta cinsel ilişki ve bilinçsiz cinsel davranışların önemli bir sonucu cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH)'dir (Gölbaşı, 2005). Genç insanlar CYBH'a karşı yetişkinlere göre daha savunmasızdırlar. Gençlerin cinsel aktiviteye erken başlamaları, kendilerinden yaş olarak büyük ve birden çok partnerle cinsel ilişkide bulunmaları, daha erken yaşta evlenmeleri, vajen mukozasının geniş yüzeyinden dolayı biyolojik olarak enfeksiyona yatkın olmaları, sık cinsel partner değiştirmeleri ve korunmasız cinsel ilişkide bulunmaları, çoğunluğunun CYBH hakkında çok az bilgiye sahip olmaları CYBH'a yakalanma ve yayma risklerini artırmaktadır (Gölbaşı, 2002; Özcebe, 2000; Sağlık Bakanlığı, 2004; Sezgin, 2000). CYBH hakkında bilgiye sahip olsalar bile cinsel ilişkilerinde kondom kullanma davranışlarında tutarsızdırlar. Cinsel aktiviteleri hoş karşılanmadığı ve yasaklandığı için CYBH'a yakalandıklarında tedavi almada daha çekimserdirler.

Gelişmekte olan ülkelerde milyonlarca adolesan ekonomik nedenlerden dolayı sokaklarda yaşamakta ve seks ticaretinin bir objesi olabilmektedirler. Bu nedenle CYBH'a yakalanma ihtimalleri artmaktadır. DSÖ'ne göre her yıl dünyada her yirmi adolesandan biri CYBH'a yakalanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde Genital Herpes ve Klamidyal enfeksiyon daha yaygınken, gelişmekte olan ülkelerde Gonore, Sifiliz ve Şankroid daha sık görülmektedir (Sezgin, 2000). AIDS ve diğer CYBH'ın görülme hızı, özellikle genç nüfus arasında yükselmektedir. Dünyada yeni HIV enfeksiyonunun yarısından

fazlası 15-24 yaş grubunda ortaya çıkmaktadır (Başer, 2000). CYBH'in komplikasyonları; pelvik inflamatuvar hastalık (PID), ektopik gebelik, üreme organ kanserleri, üretrada darlık ve infertilitedir (Gölbaşı, 2002; Özcebe, 2000).

2.4.14. Toplumsal baskı

Cinsellik konusunun toplumlarda tabu kabul edilmesi ve cinsellikle ilgili aynı toplumda farklı kültürel normların bulunması adolesanların üreme sağlığını risk altına sokabilir. Cinsellik konusunda adolesanların büyük bir bölümü konunun tabu olması nedeniyle yeterli ve doğru bilgiyi alamamaktadır. Bu durum gençlerin yanlış bilgi kaynakları kullanmalarına neden olmakta, riskli davranışlarını artırabilmektedir (Alikashiöflu, 2008).

Adolesanların cinsellik konusunda bilgilerinin yetersizliği, toplumsal baskı nedeniyle konunun gizli kalmayacağı endişesi, tıbbi işlemlerden korkma ve utanma, ulaşım ve hizmet için ödeme yapamama, sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları veya adolesanların bu konudaki ön yargıları sağlık hizmeti kullanımı ve erişimlerini engellemektedir (Yücel, Çakır Koçak, & Çeber, 2009).

2.5. Dünyada Yaşayan Adolesanların Üreme Sağlığı Sorunları

Dünya nüfusunun yaklaşık dörtte biri (10-24 yaş arası 1.8 milyar) oluşturan adolesanların geleceklere yatırım yapmak, hem kendilerinin hem de onların aile, toplum ve ülkelerinin gelişiminde büyük öneme sahiptir. Bu doğrultuda onların haklarının korunması; kaliteli eğitim, düzgün istihdam, etkili geçim sağlama becerilerine; CSÜS hizmetlerine ve toplumsal cinsiyet ve güç kavramlarını vurgulayan kapsamlı cinsellik eğitimine erişimlerinin sağlanması gerekmektedir (WPD, 2014).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve ayrımcılığa yol açan geleneksel yaklaşımların sonuçlarıyla en fazla karşı karşıya kalan kız çocuklarının ergenliğe ve genç erişkinliğe yaklaştıkça, CSÜS hizmetlerine duydukları ihtiyaç ciddi bir şekilde artmaktadır. Adolesan gebelikler, güvenli olmayan kürtajlar, anne ölümleri, CYBH ve HIV-AIDS'in önlenmesi konusunda çok az ilerleme kaydedilmiş olması; kaliteli CSÜS eğitimi ve hizmetlerine erişimde hâlâ önemli eksikliklerin olduğunu göstermektedir (WPD, 2014). Adolesanın ileride sağlıklı bir üreme ve cinsel hayata, aynı zaman da sağlıklı bir toplumsal role sahip olabilmesi için CSÜS eğitim ve hizmetlerinin ulaşılabilir olması ve karşılanmasına yönelik önceliğin ve önemin adolesanlara verilmesi gerektiği düşünölmektedir.

Artık daha çok sayıda kız çocuğu ilkokulu bitiriyor olsa da, kız çocukları ortaöğretime erişme ve ortaöğretimi tamamlama konusunda hâlâ zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Dünya genelinde, ortaokul yaşındaki altmışdokuzmilyon adolesan hâlihazırda okul sistemi dışındadır. Sahra altı Afrika ve Güney ve Batı Asya, erken yaşta okulu bırakanların oranının en yüksek olduğu yerlerdir. Bu bölgelerde, kız çocuklarının eğitim kurumlarına kayıt yaptırma olasılığı erkek çocuklara oranla daha düşüktür. Az gelişmiş ülkelerde, 15-24 yaş arası genç kadınların üçte biri okuryazar değildir. Son 10 yılda ilkokulu tamamlama konusunda kız çocuklarında büyük kazanımlar elde edilmiş olsa da, özellikle Sahra altı Afrika ve Güney ve Batı Asya olmak üzere birçok bölgede ortaöğretime ulaşma kız adolesanlar için hâlâ bir zorluk olmaya devam etmektedir. Öğretim kademesi artıkça kızların eğitime erişimi daha fazla kısıtlanmaktadır. Genç kızlar evlendirilmek üzere okuldan alınabilmekte, sonrasında örgün ve hatta yaygın eğitime erişimleri ev ve çocuk yetiştirme sorumlulukları, evlilikle okulu aynı anda olmayacak iki şey olarak gören sosyal normlar yüzünden ciddi biçimde kısıtlanmaktadır (WPD, 2014). Eğitim, kız çocuklarına gelecekte iş ve geçim fırsatları sağlarken, onların öz güvenlerini ve statülerini arttırmakta ve yaşamlarını etkileyen kararlarda daha fazla söz hakkı elde etmelerine imkân sağlamaktadır. Eğitim aynı zamanda çocuk yaşta evlilik olasılığını azaltmakta, çocuk doğurma yaşını geciktirmekte ve böylelikle daha sağlıklı doğumlara yol açmaktadır (UNFPA, 2013). Bunun için ise adolesanların eğitim seviyesinin ve okullaşma oranının artırılmasına yönelik hizmet ve politikalara ilişkin çalışmaların artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Adolesan evliliklerine son verme yönünde neredeyse tüm dünya ülkelerinin verdiği taahhütlere rağmen, gelişmekte olan ülkelerde üç kızdan biri onsekiz yaşını doldurmadan evlenmektedir. Bu kızların çoğu yoksuldur, az eğitimlidir ve kırsal alanlarda yaşamaktadır. 2010'da 20-24 yaş arası altmışyedimilyondan fazla kadın, adolesan dönemde evlenmiştir. Bunların yarısı Asya'da, beşte biri Afrika'dadır. Bir sonraki 10 yıllık dönemde, her yıl onsekiz yaşın altındaki 14.2 milyon kız adolesan evlenecektir; bu, günde otuzdokuzbin kız adolesanın evleneceği anlamına gelmektedir. Aynı zamanda on yıllık dönemde ellimilyon kız çocuğunun onbeşinci doğum günlerini göremeden evlenme riski altında olmaya devam edeceğini göstermektedir (WPD, 2014). Gelişmiş ülkelere bakıldığında adolesan evliliklerin neredeyse yok denecek kadar az olduğu görülmektedir. Kadınlara verilen toplumsal rolün evlenmek ve çocuk yapmak olmadığı ülkelerde evlilik yaşı yükselmektedir. Bunun yanı sıra ülke yasaları ve bu yasaların ödünsüz yürütülmesi de adolesan evlilikleri caydırıcı kılmaktadır (Thomas, 2009). Bu nedenle adolesan evlilikleri caydırıcı boyutta yasaların yürürlüğe konulması ve mevcut yasaların uygulanmasına önem verilmesi gerekmektedir. Nedenlere yönelik bireysel, toplumsal, politik ve hukuki önlemlerin bir arada alınması ve bilinçlendirme, farkındalık çalışmalarının sektörler arası iş birliği ile eşgüdüm içinde yapılması önemlidir.

Dünya genelinde her yıl, 15-19 yaş arası yaklaşık onaltımilyon, onbeş yaşın altındaki ikimilyon kız çocuğu doğum yapmaktadır (TUİK, 2013a; UNFPA, 2013). Dünyada adolesan doğurganlık hızı en yüksek olan ülke Nijer olup; en düşük olan ülkeler ise Slovenya ve Kuzey Kore'dir (TUİK, 2013a). Gelişmekte olan ülkelerde genç kızların yaklaşık %19'u onsekiz yaşına gelmeden gebe kalmaktadır. Adolesan gebeliklerinin önemli bir kısmı zorla cinsel ilişki sonucunda meydana gelmekte, çoğu da erken yaşta yapılan evlilikler içinde gerçekleşmektedir. Adolesan doğum oranı yoksul ülkelerde en yüksek seviyelerde olsa da, tüm ülkelerde bu doğumlar en yoksul ve en eğitimsiz kesimde toplanmakta, böylece hem anne hem de çocuk için sağlık risklerini arttırmaktadır (UNFPA, 2013). Gebelik ve çocuk doğurma, düşük ve orta gelirli ülkelerde 15-19 yaş arası adolesan kızlar arasındaki birinci ölüm nedenidir (WPD, 2014). Dünya üzerinde her gün ikiyüz kız çocuğu adolesan gebelik yüzünden ölmektedir (UNFPA, 2013). Her gebeliğin istemli ve her doğumun güvenli olduğu, her genç insanın potansiyelinin değerlendirilebildiği bir dünya umudu ile UNFPA, 2013 yılı temasını "Ergen Gebeliği" olarak belirlemiştir (TUİK, 2013a). Düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşen güvenli olmayan kürtajların %14'ü 15-19 yaş arası kızlara uygulanmaktadır. Her yıl yaklaşık 2.5 milyon adolesan güvenli olmayan koşullarda kürtaj yaptırmaktadır. 2008 yılında gelişmekte olan ülkelerde 15-19 yaş arası kız çocuklarında, yaklaşık üçmilyon güvenli olmayan düşük ve kürtaj vakası olduğu tahmin edilmektedir. Yirmi yaş altındaki annelerin gebeliğinde görülen ölü doğum ve bebek ölüm oranı, 20-29 yaş arasındaki annelerin doğurduğu bebeklere kıyasla %50 daha fazladır (UNFPA, 2013).

Adolesan gebeliği, hak ihlallerinin hem nedeni hem de sonucudur. Gebelik, bir kızın eğitim, sağlık ve kendi kararlarını verebilme haklarını hayata geçirme yetisini köreltir. Bir kız çocuğu temel haklarına erişemediğinde, gebe kalma riski karşısında çok daha savunmasız hale gelir. Büyük yaşlardaki adolesanlara destek olmak için kullanılan yöntemler daha küçük yaşlardaki adolesanlar için uygun olmayabilir. Bu nedenle, kendi özel durumlarını anlayabilen stratejik yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır (UNFPA, 2013).

15-19 yaş arası gençlerde ikinci ölüm nedeni intihar, üçüncü ölüm nedeni ise toplum veya aile içi şiddettir. Dünya genelinde, cinsel saldırıların neredeyse %50'si onaltı yaşından küçük kızlara karşı gerçekleştirilmektedir. Adolesanlar cinsel şiddetin birincil hedefleridir ve HIV/AIDS kapma riskleri çok yüksektir. 10-19 yaş arasındaki ikimilyonu aşkın adolesan HIV ile yaşamaktadır. Yeni HIV enfeksiyonlarının yaklaşık yedide biri ergenlikte meydana gelmektedir. Doğu ve Güney Afrika Bölgesi'nde, saatte elli genç HIV ile enfekte olmaktadır. Adolesanlar silahlı çatışmalarda çoklu risklerle karşı karşıya kalmakta şiddet, taciz ve sömürünün hedefi olabilmektedir. Seks köleleri olarak kullanılmak üzere silahlı kuvvetlerce veya gruplarca en çok alınan yaş grubudur ve emek sömürüsü veya paralı seks için insan

ticareti mağduru olma olasılıkları çok yüksektir. Yüzkırkmilyondan fazla kız çocuğu, silahlı çatışmadan etkilenen hassas bölgelerde yetişmektedir. Savaş yüzünden evlerinden kaçmak zorunda kalan kırkikimilyon insandan %80'i kadın, çocuk ve gençlerdir. Bunun en az onmilyonunun kızlardan ve genç kadınlardan oluştuğu tahmin edilmektedir. Bu risklere rağmen, çatışma sırasında en az yardım veya koruma alan yaş grubu yine adolesanlardır. Bunun nedeni, insani yardımların tipik olarak 5 yaş altı ve ilkokul çağındaki çocukların acil sağlık ve gıda ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmasıdır (WPD, 2014).

2.6. Türkiye'de Yaşayan Adolesanların Üreme Sağlığı Sorunları

2013 yılı Türkiye nüfusu 76 667 864 olup, bu nüfusun 12 691 746 kişisini ise "15-24" yaş grubu genç nüfus oluşturmaktadır. Genç nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %16.6 olup, Avrupa'nın en genç nüfuslu ülkesi Türkiye'dir (TUİK, 2013c). Adolesan ve genç grubun toplam nüfus içindeki oranının yüksek olması, toplumdaki sağlık sorunları içinde bu yaş grubunun sağlık sorunlarının daha büyük bir paya sahip olabileceğini düşündürmektedir.

Adolesanların üreme sağlığı gereksinimleri, yetişkinlerinkinden farklıdır ve bu gereksinimlerin karşılanmaması, sonraki yaşamlarında ciddi sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir (Şimşek, 2008). Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de adolesanların yaşadıkları üreme sağlığı sorunları yakın bir geçmişe kadar göz ardı edilmiş, en çok ihmal edilen grup olmuştur (Akın & Oktay Koçoğlu, 2002).

Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve ayrımcılığına yol açan geleneksel yaklaşımların baskın olduğu aileler, kız çocuklarının ev işlerine yardımcı olması, evliliğe hazırlık yapması, namusunu koruması gibi nedenlerle eğitime ulaşmalarını engellemektedir (Akın & Demirel, 2003; Şahiner, 2007; Yavan, 2000). Son yıllarda özellikle kız çocukları üzerinde sağlıklı olmayan ailevi ve toplumsal baskı unsurlarının ortadan kaldırılmasına yönelik uygulanan hizmetler ve politikalar sonucu gerek ortaöğretim gerek yükseköğretim kademelerinde net okullaşma oranlarının arttığı gözlenmektedir. 2001/2002 öğretim yılında ortaöğretim kademesinde net okullaşma oranı kız çocukları için %42.9 iken, 2011-2012 öğretim yılına gelindiğinde ise bu oran %66.14 olarak kaydedilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2012). Yükseköğretimde ise 2011/2012 öğrenim döneminde %35.5 olan net okullaşma oranının, 2012/2013 öğrenim döneminde %38.5'e yükseldiği görülmektedir. Ayrıca 2012/2013 yükseköğretim kurumlarından herhangi birine kayıt yaptıran öğrencilerin %48.8'ini ise kız öğrenciler oluşturmaktadır (TUİK, 2013c). Bu doğrultuda

kız adolesanların eğitim seviyesinin ve okullaşma oranının arttırılması adolesan evlilikleri önleyecek hem de CSÜS konusunda doğru bilgi, tutum ve davranış kazanmalarını destekleyecektir.

Ülkemizde Yeni Türk Medeni Kanunu (YTMK)'nin 124. maddesine göre özel hallerde hâkim kararı ile onaltı yaşını dolduranlar ve onyediyi yaşını dolduran herkes evlenebilmektedir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS)-2012 sonuçlarına göre 15-19 yaş grubundaki kadınların resmi medeni durumlarına bakıldığında bu kişilerin %93.3'ü hiç evlenmemiş iken, %6.6'sı resmi olarak evli bulunmaktadır (TUİK, 2013a). Geçmişten günümüze adolesan evliliklerde düşüş olmasına rağmen bu evliliklerin hâlen devam ettiği görülmektedir. Bunda resmi nikâh olmadan yapılan yasal olmayan evliliklerin de payı bulunmaktadır. Anatomik ve psikolojik gelişim tamamlanmadan ortaya çıkan adolesan evlilikler ve gebelikler, sağlık ve sosyal sonuçları dikkate alındığında önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Başer, 2000). Erken evlilikler ekonomik yetersizlik, yanlış ve eksik bilgilerden kaynaklanan, geleneksel ve dini inançlar, eğitimsizlik, aile içi şiddet, toplum baskısı, mülkiyet unsuru gibi sebeplerle ortaya çıkmaktadır. Ancak yapılan evliliklerin temelinde toplumsal cinsiyetteki eşitsiz yapı yer almaktadır (Özcebe, 2010). Evliliklerin büyük çoğunluğu, eşlerin, ailelerin onayı ve hatta kararıyla gerçekleşmektedir. Kızları yük ya da kârsız yatırım olarak gören ailelerin erken evliliğe daha sıcak baktığı görülmektedir. Çeyiz ya da başlık parası gibi gelenekler kızların erken evlendirilmesine sebep olmaktadır (Erefe vd., 2003; Kırmızıtoprak, 2007). Erken yaşta yapılan evlilikler kadınların toplumdaki eşitsiz konumunu kuvvetlendirmekte ve yaşamları ile ilgili tercihlerini sınırlandırmaktadır. Kız çocukları sağlık, eğitim, çalışma olanaklarından yararlanamamakta, eğitimsizliğe, yoksulluğa ve bağımlılığa hapsolmaktadır (Özcebe, 2010).

Erken yaşta evlenen kadınlarda adolesan gebeliklerin ve doğumların yanı sıra etkisiz ve yetersiz kontraseptif yöntem kullanımı, ilk doğumdan önce kontraseptif yöntem kullanmama, CYBH yakalanma riskinin fazla olması, doğum sayısının fazla olması, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan düşükler ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar, ölü doğumlar ve yetersiz antenatal bakım alma gibi üreme sağlığı sorunları daha fazla görülmektedir (Aydın, 2013; Boran, Gökçay, Devecioğlu, & Eren, 2013; Godha, Hotchkiss, & Gage, 2013; Raj, Saggurti, Ballalah, & Silverman, 2009).

Gelişmekte olan bazı ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de evlilik dışı ilişkinin toplum tarafından kabul edilmemesi sonucunda gerçekleşen gebeliklerin genelde istenmeyen gebelik olması, genç kadınları isteyerek düşüğe yönlendirmektedir (Özcebe, 2000). Ülkemizde TNSA-2013 verilerine göre, 15-24 yaş arası evli kadınların %4.5'inin isteyerek düşük yapmış olduğu ve bu oranın yaşla birlikte artış gösterdiği görülmektedir. Adolesanların isteyerek düşük nedenleri; bir bebeğin kendi yaşamını değiştireceği endişesi, kendini bir bebek sahibi olmaya hazır hissetmeme ve

ekonomik sorunlardır. Bunların dışındaki diğer nedenler ise; bilgisizlik, korku, utanma ve hizmete ulaşım eksikliğidir. Sağlıksız koşullarda yapılan düşükler pelvik enfeksiyon, infertilite ve ölüm riski gibi ciddi üreme sağlığı sorunlarına neden olabilmektedir (Özcebe, 2000).

Ülkemizde erken yaşta evliliklerin en önemli sonuçlarından biri olan adolesan doğumlar, 2012 yılında %029.4 olup, ülkemizde her yıl azalan bir seyir göstermektedir. 2012 yılının en yüksek adolesan doğurganlık hızlarının Doğu ve Güney Doğu Anadolu bölgesinde ve İç Anadolu bölgesinin bazı illerinde olduğu ve en yüksek oranın ise Ağrı ilinde görüldüğü saptanmıştır (TUİK, 2013a). TNSA-2013 sonuçlarına göre, adolesan dönemde olan kadınların neredeyse %5'inin çocuk doğurmaya başladığı, %3'ünün bir canlı doğumunun bulunduğu ve %1'inin ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebe olduğu görülmektedir. Eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınların %17'si adolesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken; bu oran en az ilkokulu bitirmiş kadınlar arasında %8 düzeyindedir. Refah düzeyine göre bakıldığında, orta, düşük ve en düşük refah seviyesine sahip hanelerde yaşayan adolesanların %6-8'inin, en yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan adolesanların ise %3'ünden azının çocuk doğurmaya başladığı görülmektedir. Kırsal alanlardaki adolesanlarda çocuk sahibi olma kenttekilere göre daha sık görülen bir davranıştır (sırası ile %6 ve %4). Adolesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlayan kadınların yüzdesi bölgesel farklılıklar göstermekte olup, Batı'da %3 olan bu oranın Güney, Orta ve Doğu'da %6 veya daha fazla olduğu görülmektedir (TNSA, 2013).

Dünyanın birçok yerinde olduğu gibi ülkemizde de ortalama ilk evlilik yaşı ileri yaşlara kaysa bile, cinsel etkinlik günümüzde artık daha erken yaşlarda başlamakta ve evli olmayan adolesanların korunmasız cinsel faaliyette bulunma riski her geçen gün daha da artmaktadır (Şatiroğlu, 2008). Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmalar oldukça sınırlı olmakla birlikte üniversite gençlerinde yapılan bir çalışmada ilk cinsel ilişki yaşı yaklaşık onsekiz olarak belirlenmiştir (Giray & Kılıç, 2004). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir diğer çalışmada gençlerin %71.4'ünün 15-19 yaşlarında ilk cinsel ilişkilerini yaşadıkları saptanmıştır (Gökengin vd., 2003). Erken yaşta cinsel ilişkiye giren adolesanlarda cinsel partner değişikliği, yaşanan ilişki süresinin kısa olması ve cinsel yaşama aktif katılım gibi nedenlerden dolayı adolesanların yaşamları boyunca cinsel partner sayısı artmaktadır (Olesen, Jensen, Nygard, Tryggvadottir, Sparen, Hansen, Llaw, & Kjar, 2011; Kim, Park NC, Park HJ, & Yun, 2011). Erken yaşta cinsel ilişki üreme sağlığı sorunlarına yol açması bakımından önemli bir gösterge olup; erken yaşta cinsel ilişkiye giren kişilerde cinsel partner sayısının, istenmeyen gebeliklerin ve CYBH'in artış gösterdiği ve buna bağlı olarak kişinin üreme sağlığının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Kim et al., 2011).

Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de cinselliğin kapalı bir konu olarak kalması bu konudaki eğitim, hizmet ve araştırmaları sınırlandırmaktadır (Akın & Özvarış, 2004; Ekşi, 1986). Gerçek cinsellik yerine ticari cinselliğin öne çıkarıldığı günümüzde, insanların özellikle de ailelerin çocuklarıyla cinsel konularda konuşmaya kapalı olmaları, cinsel eğitimin cinselliği özendirceği endişesinin olması nedeniyle ne aile içinde ne de örgün eğitim içinde CSE'nin gerçekleştirilemediği görülmektedir (Şatıroğlu, 2008). Farklı eğitim düzeyi ve kültüre sahip pek çok ebeveyn tarafından cinsel konular hâlâ tabu olarak görülmekte ve çocuklar ile bu konularda konuşulmaktan kaçınılmaktadır (Civil & Yıldız, 2010). Aynı zamanda aile içerisinde başlaması beklenen cinsel eğitimi verecek olan ebeveynlerin bu konuda yeterli bilgi birikimine sahip olmadıkları da görülmektedir. Bu ise adolesanların konuya ilişkin bilgileri güvenilir olmayan kaynaklardan edinme olasılığını artırmaktadır. Bu doğrultuda yetersiz ve yanlış bilgilerle cinsel deneyime başlayan adolesanlar riskli cinsel davranışların istenmeyen sonuçları olan adolesan gebeliklerin, doğumların ve isteyerek düşüklerin yanı sıra HIV/AIDS vb. CYBH gibi önemli ve çoğu kere beden sağlığını etkileyen durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (Şatıroğlu, 2008). CYBH'nin çoğunluğu yirmibeş yaş altı gençlerde görülmekte; en yüksek hastalık hızı 20-24 yaşları arasında ortaya çıkmakta bunu ise 15-19 yaşları takip etmektedir (Kırmızıtoprak & Şimşek, 2011).

İlk cinsel ilişki deneyimiyle birlikte başlanması gereken güvenli cinsel yaşam ve kontraseptif yöntemler konusunda bilgi eksikliğinin olması adolesan üreme sağlığı için önemli oranda risk oluşturmaktadır. Adolesanların cinsel yaşamlarında yetişkinlere göre daha özensiz ve umursamaz davranışları, cinselliğin tabu olarak görüldüğü ataerkil toplum yapısı içerisinde korunmaya ilişkin sorumluluğun kadına yüklenmesi ve kadın üreme sisteminin biyolojik yapısı gibi nedenler de özellikle adolesan kızların riskli cinsel davranış sonrası karşılaştıkları sorunun boyutunu artırmaktadır. Adolesanların üreme sağlığı konusunda yardım istemekten utanmaları ve konuyu çevreden gizlemeleri, bu hastalıkları başkalarına bulaştırma açısından risk oluşturmaktadır (Karakuş & Yanıkkerem, 2014). Adolesanlarla ebeveyn arasında cinsel iletişim kapsamının arttırılması, CSÜS hizmetleri ve eğitimlerine yönelik konuların adolesanların yaş ve gelişimine göre düzenlenmesi, adolesan dönemde başlanılan CSÜS eğitiminin genç yetişkinlik boyunca da devam ettirilmesi yaşanan sorunların çözümünde önemlidir.

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması sonucuna (2009) göre, son oniki ayda eşlerinden fiziksel ve cinsel şiddet gören evli kadınların en fazla 15-24 yaş grubunda (%21 oranında) olduğu saptanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2009). Kadına yönelik şiddet kesi, kırık, iç organ yaralanmaları, organ kayıpları, kalıcı sakatlıklarla, istenmeyen gebeliklere, HIV dâhil CYBH'a, PID (Pelvic Inflammatory Disease) ve düşüklere neden olabilmektedir. Ayrıca şiddet gören kadınlar da kronik pelvik ağrı ve baş ağrıları sık görülen sağlık

sorunlarıdır. Şiddet korunmasız cinsel ilişki ve madde kullanımı gibi kendine zarar verici davranışlara neden olabileceği gibi kadını intihara sürükleyebilmekte hatta cinayet kurbanı yapabilmektedir (Violence Against Woman, 1996). 2008 yılında meydana gelen 10-24 yaş grubu ölümlerin %28'i kazalar, intiharlar ve şiddet sonucu olmuştur (TUİK, 2008). Ülkemizde kadınların intihar durumu ve nedenleri değerlendirildiğinde, intiharların 15-24 yaş grubu kadınlarda en yüksek oranda görüldüğü ve çoğu kez evlilik sorunlarından kaynaklandığı belirlenmiştir. İsteği dışında evlendirilen kız çocuklarda depresyon daha fazla görülmektedir. Karşı cinsle ilişkilerde şiddet gençler arasında daha sıklıkla görülebilmektedir. Özellikle kızlar, arkadaşını kaybetme korkusuyla istemediği bir ilişkiye zorlanmakta, "hayır" diyememekte ve cinsel istismara açık hale gelmektedir (Başer, 2000; Sezgin, 2000). Ayrıca erken yaşta yapılan evliliklerin, kadınları hem şiddete maruz kalma, hem de şiddetle mücadele etme açılarından daha savunmasız hale getirdiği ve bu evliliklerde cinsel, fiziksel ve psikolojik şiddet olaylarına daha sık rastlandığı da bilinmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015). Genç kızların çok erken yaşta evlendirilmeleri de cinsel şiddetin diğer bir şekli sayılmaktadır (Başer, 2000; Sezgin, 2000).

2.7. Adolesan Dönem Üreme Sağlığının Önemi

Puberteye giriş ile cinselliğe artan ilgi, adolesanların bu konudaki eksik bilgileri ile cinsel yaşama başlamalarına ve üreme sağlığı sorunlarına neden olabilecek riskli davranışlarda bulunmalarına neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004; Sağlık Bakanlığı, 2005; Sezgin, 2000). Bu dönemde adolesanlar bilgi eksikliğinden kaynaklı olarak; erken cinsel aktivite, istenmeyen gebelikler ve buna bağlı düşükler, adolesan evlilik ve gebelik, CYBH'a yakalanma riskinde artış, cinsel sömürü ve taciz gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Akın & Özvarış, 2004; Gölbaşı, 2002; Sezgin, 2000).

Mevcut üreme sağlığı hizmetleri içerisinde adolesan üreme sağlığı hizmetlerine yeterli ölçüde yer verilmemesi, hizmet ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi adolesan üreme sağlığı problemlerini artırmaktadır (Akın & Özvarış, 2004; Özcebe, 2000). Gençlere üreme sağlığı konusunda hizmet sağlamanın evlilik öncesi cinsel aktiviteyi özendireceğine dair yaklaşım da hizmet sunumunu olumsuz etkilemektedir. Ancak yapılan çalışmalar, cinsel eğitim almış gençlerin, cinsel aktiviteye daha geç başladığını, riskli davranışlardan kaçındığını, gebeliği önleyici yöntemler kullanmaya başladığını ve cinsel partner sayısını kısıtladığını göstermektedir (Gölbaşı, 2002; Sezgin, 2000).

Kadın sağlığıyla ilgili olarak özellikle üreme sağlığına ilişkin konular cinsiyet ayrımcılığının en çok yapıldığı alandır. Kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunları yaşama olasılıklarının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir (Atış, 2010). Adolesan dönemdeki üreme sağlığının

kadınların gelecekteki sağlıklarının bir belirleyicisi olduğu düşünöldöğünde, gençlerin üreme sağlığı sorunlarının ve üreme sağlığına yönelik eğitim gereksinimlerinin önemle ele alınması gerektiği anlaşılabilmektedir. Buna yönelik çözüm önerilerinin hayata geçirilmesi de önem taşımaktadır. Birçok araştırma sonucuna göre, üreme sağlığı eğitimi ile Dünyada ve Türkiye’de adolesanların bilgi düzeyinde artış sağlandığı ve olumlu sağlık davranışı geliştirildiği görölmektedir (Gölbaşı, 2005; Özcebe, 2000; Saroj et al.,2005). Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi özellikle de adolesanlara yönelik hizmetlerde sosyal, kültürel, dini faktörlerin ve adolesanların gelişimsel özelliklerinin göz önünde bulundurulması, gizlilik içerisinde, ücretsiz olarak ve yargılamayan bir tutum içinde danışmanlık hizmeti sunulması gerekmektedir (Yücel vd., 2009). Gençlerin sağlıklı yaşamaları ve iyi gelişmelerine yönelik gösterilecek her çabanın, insanlığın gelecekteki ekonomik ve sosyal refahı için uzun dönemli bir yatırım olacağı unutulmamalıdır (Çakmak, 2006; Dündar vd., 2008).

2.8. Adolesan Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Uygulamalar

2.8.1. Adolesan CSÜS alanındaki uluslararası sözleşmeler ve taahhütler

Cinsel sağlık; CYBH’dan korunmak, üremeyle ilgili sorunlardan uzak doğum kontrolünü sağlamak, istenmeyen gebelikleri önlemek ve cinsel işlevin fizyolojisine uygun sıkıntısız ve istismardan uzak olumlu deneyimler yaşayabilmektir. Cinsel sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürölmesi kapsamlı bir CSE ile mümkündür (Çok, 2004; Gendel & Bonner, 1992; Gürsoy, 2010; Özcebe, 2007).

Amerika Birleşik Devletleri Cinsel Bilgi ve Eğitim Konseyi (SIECUS 1996-Sexuality Information and Education Council of United States)’ne göre CSE; yaşam boyu süren bilgi alma, tutum, inanç ve değerler kazanma sürecidir. Bireyin özel yaşantısında olduğu kadar aile ve toplum yaşantısında da mutlu olmasını sağlar. Erken yaşlardaki gebelikleri, düşükleri, CYBH ve HIV/AIDS’i önlemeyi, doğru ile yanlışı sağlıklı ile hastalıklı arasında seçim yapmanın inceliklerini kavratmayı, sorumlu cinsel davranışları ve ilişkileri öğretmeyi amaçlar (Çok, 2004; Özcebe, 2007; Gürsoy, 2010; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2005; Taşçı, 2002).

Yakın zamana kadar üremeye ilişkin sağlık sorunları, geleneksel olarak AÇS kapsamında ele alınırken, tüm dünya ölkelerinde meydana gelen önemli sosyo-demografik değişiklikler nedeniyle, artık mevcut AÇS yaklaşımı, üreme sağlığı konusunda yer alan tüm sağlık sorunlarını karşılamaya yetmemiştir. Bu nedenle dünya ölkelerinin gündemine “Üreme Sağlığı” yeni bir kavram olarak girmiştir (Akın & Özvarış, 2004, Gölbaşı,

2002). Adölesanların üreme sağlığı sorunlarına ilk kez 1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (International Conference on Population and Development-ICPD) dikkat çekilmiştir (Derya, 2011). Bu konferansta adölesanların ve gençlerin özel bir grup olduğu ve CSÜS ihtiyaçlarının da farklılık gösterdiği vurgulanmıştır. Yüzyetmişdokuz ülkenin kabul ettiği ICPD Eylem Programı’nda istenmeyen gebelikler, güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirilen isteyerek düşükler, CYBH ve HIV/AIDS de dâhil olmak üzere, adölesan CSÜS konularının altı çizilmiş ve gençlere özgü sağlık ve danışmanlık hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. Aynı zamanda, ülkelerin, adölesan gebeliklerin azaltılabilmesi için, gençlerin CSÜS konusunda bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşma hakkını teşvik etmesi gerektiğinin altı çizilmiştir (Reyhanoğlu, 2010). CSE’nin gerekliliği ve içeriği ise ilk kez 1995 yılında Pekin’de gerçekleştirilen 4. Dünya Kadınlar Konferansı’nda gündeme gelmiştir. Gençlerin CSE almalarının önemi yinelenmiştir (Gürsoy, 2010; Reyhanoğlu, 2010).

1995 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Dünya Gençlik Eylem Programı’nda gençlere yönelik CSÜS hizmetlerinin ve bu alanda eğitim programlarının geliştirilmesi, HIV/AIDS’in önlenmesine yönelik bilgi ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, gençlere yönelik cinsel istismarın önlenmesi öncelikli çalışma alanları olarak belirlenmiştir (Reyhanoğlu, 2010). 2000 yılında gerçekleştirilen Binyıl Zirvesi ve sonrasında kabul edilen Binyıl Deklerasyonu; Binyıl Kalkınma Hedefi adıyla bilinen 8 hedef ve alt hedeflerinin hemen hemen tamamında adölesan ve gençlerin sağlıklı büyüme ve gelişimi için uygun ortamların yaratılmasını (Yoksulluğun azaltılması, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, eğitime evrensel ulaşım vb.) öngörmüştür. Özellikle Hedef 5 (Anne sağlığının iyileştirilmesi) ve Hedef 6 (HIV/AIDS, sıtma ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele), doğrudan gençleri hedeflerin başarılabilmesinde bir kilit grup olarak görmektedir (Reyhanoğlu, 2010). HIV/AIDS alanında ise, 2001 yılında kabul edilen HIV/AIDS Kararlılık Bildirgesi’yle devletler, adölesan ve gençlere özgü birçok taahhütte bulunmuşlardır. Bunların arasında, 15-24 yaş arası gençlerde, küresel olarak, 2010 itibariyle HIV prevalansının %25 azaltılması; 2010 itibariyle 15-25 yaş arası gençlerin %95’inin kendilerini HIV’den koruyabilmeleri için gerekli yaşam becerilerini kazanmalarına yönelik bilgi, eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri yer almaktadır (Oral, 2008; Taşkın, 2005).

Bugün itibariyle Türkiye, yukarıda bahsi geçen tüm uluslararası sözleşme ve bildirgeleri kabul etmiş ve yükümlülüklerini yerine getirmeyi taahhüt etmiş konumdadır. Türkiye, “CSÜS, Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejiler ve 22 Eylem Planı 2005-2015”te, gençlerin CSÜS düzeyinin düşük olmasını, Türkiye’nin CSÜS açısından öncelikli sorunları arasında sıralamış ve 2015’e kadar mevcut sorunların çözümlerine ilişkin hedefler belirlemiştir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü,

2005). Sağlık Bakanlığı tarafından, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu'nun (UNICEF) desteğiyle ve sivil toplum kuruluşları işbirliği ile 2002 yılında "Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi" kapsamında adolesan sağlığını geliştirmek amacıyla bir ulusal hizmet sunum modeli oluşturulmuştur. Bu kapsamda, AÇSAP Merkezleri bünyesinde Gençlik Danışmanlık ve Hizmet Merkezleri açılmıştır. Aynı dönemde, bazı üniversitelerin mediko-sosyal sağlık birimlerine bağlı Gençlik Danışma Birimleri oluşturulmuştur. Bu merkezlerin amacı adolesanın gelişimini izlemek, gençlere yönelik koruyucu sağlık ve danışmanlık hizmetleri sunmaktır. Bu merkezlerin sayısı Avrupa Birliği destekli Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında genişletilmiş olsa da; Türkiye'deki gençlerin hepsine ulaşmak açısından yetersiz kalmaktadır (Sezgin, 2000).

2.8.2. Adolesan CSÜS eğitim modelleri ve farklı programlar

Okullarda üreme sağlığı eğitimi: Gençlerin yaş ve gelişim düzeylerine uygun olarak, sağlıklı büyüme-gelişme, hijyen, riskli davranışlar da dâhil olmak üzere CSÜS konularında ihtiyaçları olan bilgi ve yaşam becerilerini kazandırmak ve olumlu tutum ve davranış oluşturmalarına yardımcı olmak amacıyla yapılan okul tabanlı eğitimlerdir. Birçok gence bir arada ulaşmayı sağlayan bu eğitimler farklı ders programlarının içinde ya da farklı müfredatlar da verilebilmektedir. Bu programlarda öncelikle öğretmenlerin bu eğitimi yürütebilecek yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalarının yanı sıra hedef gruba yönelik geliştirilmiş eğitim modüllerinin ve materyallerinin de olması gereklidir. Eğitimde özellikle katılımcı yöntemlerin kullanılması ile öğrencilerin eğitim sürecine aktif olarak dâhil edilmesi, eğitimin başarısını artırmaktadır. Bu eğitimlerde ebeveyn desteği kadar ebeveynlerin bilgi düzeylerinin de artırılması önem taşımaktadır (Reyhanoğlu, 2010). Programlar ülkelerin gelişmişlik düzeyleri kültürel özellikleri ve sağlık eğitimi konusundaki deneyimlerine göre farklılık göstermekte olup, uygulama alanı için en yaygın olarak kullanılan 4 yaklaşım bulunmaktadır (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD), 2006; Pınar, 2008).

1. CSÜS eğitiminin ayrı bir ders ya da ünite olarak uygulanması:

Bazı ülkelerde CSE'nin ayrı bir ders ya da ünite olarak CSE sorumluluğunu üstlenen öğretmenler tarafından verilmesidir. Bu bir sağlık dersi ya da aile yaşamı dersi olabilir. Eğer okulda uygulanan bir sağlık dersi varsa CSÜS ile ilgili konular 2-3 hafta sürecek bir ünite şeklinde bu dersin içine konabilir. Bu yaklaşımda bilgiler etkili bir şekilde verilebilir ve amaçtan uzaklaşma olasılığı düşüktür. Ancak okul programları yoğun olan bazı ülkelerde CSÜS eğitiminin ayrı bir ders ya da ünite olmasına sıcak bakılmamaktadır.

2. İnfüzyon (Yayılma) yöntemi: İnfüzyon yöntemi, CSÜS ile ilgili konuların, farklı öğretmenler tarafından verilen ana dersler (Biyoloji, Psikoloji, Sosyoloji, Tarih, Nüfus, Coğrafya vb.) içine entegre edildiği bir

yöntemdir. Bu yöntemde, hali hazırda okulda var olan yapı kullanıldığı için daha kabul edilebilir bir yaklaşım olarak görülmektedir. Cinsel sağlık bilgilerini farklı dersler içine yaymak eğitimin etkisini azaltabilir ve programı amacından uzaklaştırabilir.

3. Dışarıdan eğitici davet etme: Öğrenciler tarafından en beğenilen yaklaşım olan bu yöntem, okula dışardan sağlık eğitici davet etmektir. Dışardan gelen eğitimcilerin yenilikçi ve öğrencilerin katılımını sağlayan interaktif eğitim yöntemlerini kullanma eğilimlerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bu eğitimciler CSÜS konularında öğretmenlerden daha bilgili olabilir ve öğrencilerle daha rahat bir şekilde konuşabilirler. Öğrencilerin toplumda var olan sağlık hizmetlerine ulaşmasını da kolaylaştırabilirler. Bu yöntemin dezavantajı ise, eğitimde sürekliliğin sağlanamaması ve sürenin çoğu zaman öğrencilerde davranış değişimi sağlayacak uzunlukta olmamasıdır.

4. HIV/AIDS önleme programları: Var olan HIV/AIDS önleme programlarının içine CSÜS ile ilgili diğer konuların dâhil edilmesiyle, her iki programında daha etkili olacağı düşünülmektedir.

Medya tabanlı programlar: Gençleri daha çok çekebilmek amacıyla "eğlenirken öğrenme" yaklaşımının adolesan gruplar üzerinde etkisinin büyük olmasına dayanarak, eğitim araçları ile eğlenceyi bir araya getirmeyi amaçlayan programlardır (Vaughan, Rogers, Singhal, & Swalehe, 2000). Buna örnek olarak, adolesan CSÜS alanında geliştirilen ve internet üzerinden oynanabilen oyunlar verilebilir (Reyhanoğlu, 2010).

Toplum tabanlı programlar: Aktiviteleri belirli bir mekânla sınırlı olmayan, aynı anda birden fazla mekânda sürdürülebilen programlardır. Gençlerin CSÜS konularında doğru bilgi, olumlu tutum ve davranış kazanmalarına yönelik çalışmalar olup, okul-dışı gençlere yönelik verilen eğitimler ile akranlara dayalı yapılan çalışmalar da bunlar arasında sayılabilmektedir (Speizer, Magnani, & Colvin, 2003).

Diğer programlar: Gençlerin buldukları ya da onların kolay ulaşabilecekleri mekânlarda yürütülen çalışmalar (Eczanelerde gençlere ulaşarak bilgi verme, gençlik kulüpleri ya da merkezlerinde gençlere CSÜS ile ilgili bilgileri verme, kafe, bar gibi mekânlarda bilgilendirici faaliyetler düzenleme vb.), çalışan gençlere işyerlerinde ulaşmayı amaçlayan programlar, savunuculuk çalışmaları, kondom dağıtımı ve bunların birkaçının birlikte uygulanması ile oluşturulan programlar sayılabilmektedir (Speizer et al., 2003).

2.8.3. Adölesanların CSÜS'nin geliştirilmesinde genç-dostu sağlık hizmet sunumu

Gençlere yönelik, gençlerin maliyet açısından karşılayabileceği, rahat ulaşabileceği, yargılayıcı olmayan ve gençlerin mahremiyetini koruyabilecek sağlık ve danışmanlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu amaçla uygulanan farklı genç-dostu sağlık hizmet modelleri bulunmaktadır. Bu tür hizmetler, ölkelerde var olan hizmet birimlerine entegre olarak, ayrı hizmet birimleri olarak, bir sivil toplum kuruluğu (STK) tarafından ya da gençlik merkezleri bünyesinde verilebilmektedir (Reyhanoğlu, 2010). Genç-dostu sağlık hizmetlerinin temel amacı, gençlerin CSÜS eğitim gereksinimlerine yönelik hizmetleri geliştirmek, bütünleşmiş ve nitelikli üreme sağlığı hizmetlerine erişimlerini artırmak, üreme sağlığı bilgi ve hizmet gereksinimlerinin karşılanması için ortak bir hizmet sunum modeli geliştirmektir (Mıhçıkur, Kıran, Özkızıklı, Al, & Akın, 2007).

Ölkemizde de 2002 yılında "Adölesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi" ile adölesan sağlığını geliştirmek amacıyla bir Ulusal Hizmet Sunum Modeli oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı, UNICEF, UNFPA ve birçok sivil toplum kuruluğunun işbirliği ile Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri ağılmıştır. Bu merkezlerde, gençlik dönemi fiziksel, cinsel büyüme ve gelişmenin, psiko-sosyal gelişimin değerlendirilmesi ve izlenmesi, bu aşamalarda sık karşılaşılan sorunların erken tanısı, tedavisi ve bu konulara ilişkin danışmanlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır. Ayrıca sık karşılaşılan genito-üriner sistem hastalıklara ve cinsel sağlık sorunlarına (CYBH, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, cinsel şiddet vb.) yönelik erken tanı, tedavi ve danışmanlık hizmeti verilmesi planlanan diğer hizmetlerdir. Aynı zamanda gencin sağlığının geliştirilmesi için sağlıklı beslenme, fiziki aktivite, sigara, alkol ve madde kullanımı, kaza nedenli yaralanmalara neden olan davranışlar, aşılama hizmetleri, aile danışmanlığı, aile içi iletişim sorunları da bu çerçevede yer alan konulardır. Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Biriminde çalışacak personel; 2 pratisyen hekim, 4 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı ve 1 diyetisyen olarak belirlenmiştir. Belirlenen bu personelin dışında tıbbi teknolog, sağlık memuru, ebe ve tıbbi sekreterde bu grup içinde yer alabilecek sağlık personelidir. Nihai hedef, tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinde genç-dostu yaklaşımın yerleşmesidir (CETAD, 2006). Genç-dostu sağlık hizmetlerinde görev alan hizmet sunucuların, adölesanların ve gençlerin farklı ihtiyaçları, onlara yönelik hizmet sunumunda dikkat edilmesi gereken noktalar, iletişim becerileri konularında kapsamlı bir şekilde eğitilmeleri gerekmektedir. Aynı zamanda, sunulan sağlık hizmetlerinin inter-disipliner ve birbirini tamamlayıcı bir yaklaşımla verilmesi, tanıtımının iyi yapılması ve sürdürülebilirliğin sağlanması önemlidir (Reyhanoğlu, 2010).

2.8.4. Adölesanların CSÜS'nin geliştirilmesinde akran eğitimi yaklaşımı

Akran eğitimi; yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, meslek, sosyo-ekonomik ya da sağlık statüsü bakımından ortak özellikler taşıyan kişilerin, belli bir konuda bilgi ve becerilerini geliştirme ve bu bilgi ve becerilerini içinde buldukları akran grubunda yaygınlaştırmalarını amaçlayan bir yaklaşımdır. Akran eğitimi pek çok ölkede çeşitli STK'lar ve eğitim enstitüleri tarafından toplum merkezlerinde, üniversite kampüslerinde ve gençlik derneklerinde, 1990'ların başından bu yana, yaygın olarak kullanılmaktadır (CETAD, 2006). Zaman zaman okul tabanlı eğitimlerde zaman zaman da toplum tabanlı eğitimlerde kullanılabilen akran eğitimleri, belli bir grup ya da nüfus içindeki akran grubun çoğunluğunu bilgilendirme ve etkileme çalışmaları olarak tanımlanmaktadır (Svenson, 1998).

Gençler için geliştirilen cinsel sağlık akran eğitimi projeleri "Akran liderlik modeli" üzerine kurulmuş olup, adölesan ve gençler arasında CSÜS konularında doğru bilgilerin yayılmasını ve cinsel sağlığı korumaya yönelik tutum ve davranışların gelişmesini amaçlamaktadır. Bu amaçla akran eğitici olan gençler danışmanlık, eğitim ve sunum yapma konularında becerilerini geliştirebilecekleri ve CSÜS konularını kapsayan bir eğitim programına katılmaktadırlar. Sonrasında akran eğiticiler, yaşıtlarıyla çok çeşitli ortamlarda bilgi paylaşımında bulunmaktadırlar. Temel ilkeleri "aktif öğrenme" ve "akran dayanışması" olan akran eğitimi, temel olarak "grup desteği" ve "grup liderliği" modeli üzerine geliştirilen bir yöntemdir (CETAD, 2006). Akran eğitimi çalışmalarının başarısı için hedef grubun ihtiyaçlarının ve özelliklerinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Ayrıca, akran eğitimi programları, diğer müdahale programlarında olduğu gibi, gençlerin CSÜS'ün iyileştirilmesi açısından tek başına düşünölmemelidir. Akran eğitimi programları, okullarda CSÜS eğitimlerinin ya da genç-dostu sağlık hizmet modellerinin birer tamamlayıcısı olarak görölmelidir (Svenson & Burke, 2005). Ölkemizde akran eğitim modeli ile yürütölmekte olan programlar ağırlıklı olarak üniversitelerde sürdürölmektedir. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu akran eğitimi alanında çalışanların iletişimini güçlendirmek için Y-PEER adıyla bir internet ağı kurmuştur. Aynı kuruluş eğitici eğitimi programları düzenlemekte, akran eğitimi uygulayan gençlik grupları ve STK'ları çeşitli toplantılarda bir araya getirerek deneyim paylaşımını sağlamaktadır (CETAD, 2006).

Y-PEER girişiminin bir uzantısı olarak, UNFPA Türkiye Ofisi, 4. Ülke Programı kapsamında, 2006 yılında, TOG ile işbirliği içinde ÜSAEP'ni başlatmıştır. Proje genel olarak, "17-24 yaş arası gençlerin CSÜS konusunda farkındalıklarını ve bilgilerini artırarak, yeni yaşam becerileri kazandırarak ve onları genç-dostu sağlık hizmetlerinin kullanımı için cesaretlendirerek, gençlerde güvenli ve bilinçli davranışa yönelik tutum değişikliği yaratmayı" amaçlamaktadır (Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri

Projesi, 2010). Proje çerçevesinde, gerçekleştirilen eğitimlerin içeriği, Y-PEER'in geliştirmiş olduğu akran eğitimi standartları çerçevesinde ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü'nün katkılarıyla hazırlanmıştır (Reyhanoğlu, 2010).

2.9. Adolesan Dönem CSÜS Eğitimleri

CSÜS eğitimi doğumla başlayan ve tüm yaşam boyu devam eden bir süreçtir. CSÜS'ün korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi bireylerin CSÜS konularında bilinçlendirilmelerine bağlıdır. Aile ile başlayan bu bilinçlendirme, okul öncesi, okul ve okul sonrası yaşamın her döneminde gereksinime uygun geniş kapsamlı CSÜS eğitimiyle sağlanır (Gürsoy, 2010).

Dünya için özellikle gelişmekte olan ülkeler için ayrı bir ekonomik ve sosyal soruna dönüşen CSÜS'e ilişkin risklerden korunmak, sadece doğru bilgi ve olumlu davranışlarla mümkün olabilmektedir. Bunun en etkili, ucuz ve ulaşılır yolu ise CSÜS eğitimleridir (Gürsoy, 2010). CSÜS eğitimi içeriği; CSÜS'e olumlu yaklaşan, kendini kontrol edebilme ve kendini tanımlama becerisini geliştiren, yaşam döngüsüne göre değişen gereksinimlerini karşılayan, gizlilik ve mahremiyete özen gösteren, savunuculuk yapan, kültürel farklılıkları göz önüne alan, eşitlik ilkesine uyan, şiddet, istismar ile mücadeleyi kapsayan, yargılayıcı olmayan bir yaklaşım içermelidir. Eğitimler her dönemin özelliğine göre planlanmalı ve eğiticiler bu alana özgü yetiştirilmelidir. Eğitim verecek kişi ve kurumların daha iyi işbirliği ve iletişim içinde olmaları gerekmektedir (Çok, 2004; Gölbaşı, 2003; Özcebe, 2007; Özcebe vd., 2007).

Birçok ülkede cinsel sağlık göstergeleri iç açıcı olmamasına rağmen Portekiz, Hollanda, Finlandiya, Danimarka, İsviçre gibi ülkelerin CSÜS eğitimlerinde başarılı olduğu görülmektedir (Gürsoy, 2010). Hollanda'da okulda bazı derslerin içine entegre edilen CSÜS eğitiminin genel felsefesi öğrencilerin cinsellik hakkında konuşabilmesi ve tartışabilmesidir (Gölbaşı, 2002; Haznedaroğlu, 2002; Sungur, 2003). Finlandiya'da gebelik, CYBH'dan korunmak anlamına gelen güvenli seks ve cinselliğin olumlu yönde gelişimi için halk sağlığı ve okul hemşireleri yetiştirilmiş ve cinsel sağlık merkezleri kurulmuştur. CSÜS eğitimi sağlık eğitimi dersi içerisine entegre edilmiştir. 1994'ten sonra ülkenin ekonomik bunalıma girmesiyle bu alandaki hizmetlerde de gerilemelerin olduğunun fark edilmesi üzerine CSÜS eğitimi "Sağlık Eğitimi" dersi içine entegre edilmiş ve 2005 yılında ülke programına yerleştirilmiş ve okullarda zorunlu ve bağımsız ders haline getirilmiştir (Akın KA, 2006). Akran eğitimlerinin en az yetişkin eğitimi kadar ve daha başarılı olduğu çalışmalar da bulunmaktadır (Caron, Godin, Otis, & Lambert, 2004; Schover, Jenkins, Sui, Adams, Marion, & Jackson, 2006).

Ülkemizde ve diğer ülkelerde adolesanların ve gençlerin bilgilendirilmesine yönelik yapılan erkek ve kız adolesanların/ gençlerin

birlikte ele alındığı çalışmalarda, CSÜS konusunda verilen eğitimlerin gençlerin bilgi düzeyini geliştirdiğini ve etkili olduğunu gösteren sonuçlar mevcuttur (Donati, 2000; Ersin, 2008; Hubbard, Giese, & Rainey, 1998; Olsen, Weed, Nielsen, & Lensel, 1992; Özcebe, 2000; Saroj et al., 2005; Song, Pruitt, McNamara, & Colwel, 2000).

2.10. Adolesan Dönem Üreme Sağlığını Geliştirmede Hemşirenin Rolü

Adolesanların gelişim aşamalarının, döneme ait özelliklerinin, olabilecek sorunlarının bilinmesi ve sorunlara yaklaşımda profesyonel çözümlerin üretilmesi nitelikli ve yeterli sağlık hizmetinin sunulması ile mümkündür. Adolesan üreme sağlığı sorunlarının azaltılmasında ve üreme sağlığının geliştirilmesinde yeterli bilgi donanımına sahip hemşireler sağlık ekibinin kilit elemanları olarak kabul edilmektedir. (Akın, 2014; Ege, Timur, & Zincir, 2005; Giray & Kılıç, 2004; Gölbaşı, 2003; Koç, 2004; Özcebe, 2005; Seyrek, 2005; UNICEF Türkiye Bülteni, 2005). Hemşirelerin meslekleriyle ilgili uygulayıcı, eğitici, yönetici ve araştırmacı rollerinin dışında insan ve kadın hakları savunuculuğu, toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlayıcı, genç kız ve kadınların toplumsal konum ve rollerini güçlendirici vb. çağdaş rolleri de tanımlanmaktadır (Chandra-Mouli, Camacho, & Michaud, 2013; Karakaya, 2004; International Center for Research on Women (ICRW), 2007).

Toplumsal cinsiyet rolü gelişiminde etkili olan modellerden en önemlisinin ebeveynler olduğu ve çocukların ebeveynlerinden gördükleri rol modellerini içselleştirdikleri belirtilmektedir (Coulter, 2003; Staggenborg & Gender, 1998; Zeyneloğlu, 2008). Bu nedenle ebeveynlerin toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda bilinçlendirilmesinde özellikle hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Çünkü hemşirelik mesleğinin temel amaçlarından biri de bireyin, aileye ve topluma sağlıkla ilgili ihtiyaç duyduğu konularda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesidir (Bertan & Güler, 1995; Ulukol, 1997; Zeyneloğlu, 2008).

Az gelişmiş toplumlarda kişilerin yanlış inanç, bilgi ve alışkanlıklarının çoğu kez kültürlerinin bir parçası olması, sağlık eğitiminin toplumsal açıdan ele alınması gerektiği gerçeğini ortaya çıkarmaktadır (Gökkoca, 2001; Küçükşahin, 2009). Bu nedenle sağlık hizmetleri birey düzeyinde değil toplum düzeyinde ele alındığında, hemşirelerin temel sağlık hizmetlerindeki etkisinin önemi görülebilmektedir (Küçükşahin, 2009). Toplumla iç içe konumlanan ve halka danışman, yol gösterici görev üstlenen hemşireler, adolesan sağlığı konusunda da ailelere rehberlik edici konumdadırlar. Özellikle bazı yörelerimizde hâlen mevcut olan kız adolesanların erken yaşta evlendirme geleneği ile mücadele de, hizmet verdiği toplumun güvenini ve yakınlığını kazanmış olan hemşireler tarafından toplumun ve ailelerin

bilinçlendirilmesi, kızlarının karşılaşılabilecekleri risklerin anlatılması ve doğru davranış modelinin gösterilmesi konusunda aktif rol alabilmektedirler (Karakaya, 2004).

Kız adolesanların erken evlendirilmesi ya da riskli cinsel davranışları sonrası ortaya çıkan adolesan gebelikleri önlemede hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi ve danışmanlık hemşirelerin görev ve sorumlulukları arasındadır. Gebelik söz konusu ise istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması; devam etme kararı verilmiş ise antenatal kontrollerin sağlanması konusunda danışmanlık, yol gösterici ve uygulayıcı görevleri de üstlenmektedirler (Chandra-Mouli et al., 2013; Karakaya, 2004; ICRW, 2007).

Küçük yaşta evlendirilmiş kızlar, resmi nikâhları olmadığı için eşlerinin sağlık güvencesinden yararlanamamaktadır. Yaşı evlilik için yasal sınır altında olan resmi nikâhsız genç kızların, sağlık personeli tarafından bildirim zorunluluğu bulunmaktadır. Resmi nikâhsız evli olan adolesanların bildirim sonucu eş ve aileler ceza alabilecekleri endişesiyle sağlık kurumlarına başvurmadan kaçınmakta, bu da adolesanların sağlık hizmeti almasını olumsuz etkilemektedir. Adolesanlar gebelik durumunda gebe izlemi ve doğum hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Bunun yanı sıra eğitim yetersizliği, Türkçe bilmeme sorunu ve kendini ifade etme güçlüğü de antenatal hizmet almada güçlük yaratmaktadır (Chandra-Mouli et al., 2013). İşte tüm bu nedenler sonucu, her an riskli bir durumla karşılaşabilecek olan adolesan gebe, doğumunu evde güvensiz koşullarda yapmak zorunda kalabilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011). Özellikle birinci basamakta görev yapan hemşirelerin gebe ve lohusa tespitinden güvenli annelik hizmetlerinin karşılanmasına kadar kadınların yaşam boyu sağlık durumları ve kontrollerinin yapılmasındaki önemleri tartışılmaz (Karakaya, 2004; Nour, 2009).

Adolesanlar, AP konusunda bilgisizlikleri ve yöntemlere erişimde yaşadıkları güçlükler nedeniyle istenmeyen gebelikler yaşayabilmektedir. Gebeliğin kendi ve bebeğin sağlığını nasıl etkileyeceği konusunda eş ve ailesinin de bilgisiz olması istenmeyen sonuçlar ortaya çıkarmaktadır (Coşkun Margirit & Yakıt, 2014). AP danışmanlığı ve hizmet sunumunda bu gruplara ulaşmada hemşireler avantajlı konumda bulunmaktadır (Karakaya, 2004).

Hemşireler, erken yaşta yapılan evliliklerde ve bu evliliklerin getireceği riskler konusunda bireyi ve toplumu eğitime rolünü üstlenmektedirler. Kapsamlı sağlık hizmeti vermek, hizmet almaya yönlendirmek ve cesaretlendirmek önemli görev ve sorumlulukları içerisindedir. CYBH, gebelik, doğum ve doğum sonu dönem ve tüm yaşam dönemlerinde var olabilecek üreme sağlığı sorunlarında kadına yönelik danışmanlık, yol

gösterici ve uygulayıcı görev ve sorumluluğuna sahiptir. Gençlerin içinde bulunduğu yaş grubu, üreme sağlığı haklarına ulaşmada bir engel oluşturmamalı, tam tersine bu haklara ulaşmalarında kolaylaştırıcı ortam hazırlanmalıdır. Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm CSÜS hizmetleri bireylere ve çiftlere, özellikle de gençlere, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine sadık kalarak ulaştırılmalıdır (Coşkun Margirit & Yakıt, 2014).

Hemşirelerin gerek koruyucu gerekse tedavi edici hizmetlerde yardıma gereksinimi olan bireylerle diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla süre birlikte zaman geçirmeleri, hemşirelik hizmetlerinin geçerli olduğu her yerde danışmanlık rollerini kullanabilmeleri için uygun ortam sağlar. Diğer taraftan hemşireler topluma sundukları sağlık hizmetinin yanı sıra toplumun lideri, önderi ve rol modelidirler. Çünkü sağlık ekibinin hiçbir üyesi hemşireler kadar, en ücra yörelerdeki evlere ulaşabilen bir hizmet vermemektedir (Akın, 2014).

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma; Ardahan il merkezi sınırları içinde yer alan İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören kız öğrencilerin üreme sağlığı bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve verilen eğitim ile üreme sağlığı bilgi düzeyi ve tutumlarının geliştirilmesi amacıyla, tek grupta eğitim öncesi ve sonrası sonuçların karşılaştırıldığı bir müdahale çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01.11.2013-27.02.2014 tarihleri arasında Ardahan il merkezi sınırları içinde yer alan İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ortaöğretim kurumlarında 9, 10, 11, 12. sınıfta öğrenim gören kız öğrenciler üzerinde, ortaöğretim kurumlarınca tahsis edilen konferans salonlarında/ sınıflarda rehberlik derslerinde gerçekleştirilmiştir.

3.2.1. Araştırmanın yapıldığı yerin özellikleri

Türkiye'nin Kuzeydoğusunda bulunan Ardahan ilinin nüfusu 100.809 olup, adolesan nüfus (15-24 yaş) 18.240 kişiden oluşmaktadır. Adolesan nüfusun genel nüfus içerisindeki oranı Türkiye ortalamasından yüksek olup, %18.09'dur (TUİK, 2014). Ardahan iline ilişkin diğer özellikler Şekil 3.1' de gösterilmiştir.

Araştırma, daha çok sayıda adolesana kolay ulaşılabilmesi ve eğitimde iş birliği sağlanabilmesi açısından, Ardahan il merkezi sınırları içerisinde yer alan ortaöğretim kurumlarının tamamında yapılmıştır. Ardahan İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı onbir ortaöğretim kurumu bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı ortaöğretim kurumlarına ilişkin özellikler Tablo 3.1'de verilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Ardahan il merkezi sınırları içerisinde yer alan İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı onbir ortaöğretim kurumunda öğrenim gören toplam 1602 kız öğrenci (N=1602) oluşturdu. Araştırmada örnekleme yapılmadan evrenin tümü çalışma kapsamına dâhil edildi. Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 1445 öğrenci oluşturdu.

Tablo 3.1'de çalışma grubundaki öğrencilerin okullara göre dağılımı verilmiştir. Çalışma grubundaki öğrencilerin %0.9'u Yalnızçam lisesinde, %1'i Ardahan Teknik Endüstri Lisesinde, %2.7'si Hoçvan Lisesinde, %5.9'u İmam Hatip Lisesinde, %6.4'ü Fen Rekabet Lisesinde, %8.7'si Sağlık Meslek

Lisesinde, %9.7'si Anadolu Öğretmen Lisesinde, %11.1'i 80.Yıl Anadolu Lisesinde, %12.2'si Ardahan Anadolu Lisesinde,%16.7'si Şehit Er Serhat Şanlı Ticaret Meslek Lisesinde, %24.7'si Kız Teknik Meslek Lisesinde öğrenim görmektedir (N=1445).

Tablo 3.1. Ardahan İl Milli Eğitim Müdürlüğüne Bağlı Ortaöğretim Kurumlarına İlişkin Özellikler ve Bu Kurumlarda Çalışma Kapsamına Alınan Öğrenci Sayıları (12.10.2013 tarihi verilerine göre)

Milli Eğitim Müdürlüğüne Bağlı Ortaöğretim Kurumları	Derslik Sayısı	Öğretmen Sayısı	Toplam Öğrenci Sayısı	Kız Öğrenci Sayısı	Çalışmaya Katılan Öğrenci Sayısı	Çalışma Dışında Kalan Öğrenci Sayısı
	N	N	N	N	N (%)	N (%)
Ardahan Anadolu Lisesi	19	30	339	194	177 (12.2)	17 (10.8)
Ardahan Anadolu Öğretmen Lisesi	10	22	258	147	140 (9.7)	7 (4.4)
Ardahan Anadolu İmam Hatip Lisesi	24	26	286	100	85 (5.9)	15 (9.5)
Ardahan Rekabet Kurumu Fen Lisesi	24	15	172	106	92 (6.4)	14 (8.9)
Ardahan Şehit Er Serhat Şanlı Ticaret Meslek Lisesi	32	38	576	304	241 (16.7)	63 (40.1)
Ardahan Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi	13	40	456	16	15 (1)	1 (0.6)
Hoçvan Hasköy Çok Programlı Lisesi	7	9	100	47	39 (2.7)	8 (5)
Kız Teknik ve Meslek Lisesi	17	27	369	369	357 (24.7)	12 (7.6)
80.Yıl Ardahan Anadolu Lisesi	21	18	261	164	160 (11.1)	4 (2.5)
Şehit Uz. Çvş. İbrahim Erdoğan Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	7	12	214	140	126 (8.7)	14 (8.9)
Yalnızçam Lisesi	4	4	59	15	13 (0.9)	2 (1.2)
Toplam	178	241	3090	1602	1445(100)	157(100)



****Nüfusu:** 100.809 nüfusa sahiptir.

*****İlçeleri:** Çıldır, Damal, Göle, Hanak ve Posof .

******İklimi:** Karasal iklime hâkim olup kışları uzun, sert ve kar yağışlı, yazları ise kısa ve serindir.

******Ulaşımı:** Kara ve hava yoluyla ulaşım mümkündür.

******Stratejik Önemi:** Gürcistan'a açılan 2 kapı bulunmaktadır. Bunlardan Posof ilçesinde bulunan Türk gözü kapısı şu an faaliyette olup, diğer Çıldır ilçesinde bulunan Aktaş kapısı faaliyette değildir. Ortadoğu ve Kafkas ülkelerine açılan sınır kapılarıyla, yeni demir yolu hattıyla, enerji nakil hatlarıyla ve yoğun ticaret hacmiyle birlikte, artık bu potansiyelden faydalanan bir Serhat şehridir.



******Coğrafi Konumu:**

Doğu Anadolu bölgesinin kuzeydoğu köşesinde yer almakta olup, kuzey ve doğuda Gürcistan, güneydoğuda Ermenistan, güneyde Kars, güneybatıda Erzurum, batıda Artvin illeriyle çevrilidir.

*****Ardahan ovası:** Kuzey kesiminde Yalnızçam dağları, Güneybatı'da Allahuekber dağlarının uzantıları, Kuzeydoğusunda Keldağ, doğu tarafında Akbaba Dağı ve güneyinde Kısır Dağ ile çevrilidir. Ortasından Kura ırmağı geçen Ardahan, 1800 m. rakıma sahiptir. Kuzeydoğu Anadolu'nun nihayetinde kabaca Kuzey-Güney yönünde birbirine paralel olarak uzanan Aktaş Gölü, Çıldır Havzası ve Çıldır Gölü bulunmaktadır.



******Tarihi:**

Binlerce yıllık tarihi ev sahipliği yapan Ardahan, tarihi ve kültürü ile sürekli gelişen ve büyüyen bir ilimizdir. M.S 628 yılında Hazar Türklerinin bir kolu olan Arda Türklerinin eline geçerek Ardahan adını almıştır. Eskiden Kars iline bağlı olan Ardahan, 27 Mayıs 1992 yılında çıkartılan bir yasayla, Çıldır, Damal, Göle, Hanak ve Posof ilçelerini de sınırlarına alarak, Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. ili olarak kurulmuştur.



***Eğitimi:**

İl Millî Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı İlköğretim ve orta öğretim düzeyinde 22.092 öğrenciye eğitim veren Ardahan, 2008 tarihinde açılan Ardahan Üniversitesi ile de üniversite öğrencisi kabul eden iller arasında yer almakta olup, 2.816 öğrenciye hizmet vermektedir.



******Ekonomis**

iGürcistan üzerinden bütün Kafkasya'ya açılan sınır kapıları ile stratejik bir öneme sahip olan Ardahan, tarım ve hayvancılıkta da önemli gelişmeler kaydetmektedir. Hayvancılık faaliyetleriyle, lezzetli kaşar peyniri üretimiyle, yöreye has kırmızı benekli alabalığı, doğal Kafkas balıyla, meşhur kazları, el dokuması halıları ve organik tarım ürünleriyle birlikte süt ve süt ürünleriyle de markalaşan Ardahan hem bölgemiz hem ülkemiz açısından önemli bir yere sahiptir.



******Turizm aktiviteleri:**

Kültür turizmi, kış turizmi, yayla turizmi, göl turizmi, dağ ve doğa yürüyüşleri, mağara turizmi, sportif olta balıkçılığı, kuş gözetleme, atlı doğa yürüyüşü, yaban hayatı gibi turizm aktivitelerinin yürütüldüğü, golf, kayak, buz pateni, geleneksel atlı cirit sporlarının gerçekleştirildiği ve bal festivali, Çıldır-kaşar- buz festivali, göle kaşar festivalleri ile Ardahan serhat illeri içerisinde önemli bir cazibe merkezi haline gelmiştir.



*****Spor aktiviteleri:**

Atletizm, Boks, Golf, Güreş, Masa Tenisi, Dağcılık, Voleybol, Hentbol, Basketbol, İzcilik, Badminton, Futbol dallarında spor faaliyetleri yapılmaktadır.

*<http://ardahan.meb.gov.tr> (2014)

**<http://www.ardahan.gov.tr> (2014)

**<http://www.tuik.gov.tr> (2014b)

***<http://www.ardahankulturturizm.gov.tr> (2014)

Şekil 3.1. Çalışmanın Yapıldığı Ardahan İlinin Özellikleri

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Verileri toplama araçları ve özellikleri

Üç bölümden oluşan soru formu adolesanların sosyo-demografik özelliklerini, üreme sağlığı ve tutumlarını, üreme sağlığı konusunda bilgi alma durumları ve kaynakları, üreme sağlığı hizmetlerinden beklentilerini belirlemek için (Bkz.Ek-2),

Üreme sağlığı bilgi düzeyini ölçmeye yönelik soru formunun ön-test ve son-testi şeklinde hazırlanmıştır (Bkz.Ek-3, Ek-5).

3.4.1.1. Adolesanların sosyo-demografik özelliklerini, üreme sağlığı ve tutumlarını, üreme sağlığı konusunda bilgi alma durumları ve kaynakları, üreme sağlığı hizmetlerinden beklentilerini belirlemeye yönelik soru formu

Bu form toplam 60 sorudan oluşmaktadır. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 25 soru bulunmaktadır. Sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı bölümde; yaş, boy, kilo, kardeş sayısı, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu, anne ve babanın medeni durumu, yaşı, eğitim durumu, mesleği ile ilgili sorulara yer verilmiştir. Ayrıca aile yapısı, aile gelir düzeyi algısı, ortalama aylık gelir, ailenin sağlık güvencesi durumu, en uzun süreyle yaşanan yer, ikamet edilen yer, birlikte yaşadığı kişiler, günlük harçlık ve harçlık dışı gelir durumu, gelir elde edilen bir işte çalışma, sigara ve alkol kullanma durumu ile ilgili soruları içermektedir (Bkz.Ek-2).

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen soru formunun ikinci bölümünde adolesanların üreme sağlığı ve tutumlarını belirlemek için 28 soruya yer verildi. 28 sorudan 7 soru perine ve menstruel hijyen alışkanlıkları, 10 soru menstruel dönem özellikleri, 4 soru üreme sağlığı ve sorunları, 7 soru üreme sağlığı ile ilgili tutumları belirlemeye yönelik olarak hazırlandı (Bkz.Ek-2).

Üreme sağlığı konusunda bilgi alma durumu, bilgi kaynağı ve üreme sağlığı hizmetlerinden beklentilerin belirlenmesi için soru formunun üçüncü bölümünde 7 soruya yer verildi. Bu sorulardan 4 soru üreme sağlığı konusunda bilgi alma durumu ve bilgi kaynaklarını, 3 soru ise üreme sağlığı hizmetlerinden beklentilerini belirlemeye yönelik olarak hazırlandı (Bkz. Ek-2).

3.4.1.2. Üreme sağlığı bilgi düzeyini ölçmeye yönelik soru formunun ön-test ve son-test şekli

Eğitim öncesi ve sonrasında üreme sağlığı bilgi düzeyini ölçmeye yönelik 19 çoktan seçmeli, 7 açık uçlu, 4 kapalı uçlu olmak üzere toplam 30 temel sorudan oluşan formdur (30 temel sorudan oluşan soru formu alt kategorileri dâhil olmak üzere toplam 100 sorudan oluşmaktadır). Üreme sağlığı bilgi düzeyini ölçmeye yönelik ön-test ve son-test soru formlarının cevapları için; her bir doğru cevap "1 puan", her bir yanlış cevap "0 puan" ve her bir bilmiyorum/ boş bırakılan cevap "0 puan" olarak değerlendirildi. Soru formundan alınabilecek toplam en yüksek puan "100", en düşük puan "0" olarak hesaplandı (Bkz.Ek-3, Ek-5).

3.4.2. Veri toplama araçlarının geçerlilik ve güvenirlik çalışması

Üreme sağlığı bilgi düzeyini ölçmeye yönelik soru formunun geçerliliğini artırmak amacıyla Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği alanından 2 uzman görüşüne başvuruldu. Uzmanların önerileri doğrultusunda soru formu düzenlendi. Soru formlarının uygulanabilirliğini test etmek için, formların pilot uygulaması 16.12.2013 tarihinde Ardahan Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi'nde öğrenim gören ve farklı sınıflardaki 15 öğrenci üzerinde uygulandı. Pilot uygulama sonrasında aksayan durumlar saptanarak formlara son şekli verildi.

1445 öğrenciye uygulanan bu testin güvenirlik analizi sonucunda elde edilen Cronbach Alpha katsayıları Tablo 3.2'de gösterilmiştir. Ön-test bilgi formu Cronbach Alpha kat sayısının $\alpha=0.96$ ve son-test bilgi formu Cronbach Alpha kat sayısının $\alpha=0.95$ olması ön-test ve son-test soru formlarının güvenilir olduğunu göstermektedir ($0.80 \leq \alpha < 1.00$).

Tablo 3.2. Ön-Test Bilgi Formu ve Son-Test Bilgi Formu Cronbach Alpha Katsayıları

	Cronbach Alpha Kat Sayıları	Cronbach Alpha Güvenirlik Değerlikleri
Ön-Test Bilgi Formu	0.96	$0.80 \leq \alpha < 1.00$ (Yüksek derecede güvenilir)
Son-Test Bilgi Formu	0.95	

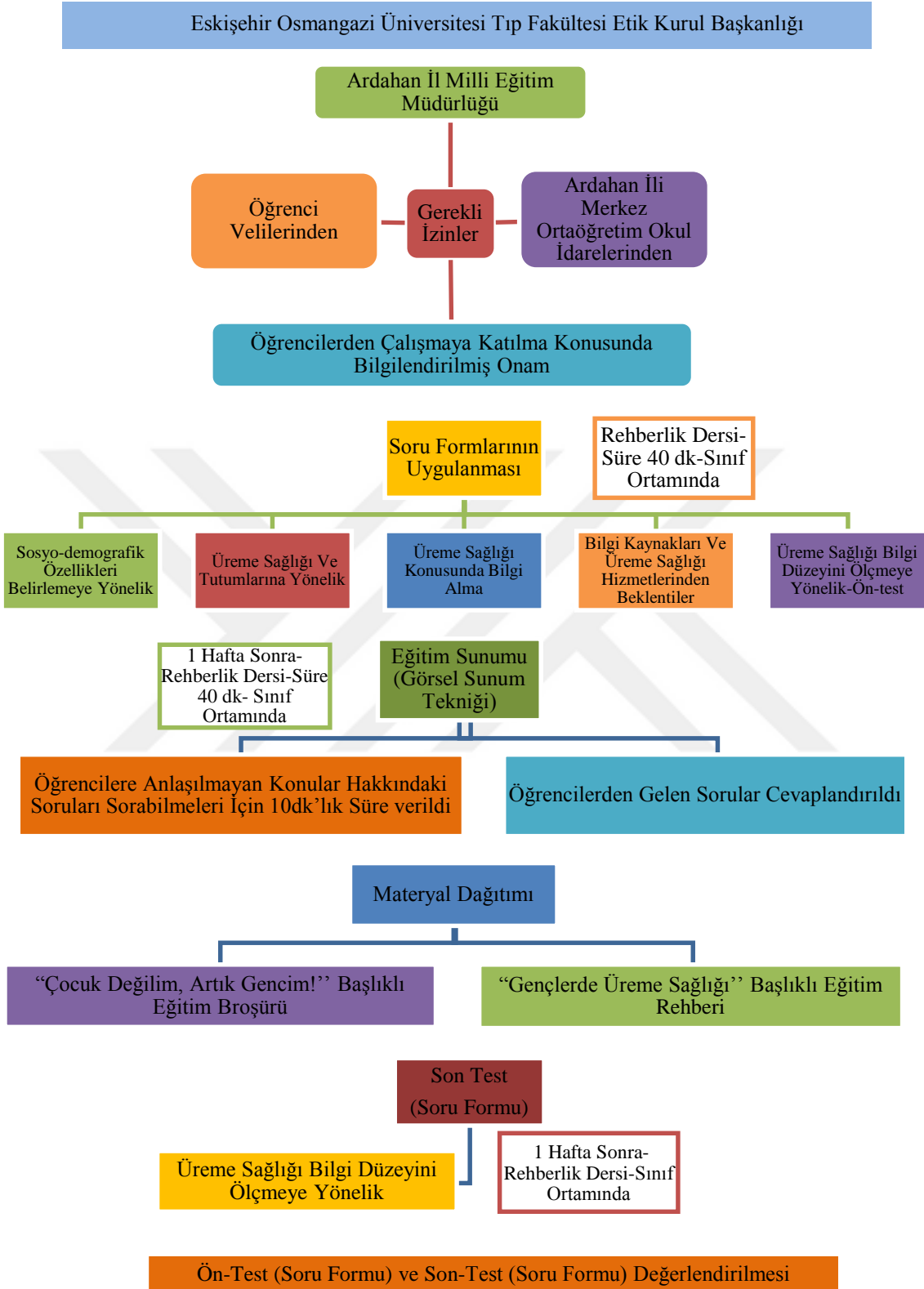
3.4.3. Veri toplama araçlarının ve eğitimin uygulanması

Gerekli izinler ve etik onay alındıktan sonra, araştırmanın amacına uygun literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan veri toplama araçlarından öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini, üreme sağlığı ve tutumlarını, üreme sağlığı konusunda bilgi alma durumları ve kaynaklarını, üreme sağlığı hizmetlerinden beklentilerini belirlemeye yönelik soru formu ve üreme sağlığı bilgi düzeyini ölçmeye yönelik soru formunun ön-test şekli uygulandı (Bkz. Şekil 3.2).

Bu formların doldurulması okulların rehberlik derslerinde yaklaşık 40 dk süren bir ders saati süresince sınıf ortamında gerçekleştirildi. Formların doldurulması sırasında araştırmacı sınıf ortamında öğrencilerin yanında bulundu. Bu şekilde öğrencilerin anlamadığı sorulara açıklama getirilerek aynı zamanda öğrencilerin birbirleri ile iletişime geçmeleri engellendi.

Formlar doldurulduktan sonra, okuldaki eğitim çalışmalarını aksatmamak için okul yönetimlerinin verdiği program dâhilinde ortalama bir hafta sonra, okulların rehberlik derslerinde, okul idareleri tarafından tahsis edilen sınıf ortamlarında/ konferans salonlarında öğrencilere üreme sağlığı eğitimleri verildi. Araştırmacı tarafından görsel sunum tekniğine uygun olarak hazırlanan slayt gösterisi eşliğinde "Gençlerde Üreme Sağlığı" başlıklı eğitim sunumu (Bkz.Ek-4; Şekil 3.3) ortalama 40 dk sürede 20'şer dakikalık iki oturum şeklinde gerçekleştirildi. Eğitim sunumu gerçekleştirildikten sonra öğrencilere anlaşılmayan konular hakkındaki soruları sorabilmeleri için 10 dk'lık süre ayrıldı ve öğrencilerden gelen sorular cevaplandırıldı. Daha sonra öğrencilere "Gençlerde Üreme Sağlığı" başlıklı eğitim rehberi (Bkz.Ek-6; Şekil 3.3) ve "Çocuk Değilim, Artık Gencim!" başlıklı eğitim broşürü (Bkz.Ek-7; Şekil 3.3) dağıtıldı.

Eğitim oturumunun yapıldığı haftadan bir hafta sonraki rehberlik dersinde öğrencilerin eğitim sonrası üreme sağlığı bilgi düzeyini ölçmeye yönelik soru formunun son-test (Bkz.Ek-5) şekli öğrencilere uygulandı (Bkz. Şekil 3.2).



Şekil 3.2. Araştırma Planı

Görsel Sunum



- 1. Oturum (20dk)
- Adolesan Dönem ve Vücutta Meydana Gelen Değişiklikler
- İç Üreme Organları
- Dış Üreme Organları
- Genital Hijyen ve Menstruel Dönem Hijyen
- Menarş ve Menstruel Dönem
- Menstruel Dönemde Ağrı ve Azaltma Yolları
- Menstruel Dönem Dışında Vajinadan Gelen Normal ve Anormal Akıntılar
- Enfeksiyonlardan Korunma Yolları
- Meme Gelişimi ve Meme Kanseri Belirtileri-Erken Tanı (KKMM)
- 2. Oturum (20dk)
- Üreme Sağlığı
- Ovulasyon
- Sağlıklı Gebelik
- Aile Planlaması Amaç ve Yöntemleri
- Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Belirti-Tedavi ve Korunma Yolları
- Medeni Kanunda Kadın Hakları
- Cinsel İstismar
- Şiddet ve Cinsel Şiddet

Eğitim Rehberi



- Adolesan dönem
- Dış üreme organları
- İç üreme organları
- Adolesan dönemde vücutta meydana gelen değişiklikler
- İlk âdet görme (Menarş)
- Âdet dönemi
- Âdet döneminde dikkat edilmesi gereken hususlar
- Âdet döneminde ağrıyı azaltma yolları
- Âdet dönemi dışında vajinadan gelen normal ve anormal akıntılar
- Vajinal enfeksiyon belirtileri- Enfeksiyonlardan korunma yolları
- Meme gelişimi
- Meme kanseri-Belirtileri- Kendi kendine meme muayenesi
- Üreme sağlığı
- Gebelik
- Aile planlaması
- Aile planlamasının amacı
- Kadına yönelik aile planlaması yöntemleri
- Erkeğe yönelik aile planlaması yöntemleri
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar/bulaş yolları/belirtileri/tedavi
- Evlilikte kadının sahip olduğu yasal haklar
- Erken yaşta evliliklerdeki yasal haklar
- Kadına yönelik şiddet/aile içi şiddet/cinsel şiddet
- Cinsel istismar

Eğitim Broşürü



- İç üreme organları
- Dış üreme organları
- Adolesan dönem ve vücutta meydana gelen değişiklikler
- Âdet dönemi
- Enfeksiyonlardan korunma yolları
- Âdet döneminde ağrıyı azaltma yolları
- Âdet dönemi dışında vajinadan gelen normal ve anormal akıntılar
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- Aile planlaması yöntemleri
- Cinsel istismar
- Erken yaşta evlilik
- Erken yaşta gebelik

Şekil 3.3. Eğitim Materyallerinin İçeriği

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS For Windows (IBM SPSS Statistics 22) paket programında bilgisayar ortamında değerlendirildi. Kategorik etiketli değişkenler için n ve yüzde (%), sayısal (sürekli ve kesikli değerleri içeren) değişkenler için ortalama +/- standart sapma kullanıldı. Bağımlı ölçümlerden oluşan kategorik yapıdaki veri setlerine (öncesi-sonrası karşılaştırmalar) homojenite testi yapılarak sonuçları yorumlanırken çapraz tablolardan yararlandı.

Araştırmanın değişkenleri için parametrik varsayımlardan normal dağılım analizi uygulandı. Kolmogorow Smirnov testi ve Shapiro Wilk testi sonucunda değişkenlerin normal dağılım göstermediği görüldü. Verilerin analizinde parametrik olmayan yöntemler tercih edildi.

Eğitim öncesi ve sonrasında bilgi düzeyini belirlemeye yönelik 100 değişkenin her biri bir puan (0-100) olacak şekilde değerlendirilip, tamamı toplanarak toplam puan elde edildi. Elde edilen toplam puanın kendisine bölünmesi ile ortalaması alındı. Eğitim öncesi ve sonrasına ait 200 değişken toplam değerden oluşan 2 değişkene dönüştürüldü. Eğitim öncesi ve sonrasındaki anket çalışmasında kişilerin üreme sağlığı bilgi, tutum ve davranışları arasındaki değişimler saptandı. Verilerin normal dağılım göstermemesi üzerine Paired Sample T testi yerine Wilcoxon Signed Ranks testi uygulandı.

Araştırmanın eğitim öncesi ve sonrası değişkenlerine ait cevapları arasındaki uyum Mc Nemar Ki-kare testi uygulanarak karşılaştırıldı. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki Spearman Korelasyon analizi ile test edildi. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı belirlemek için Mann Whitney U testi, ikiden fazla parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanıldı.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'na başvuruldu ve 80558721/94 sayılı etik kurul kararı ile çalışma onayı alındı (Bkz. Ek-8; Şekil 3.2). Ardahan il merkez sınırları içerisinde yer alan İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören kız öğrenciler ile araştırma yapılabilmesi için Ardahan İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden ve ortaöğretim kurum müdürlerinden gerekli izinler alındı (Bkz. Ek-9; Şekil 3.2). Anket formları uygulanmadan önce araştırmaya katılacak öğrenci velilerinden izin ve öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alındı (Bkz. Ek-1; Şekil 3.2).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Ardahan il merkez sınırları içerisinde yer alan İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ortaöğretim kurumlarında 9, 10, 11, 12. sınıf gönüllü kız öğrenciler ile yapıldığı için, sonuçlar Türkiye genelindeki diğer ortaöğretim kurumlarına genellenemez.

Araştırmada, anketteki soru sayısının fazla olması nedeniyle öğrencilerin dikkatlerinin giderek azalabileceği, üreme sağlığı ile ilgili konularda bilgi ve düşüncelerini öğrenmek için yöneltilen sorulara öğrencilerin mahrem bulmaları nedeniyle doğru cevap vermemeleri gibi nedenlerle çalışmanın sonuçlarının etkilenebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırmanın sonuçlarına göre öğrencilerin bilgi düzeylerinde gelişme olduğu görülmüş ancak mevcut bilginin davranış değişikliği oluşturup oluşturmadığı değerlendirilmemiştir.

3.8. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Durumlar

3.8.1. Olumlu durumlar

- Araştırmacının araştırmanın yapıldığı bölgede çalışıyor olması,
- Araştırmaya İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün ve ortaöğretim kurum müdürlerinin ve öğretmenlerinin destek vermesi,
- Kız öğrencilerin araştırmaya ilgi göstermesi ve çalışmaya destek vermeleri,
- Ortaöğretim kurum müdürleri, öğretmenleri, öğrencileri tarafından çalışmadan memnun kaldıklarına dair olumlu geri dönüşlerin olması.

3.8.2. Olumsuz durumlar

- Araştırma bölgesindeki mevsim koşulları nedeniyle yaşanan ulaşım güçlüğü,
- Araştırma evreninin büyük olmasının araştırmacıya getirdiği maliyet,
- Kız öğrencilerin, üreme sağlığı ile ilgili konularda bilgi ve düşüncelerini öğrenmek için yöneltilen soruları mahrem bulmaları ve verdikleri cevapların ailelerine ve okul idaresine yansıtılacağına dair güvensizliğe karşı yaşanan güçlükler.

4. BULGULAR

Ardahan il merkezindeki ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören kız öğrencilerin üreme sağlığı bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları; 2 bölümde verilmiştir.

4.1. Öğrenci ve Ailelerine İlişkin Özellikler

Bu bölümde; öğrencilerin ve ailelerinin sosyo-demografik özellikleri, menstruel döneme ilişkin özellikleri, genel sağlık durumu ve hijyen alışkanlıkları, menstruel dönem hijyen alışkanlıklarına ilişkin veriler yer almaktadır. Ayrıca bu bölüm öğrencilerin sigara ve alkol kullanma durumları, ergenlik dönemine yönelik duygusal algı, tutum ve tepkileri, cinsellik ile ilgili algı, tutum ve davranışları ve üreme sağlığı konusunda bilgi alma ve bilgi kaynakları ile ilgili bulguları içermektedir.

4.2. Üreme Sağlığı Eğitim Programının Değerlendirilmesi

Bu bölümde; öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına, üreme organları ve fizyolojisi, menstruel dönem ve genital hijyen, gebelik ve AP, CYBH, kadın hakları ve şiddet olgusu ile ilgili konuların eğitim öncesi ve sonrası bilinme oranlarına yer verilmiştir. Ayrıca öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri ile bazı sosyo-demografik ve menstruel dönem özellikleri, sigaraya başlama yaşı ve kullandığı sigara miktarı arasındaki ilişkiyi gösteren veriler yer almaktadır. Üreme sağlığı eğitimi alan öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin; okul, anne öğrenim düzeyi, aile tipi, aile gelir düzeyi algısı, sağlık güvencesi, en uzun süreyle yaşanan ve ikamet edilen yer, flört ilişki yaşama, üreme sağlığı ile ilgili bilgi alma ve bilgi düzeyini yeterli bulma durumları ile karşılaştırmasını gösteren bulguları içermektedir.

4.1. Öğrenci ve Ailelerine İlişkin Özellikler

Tablo 4.1'de öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir (N=1445). Öğrencilerin yaş, kilo, boy ortalamaları sırasıyla 15.90 ± 1.27 , 50.94 ± 6.72 , 161.33 ± 6.22 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin ailenin ilk çocuğu olma durumu %31.9, ikinci çocuğu olma durumu %29.1, üçüncü ve sonrası çocuğu olma durumu %39 iken, kardeş sayısı ortalama olarak 3.30 ± 1.77 belirlenmiştir. Öğrencilerin %35.4'ü ili, %9.4'ü ilçeyi, %55'i köyü ve % 0.1'i de yurtdışını en uzun süreyle yaşadığı yer olarak belirtmiştir. Öğrencilerin %60.8'inin kendi evinde, %27.7'sinin yurttan, %10'unun yatılı okulda, %1.2'sinin akrabasının evinde bulunduğu, %53'ünün ailesi, %37.7'sinin arkadaşı, %1.2'sinin akrabası ile yaşadığı görülmüştür.

Tablo 4.1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler				
	Min.	Max.	$\bar{X}\pm Std$	N
Yaş	13	19	15.90±1.27	1445
Kilo	30	85	50.94±6.72	1445
Boy	130	180	161.33±6.22	1445
Kardeş Durumu				
Kardeş sayısı	0.00	13	3.30±1.77	1445
	N		%	
Ailenin Kaçınıcı Çocuğu (N=1445)				
İlk	461		31.9	
İkinci	420		29.1	
Üçüncü ve Sonrası	564		39	
Yaşadığı Yer Durumu				
En Uzun Süreyle Yaşanılan Yer (N=1445)				
İl	512		35.4	
İlçe	136		9.4	
Köy	795		55.0	
Yurt Dışı	2		0.1	
İkamet Edilen Yer (N=1445)				
Kendi Evinde	878		60.8	
Yurtta	400		27.7	
Yatılı Okulda	145		10.0	
Akrabasının Evinde	18		1.2	
Diğer	4		0.3	
Birlikte Yaşadığı Kişiler (N=1445)				
Aile	766		53.0	
Arkadaş	545		37.7	
Akraba	18		1.2	
Diğer	116		8.0	
Gelir Durumu				
Günlük harçlık durumu (N=1445)				
Harçlık almıyorum	371		25.7	
10 TL ve altı	862		59.7	
10 TL-20TL	170		11.8	
20 TL ve üstü	42		2.9	
Harçlık dışı gelir durumu (N=1445)				
Gelirim yok	1295		89.6	
Burs alanlar	36		2.5	
Yakın akraba ve aile bireylerinden alınan paralar	37		2.6	
Çalışılarak kazanılan para	11		0.8	
Diğer	66		4.6*	
Gelir elde eden bir işte çalışma durumu (N=1445)				
Çalışanlar	77		5.3**	
Çalışmayanlar	1368		94.7	

*Okul stajlarından elde edilen para

**66 öğrenci okul stajlarını, 1 öğrenci kozmetik firma temsilciliğini, 1 öğrenci konfeksiyon işçiliğini çalışılan iş olarak belirtmiştir.9 öğrenci çalıştıkları işi açıklamamıştır.

Öğrencilerin günlük harçlık miktarı değerlendirildiğinde; %25.7'sinin harçlık almadığı, %59.7'sinin 10 TL ve altında, %14.7'sinin 10 TL ve üzerinde harçlık aldığı saptanmıştır. Öğrencilerin %5.3'ü gelir elde ettikleri bir işte çalıştığını ifade etmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2'de öğrencilerin ailelerine ilişkin tanımlayıcı özellikler verilmiştir. Öğrencilerin anne ve babalarının yaş ortalamaları sırasıyla 40.81 ± 5.54 , 44.95 ± 6.18 olarak saptanmıştır. Annelerinin çoğunluğunun ilköğretim mezunu (%71.5) ve ev hanımı (%78.9) olduğu belirlenmiştir (N=1434). Babalarının ise çoğunluğu ilköğretim mezunudur (%66.6) ve çiftçi (%51.1) olarak çalışmaktadır (N=1406). Ebeveynlerin çoğunluğunun evli (%94.9) ve aile yapısının çekirdek aile (%70.7) olduğu görülmüştür. Ailelerin %78.3'ünün gelirini orta düzeyde algıladığı ve aylık gelir ortalamasının 1579.68 ± 1057.74 TL olduğu belirlenmiştir (N=508). Ailelerin %72'sinin sağlık güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 4.2. Öğrencilerin Ailelerine İlişkin Özellikleri

Anne-Baba Yaş Durumu				
	Min.	Max.	$\bar{X} \pm \text{Std}$	N
Anne yaşı	30	70	40.81 ± 5.54	1434
Baba yaşı	32	75	44.95 ± 6.18	1406
	N		%	
Anne-Baba Eğitim Durumu				
Anne Eğitim Durumu (N=1434)*				
Okuryazar değil	181		12.6	
Okuryazar	84		5.9	
İlköğretim	1026		71.5	
Lise	121		8.4	
Yüksekokul/üniversite	22		1.5	
Baba Eğitim Durumu (N=1406)**				
Okuryazar değil	18		1.3	
Okuryazar	42		3	
İlköğretim	937		66.6	
Lise	324		23	
Yüksekokul/üniversite	85		6	
Anne-Baba Meslek Durumu				
Anne mesleği (N=1434)*				
Ev hanımı	1132		78.9	
Memur	27		1.9	
İşçi	29		2	
Esnaf	14		1	
Ücretsiz aile işçisi	216		15.1	
Diğer	16		1.1	

Tablo 4.2'nin Devamı

	N	%		
Baba mesleği (N=1406)**				
Herhangi bir işi yok	36	2.6		
Memur	165	11.7		
İşçi	188	13.4		
Esnaf	178	12.7		
Çiftçi	719	51.1		
Diğer	120	8.5		
Aile yapısı durumu				
Aile yapısı (N=1445)				
Çekirdek aile	1021	70.7		
Geniş aile	394	27.3		
Parçalanmış aile	30	2.1		
Anne-baba medeni durum				
Medeni durum (N=1445)				
Anne-baba evli	1372	94.9		
Anne-baba ayrı	20	1.4		
Anne yaşıyor baba ölü	39	2.7		
Baba yaşıyor anne ölü	11	0.8		
Diğer	3	0.2		
	Min.	Max.	$\bar{X} \pm \text{Std}$	N
Aile gelir durumu				
Aylık gelir (N=508)***	300	10.000	1579.68±1057.74	508
	N		%	
Gelir Düzeyi Algısı (N=1445)				
Düşük	246		17	
Orta	1131		78.3	
Yüksek	68		4.7	
Aile Sağlık Güvencesi				
Durumu				
Sağlık Güvencesi (N=1445)				
Var	1041		72	
Yok	404		28	

*Annesi ölü olanlar dâhil edilmemiştir (N=1434).

**Babası ölü olanlar dâhil edilmemiştir (N=1406).

*** Aylık gelirini belirtmeyenler dâhil edilmemiştir (N=508).

Tablo 4.3'te öğrencilerin menstruel döneme ilişkin özellikleri verilmiştir. Öğrencilerin %98.1'inin âdet gördüğü ve âdet gören kız öğrencilerin ortalama menarş yaşının 13.26 ± 0.99 olduğu saptanmıştır (N=1417). Âdet dönemine ilişkin bilgi aldığını ifade eden öğrencilerin oranı %95.6, bu döneme ilişkin ilk bilgiyi annesinden alanların oranı %75.7 olarak belirlenmiştir (N=1354). Âdet gören öğrencilerin %96.6'sının bu dönemde hazır ped kullandığı saptanmıştır. Ped değiştirme sıklığı incelendiğinde ise öğrencilerin %62.4'ü yoğun günde 3-4 ped değiştirdiğini, %79'u son günde 1-2 ped değiştirdiğini belirtmiştir (N=1417).

Tablo 4.3. Öğrencilerin Menstruel Döneme İlişkin Özellikleri

Menstruel Döneme İlişkin Özellikleri				
	Min.	Max.	$\bar{X}\pm Std$	N
Menarş yaşı	9	17	13.26±0.99	1417
	N		%	
Ādet görme durumu (N=1445)				
Evet	1417		98.1	
Hayır	28		1.9	
Bilgi alma durumu (N=1417)*				
Bilgi aldım	1354		95.6	
Bilgi almadım	63		4.4	
Bilgi alma kaynağı (N=1354)**				
Anne	1025		75.7	
Akraba	217		16	
Arkadaş	76		5.6	
Öğretmen	24		1.8	
İletişim araçları	9		0.7	
Diğer	3		0.2	
Kullanılan ped türü (N=1417)*				
Hazır ped	1369		96.6	
Pamuk ve evde hazırlanmış bezler	48		3.4	
Yoğun günde kullanılan ped miktarı (N=1417)*				
1-2 ped/günde	251		17.7	
3-4ped/günde	884		62.4	
5-6 ped/günde	240		16.9	
7-daha fazla ped/günde	42		3.0	
Son günde kullanılan ped miktarı (N=1417)*				
1-2 ped/günde	1120		79.0	
3-4ped/günde	270		19.1	
5-6 ped/günde	24		1.7	
7-daha fazla ped/günde	3		0.2	

*Ādet görmeyen öğrenciler dâhil edilmemiştir (N=1417).

**Bilgi almayan öğrenciler dâhil edilmemiştir (N=1354).

Tablo 4.4'te öğrencilerin genel sağlık durumu ve hijyen alışkanlıkları verilmiştir (N=1445). Öğrencilerin çoğunluğunda tuvalet öncesi ve sonrası ellerin yıkandığı (%59.3), genital bölge temizleme yönünün önden arkaya doğru olduğu (%55.8), su ve tuvalet kağıdı kullanılarak genital bölge temizliğinin yapıldığı (%44.4) saptanmıştır. Öğrencilerin %70'i pamuklu iç çamaşırı, %71.2'si renkli iç çamaşırı kullandığını ve %45.5'i iç çamaşırı değiştirme sıklığının iki günde bir kez olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.4. Öğrencilerin Genel Sağlık Durumu ve Hijyen Alışkanlıkları

Genel Sağlık Durumu ve Hijyen Alışkanlıkları		
	N	%
Genital Bölgeyi Temizleme Şekli (N=1445)		
Sadece su ile	302	20.9
Su ve tuvalet kâğıdı ile	642	44.4
Su ve sabun ile	60	4.2
Su, sabun ve tuvalet kâğıdı ile	359	24.8
Diğer	82	5.7
Genital Bölgeyi Temizleme Yönü (N=1445)		
Önden arkaya	807	55.8
Arkadan öne	309	21.4
Dikkat etmeyen	329	22.8
Tuvaletten Önce ve Sonra El Yıkama Durumu (N=1445)		
Önce	9	0.6
Önce ve sonra	857	59.3
Sonra	458	31.7
Dikkat etmem	121	8.4
İç Çamaşırı Türü (N=1445)		
Pamuklu	1012	70
Saten	312	21.6
Naylon	98	6.8
Diğer	23	1.6
İç Çamaşırı Rengi (N=1445)		
Beyaz	416	28.8
Renkli	1029	71.2
İç Çamaşırı Değişirme Sıklığı (N=1445)		
Günde bir kez	190	13.1
İki günde bir kez	658	45.5
Haftada bir kez	254	17.6
Haftada iki kez	343	23.7

Tablo 4.5’de öğrencilerin menstruel dönem hijyen alışkanlıklarının dağılımı yer almaktadır (N=1417). Menstruel dönemde öğrencilerin %15.1’inin her gün, %13.5’inin yalnızca ağrısı olduğunda duş aldığı, %22.1’inin âdetliyken duş almadığı bitince aldığı, %52’sinin her tuvalet sonrası genital bölgesini yıkadığı ve kuruladığı, %48.2’sinin de genelde el temizliğine dikkat ettiği saptanmıştır.

Tablo 4.5. Öğrencilerin Menstruel Dönem Hijyen Alışkanlıkları

Menstruel Dönem Hijyen Alışkanlıkları		
	N	%
Her gün duş alma (N=1417)*		
Evet	214	15.1
Hayır	1203	84.9
Yalnızca ağrı olunca duş alma (N=1417)*		
Evet	191	13.5
Hayır	1226	86.5
Âdetliyken duş almama, bitince alma (N=1417)*		
Evet	313	22.1
Hayır	1104	77.9
Genital bölgeyi her tuvalet sonrası yıkama ve kurulama (N=1417)*		
Evet	737	52
Hayır	680	48
Genelde el temizliğine dikkat etme (N=1417)*		
Evet	683	48.2
Hayır	734	51.8

*Âdet görmeyen öğrenciler dâhil edilmemiştir (N=1417).

Tablo 4.6'da öğrencilerin sigara ve alkol kullanma durumları verilmiştir. Sigara kullananların oranı %9.4 ve kullananlar içerisinde sürekli kullananların oranı %0.3 olarak bulunmuştur. Sigara kullanma yaşı ve günlük içilen sigara âdeti ortalamaları sırasıyla 15.11 ± 1.71 , 1.60 ± 2.52 olarak saptanmıştır (N=136). Alkol kullanma (bir kez ya da birkaç kez den fazla) oranı ise %6 olarak belirlenmiştir (N=1445).

Tablo 4.6. Sigara ve Alkol Kullanma Durumları

Sigara ve Alkol Kullanma Durumları		
Sigara İçme Durumu (N=1445)	N	%
Hayır asla	1309	90.6
Evet, ama sadece bir kez	55	3.8
Birkaç kez ve birkaç kez den fazla	76	5.3
Sürekli	5	0.3

Tablo 4.6'nin Devamı

Sigara ve Alkol Kullanma Durumları

	Min.	Max.	$\bar{X} \pm \text{Std}$	N
Sigara içme yaşı (N=136)*	8	18	15.11±1.71	136
Günlük içilen sigara âdeti(N=136)*	1	20	1.60±2.52	136
Alkol Alma Durumu (N=1445)				
		N	%	
Hayır asla		1358	94.0	
Evet, ama sadece bir kez		47	3.30	
Birkaç kez ve birkaç kez den fazla		40	2.80	

*Sigara içmeyen öğrenciler dâhil edilmemiştir (N=136).

Tablo 4.7. Öğrencilerin Ergenlik Dönemine Yönelik Duygusal Algı, Tutum ve Tepkileri

Ergenlik Dönemi Duygusal Algı, Tutum ve Tepkileri		
	N	%
Ergenlik Dönem Algısı		
Büyüdüğünü hissetme (N=1445)		
Evet	1063	73.6
Hayır	382	26.4
Kendini daha çekici bulma (N=1445)		
Evet	158	10.9
Hayır	1287	89.1
Sorumluluklarının arttığını düşünme (N=1445)		
Evet	869	60.1
Hayır	576	39.9
Nelerle karşılaşacağı ile ilgili korku ve endişe yaşama (N=1445)		
Evet	241	16.7
Hayır	1204	83.3
Bedenindeki değişikliklerden utanma (N=1445)		
Evet	313	21.7
Hayır	1132	78.3
Bedenindeki değişimler nedeniyle kendini çirkin bulma (N=1445)		
Evet	205	14.2
Hayır	1240	85.8
Kişilik olarak kendisini daha duygusal hissetme (N=1445)		
Evet	700	48.4
Hayır	745	51.6

Tablo 4.7’de öğrencilerin ergenlik dönemine yönelik duygusal, algı, tutum ve tepkileri verilmiştir (N=1445). Öğrencilerin ergenlik dönemi ile ilgili olarak; %21.7’sinin bedenindeki değişikliklerden dolayı utandığı, %16.7’sinde bu dönemin korku ve endişe yarattığı, %14.2’sinin bedenindeki değişiklikler nedeniyle kendisini çirkin hissettiği, %10.9’unun kendisini daha çekici bulduğu, %73.6’sının büyüdüğünü hissettiği, %60.1’inin sorumluluklarının arttığını düşündüğü, %48.4’ünün kişilik olarak kendisini daha duygusal hissettiği görülmektedir.

Tablo 4.8’de öğrencilerin cinsellik ile ilgili algı, tutum ve davranışları verilmiştir (N=1445). Öğrenciler ve ailelerinin karşı cinsle ilgili tutum ve tepkileri incelendiğinde; öğrencilerin %35.8’inin flört ilişkinin bulunduğu, öğrenci ifadelerine göre ailelerin %64.3’ünün flört ilişkisine kesinlikle karşı olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %78’inin karşı cinsle el ele tutuşma, öpüşme ve sarılma gibi durumlardan herhangi birini deneyimlemediği belirlenmiştir. Öğrencilerin evlilik öncesi cinsel ilişkiye bakış açıları değerlendirildiğinde %92’sinin bu durumu normal kabul etmediği, evli olmadan yaşanan cinsel ilişki sonrası istenmeyen gebelik oluştuğunda ise %57.2’sinin evlenilmesi gerektiği görüşünde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9’da öğrencilerin üreme sağlığı konusunda bilgi alma durumları ve bilgi kaynaklarının dağılımı verilmiştir (N=1445). Öğrencilerin %64.1’inin üreme sağlığı ile ilgili bilgi aldığı ve öğrencilerin bilgi kaynağının ise %66.3’ünün annesi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %64.6’sının üreme sağlığı bilgi düzeyini yeterli bulmadığı belirlenmiştir. Çoğunluğunun (%61.1) üreme sağlığı ile ilgili konuları çevresi ile paylaşabildiği, paylaştığı konuların ise daha çok âdet dönemi (%54.5) ve ergenlik dönemi problemleri (%44.6) ile ilgili olduğu ve bu konuları daha çok anne (%35.5) ile paylaştığı saptanmıştır.

Tablo 4.8. Öğrencilerin Cinsellik İle İlgili Algı, Tutum ve Davranışları

Cinsellik İle İlgili Algı, Tutum ve Davranışları		
	N	%
Adolesan ve Ailelerinin Karşı Cinsle İlgili Tutum ve Tepkileri		
Flört ilişkisi yaşama (N=1445)		
Evet	517	35.8
Hayır	928	64.2
Flört ilişkisine aile tepkisi (N=1445)		
Olumlu karşılar	234	16.2
Başkalarında olumlu bakarlar bende kabul etmezler	262	18.1
Kesinlikle karşıdırlar	929	64.3
Anne olumlu/baba olumsuz	20	1.4
Deneyimleme Durumu		
Öpüşme (N=1445)		
Evet	62	4.3
Hayır	1383	95.7
El ele tutuşma (N=1445)		
Evet	312	21.6
Hayır	1133	78.4
Sarıma (N=1445)		
Evet	112	7.8
Hayır	1333	92.2
Bunlardan hiçbirini yaşamama (N=1445)		
Evet	1127	78
Hayır	318	22
Evlilik Öncesi Cinsel İlişkiyi Yorumlama Durumu (N=1445)		
Normal olabilir		
Evet	116	8.0
Hayır	1329	92.0
Geleneklerimize aykırı		
Evet	617	42.7
Hayır	828	57.3
Dini olarak yanlış		
Evet	1192	82.5
Hayır	253	17.5
Evli Olmadan Yaşanan Cinsel İlişki Sonrası İstenmeyen Gebelik Oluştığında; (N=1445)		
Kürtaj yaptırılmalı	143	9.9
Evlenilmeli	827	57.2
İlişki bitirilmeli	26	1.8
Gebelik devam ettirilmeli	172	11.9
Evlenilmeli ve gebelik devam ettirilmeli	161	11.1
Diğer	116	8.0

Tablo 4.9. Öğrencilerin Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Alma Durumları ve Bilgi Kaynakları

Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Alma Durumları ve Bilgi Kaynakları		
	N	%
Üreme sağlığı ile ilgili bilgi alma durumu (N=1445)		
Evet	926	64.1
Hayır	519	35.9
Üreme sağlığı ile ilgili bilgi kaynağı		
Anne (N=926) *		
Evet	614	66.3
Hayır	312	33.7
Baba (N=926) *		
Evet	2	0.2
Hayır	924	99.8
Kardeş (N=926) *		
Evet	117	12.6
Hayır	809	87.4
Öğretmen (N=926) *		
Evet	331	35.7
Hayır	595	64.3
Arkadaş (N=926) *		
Evet	168	18.1
Hayır	758	81.9
Akraba (N=926) *		
Evet	59	6.4
Hayır	867	93.6
İletişim Araçları (N=926) *		
Evet	60	6.5
Hayır	866	93.5
Sağlık Personeli (N=926) *		
Evet	255	27.5**
Hayır	671	72.5
Bilgi düzeyini yeterli bulma (N=1445)		
Evet	511	35.4
Hayır	934	64.6
Üreme sağlığı ile ilgili konuları paylaşma (N=1445)		
Paylaşmam	562	38.9
Paylaşırım	883	61.1
Paylaşılan kişi (N=1445)		
Anne	513	35.5
Baba	1	0.1
Anne-baba	2	0.1
Kardeş, Abla, Yakın Akraba	46	3.2
Arkadaş	152	10.5
Diğer	169	11.7
Hiç paylaşmam	562	38.9

Tablo 4.9'un Devamı

Üreme sağlığı ile ilgili konuşulan konular	N	%
Ergenlik dönemi problemleri (N=1445)		
Evet	645	44.6
Hayır	800	55.4
Ādet dönemi (N=1445)		
Evet	788	54.5
Hayır	657	45.5
Üreme organları sağlığı (N=1445)		
Evet	226	15.6
Hayır	1219	84.4
Bekāret (N=1445)		
Evet	143	9.9
Hayır	1302	90.1
Kendi bedeni ve cinsellik ile ilgili konular (N=1445)		
Evet	95	6.6
Hayır	1350	93.4
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (N=1445)		
Evet	71	4.9
Hayır	1374	95.1

*Üreme sağlığı ile ilgili bilgi almayan öğrenciler dâhil edilmemiştir (N=926).

**Okul yönetimi isteği üzerine sağlık müdürlüğüne bağlı bir sağlık personeli tarafından üreme sağlığına yönelik bilgi alan öğrenciler (N=255)

4.2. Üreme Sağlığı Eğitim Programının Değerlendirilmesi

Tablo 4.10'da öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin veriler verilmiştir. Öğrencilerin eğitim öncesi üreme sağlığı bilgi düzeyi median değeri 23 (0-100) iken, eğitim sonrasında bu değer 82'ye yükselmiştir. Yaklaşık olarak 4 kat bir artışın söz konusu olması verilen eğitimin etkili olduğunu göstermekte olup, ileri düzeyde istatistiksel anlamlılık söz konusudur ($P < 0.001$; $Z = -32,856$).

Tablo 4.10. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Persantil			P < 0.001 *
	25	Median	75	
Eğitim Öncesi	15.00	23.00	34.00	Z = -32,856 *
Eğitim Sonrası	75.00	82.00	85.00	

* (Wilcoxon Signed Ranks Testi; $P < 0.001$; $Z = -32,856$).

Tablo 4.11’de öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası üreme organları ve fizyolojisi bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin “**Üreme sağlığı kavramını**” eğitim öncesi bilme durumu %2 iken, eğitim sonrası bilme durumu %95.8’e yükselmiştir. Eğitim öncesi 1416 kişi bu kavramı yanlış bilmekteyken eğitim sonrasında 1356’sının doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 29 kişinin eğitim sonrasında da doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 1354.001; $p<0.001$). Öğrencilerin “**Kadın dış üreme organlarını**” eğitim öncesi bilme durumu %13.9 iken, eğitim sonrası bilme durumu %94.3’e yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1244 kişinin eğitim sonrasında 1173 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 201 kişinin eğitim sonrasında 190 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 1138.447; $p<0.001$).

Tablo 4.11. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Üreme Organları ve Fizyolojisi Bilgilerinin Dağılımı

		Eğitim öncesi				Eğitim sonrası				İstatistiksel Analiz P*	Mc Neamar χ^2 *
		Doğru Bilen		Yanlış Bilen		Doğru Bilen		Yanlış Bilen			
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Üreme Sağlığı Kavramı		29	2	1416	98	1385	95.8	60	4.2	<0.001	1354.001
	Kadın Dış Üreme Organları	201	13.9	1244	86.1	1363	94.3	82	5.7	<0.001	1138.447
Kadın İç Üreme Organları	*Overler	481	33.3	964	66.7	1415	97.9	30	2.1	<0.001	920.179
	*Tubalar	109	7.5	1336	92.5	1401	97	44	3	<0.001	1288.007
	*Uterus	218	15.1	1227	84.9	1407	97.4	38	2.6	<0.001	1181.041
	*Vajen	236	16.3	1209	83.7	1419	98.2	26	1.8	<0.001	1177.021
Meme Sağlığı	Meme Gelişimi	919	63.6	526	36.4	1422	98.4	23	1.6	<0.001	483.693
	KKMM Bilme	535	37	910	63	1378	95.4	67	4.6	<0.001	808.397
	Meme Kanseri Belirtileri	373	25.8	1072	74.2	1300	90	145	10	<0.001	875.869
Menstruel Dönem	Menarş Yaşı	1015	70.2	430	29.8	1422	98.4	23	1.6	<0.001	377.199
	Normal Âdet Düzeni/ Süresi	924	63.9	521	36.1	1431	99	14	1	<0.001	495.234
	Normal Vajinal Akıntı Özelliği	957	66.2	488	33.8	1377	95.3	68	4.7	<0.001	365.752

* (χ^2 McNeamar; $p<0.001$).

Kadın iç üreme organlarından **“Overleri”** eğitim öncesi bilme durumu %33.3 iken, eğitim sonrası bilme durumu %97.9’e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 964 kişinin eğitim sonrasında 940 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 481 kişinin eğitim sonrasında 475 kişinin doğru bildiği görülmüştür ($\chi^2_{McNeamar} = 920.179$; $p < 0.001$). Kadın iç üreme organlarından **“Tubaları”** eğitim öncesi bilme durumu %7.5 iken, eğitim sonrası bilme durumu %97’ye yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1336 kişinin eğitim sonrasında 1293 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 109 kişinin eğitim sonrasında 108 kişinin doğru bildiği saptanmıştır ($\chi^2_{McNeamar} = 1288.007$; $p < 0.001$). Kadın iç üreme organlarından **“Uterusu”** eğitim öncesi bilme durumu %15.1 iken, eğitim sonrası bilme durumu %97.4’e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1277 kişinin eğitim sonrasında 1192 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 218 kişinin eğitim sonrasında 215 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir ($\chi^2_{McNeamar} = 1181.041$; $p < 0.001$). Kadın iç üreme organlarından **“Vajeni”** eğitim öncesi bilme durumu %16.3 iken, eğitim sonrası bilme durumu %98.2’e yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1209 kişinin eğitim sonrasında 1185 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 236 kişinin eğitim sonrasında 234 kişinin doğru bildiği görülmüştür ($\chi^2_{McNeamar} = 1177.021$; $p < 0.001$) (Tablo 4.11).

Öğrencilerin **“Meme gelişiminin başlama zamanı”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %63.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %98.4’e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 526 kişinin eğitim sonrasında 512 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 919 kişinin eğitim sonrasında 910 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir ($\chi^2_{McNeamar} = 483.693$; $p < 0.001$). Öğrencilerin **“Kendi kendine meme muayenesi (KKMM)”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %37 iken, eğitim sonrası bilme durumu %95.4’e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 910 kişinin eğitim sonrasında 860 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 535 kişinin eğitim sonrasında 518 kişinin doğru bildiği saptanmıştır ($\chi^2_{McNeamar} = 808.397$; $p < 0.001$). Öğrencilerin **“Meme kanseri belirtileri”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %25.8 iken, eğitim sonrası bilme durumu %90’a yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1072 kişinin eğitim sonrasında 953 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 373 kişinin eğitim sonrasında 347 kişinin doğru bildiği görülmüştür ($\chi^2_{McNeamar} = 875.869$; $p < 0.001$) (Tablo 4.11).

Öğrencilerin **“Menarşın başlama yaşı”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %70.2 iken, eğitim sonrası bilme durumu %98.4’e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 430 kişinin eğitim sonrasında 422 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 1015 kişinin eğitim sonrasında 1000 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir ($\chi^2_{McNeamar} = 377.199$; $p < 0.001$). Öğrencilerin **“Normal âdet düzeni/süresi”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %63.9 iken, eğitim sonrası bilme durumu %99’a yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen

521 kişinin eğitim sonrasında 512 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 924 kişinin eğitim sonrasında 919 kişinin doğru bildiği saptanmıştır ($\chi^2_{McNeamar} = 495.234$; $p < 0.001$). Öğrencilerin "**Normal vajinal akıntı özelliği**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %66.2 iken, eğitim sonrası bilme durumu %95.3'e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 488 kişinin eğitim sonrasında 450 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 957 kişinin eğitim sonrasında 927 kişinin doğru bildiği görülmüştür ($\chi^2_{McNeamar} = 365.752$; $p < 0.001$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12'de üreme sağlığı eğitimi alan öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası menstruel dönem ve genital hijyen bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin "**Genital bölge temizleme yönü**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %61.5 iken, eğitim sonrası bilme durumu %98.1'e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 557 kişinin eğitim sonrasında 544 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 888 kişinin eğitim sonrasında 873 kişinin doğru bildiği saptanmıştır ($\chi^2_{McNeamar} = 498.719$; $p < 0.001$). Öğrencilerin "**Genital bölge temizleme şekli**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %59.4 iken, eğitim sonrası bilme durumu %83.3'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 587 kişinin eğitim sonrasında 473 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 858 kişinin eğitim sonrasında 730 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir ($\chi^2_{McNeamar} = 196.899$; $p < 0.001$).

Öğrencilerin "**Kullanılması gereken iç çamaşırı türü**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %61.6 iken, eğitim sonrası doğru bilme durumu %97'e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 555 kişinin eğitim sonrasında 532 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 890 kişinin eğitim sonrasında 870 kişinin doğru bildiği görülmüştür ($\chi^2_{McNeamar} = 473.045$; $p < 0.001$). Öğrencilerin "**Kullanılması gereken iç çamaşırı rengi**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %36.3 iken, eğitim sonrası bilme durumu %95.2'ye yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 921 kişinin eğitim sonrasında 871 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 524 kişinin eğitim sonrasında 504 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir ($\chi^2_{McNeamar} = 810.887$; $p < 0.001$). Öğrencilerin "**İç çamaşırı değiştirme sıklığı**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %63.5 iken, eğitim sonrası bilme durumu %93.3'e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 527 kişinin eğitim sonrasında 480 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 918 kişinin eğitim sonrasında 868 kişinin doğru bildiği saptanmıştır ($\chi^2_{McNeamar} = 347.247$; $p < 0.001$). Öğrencilerin "**Enfeksiyon belirtileri**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %38 iken, eğitim sonrası bilme durumu %93.8'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 896 kişinin eğitim sonrasında 834 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 549 kişinin eğitim sonrasında 522 kişinin doğru bildiği görülmüştür ($\chi^2_{McNeamar} = 754.513$; $p < 0.001$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Menstruel Dönem ve Genital Hijyen Bilgilerinin Dağılımı

		Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				İstatistiksel Analiz	Mc Neamar
		Doğru Bilen		Yanlış Bilen		Doğru Bilen		Yanlış Bilen			
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Genital Hijyen	Genital Bölge Temizleme Yönü	888	61.5	557	38.5	1417	98.1	28	1.9	<0.001	498.719
	Genital Bölge Temizleme Şekli	858	59.4	587	40.6	1203	83.3	242	16.7	<0.001	196.899
	İç Çamaşır Türü	890	61.6	555	38.4	1402	97	43	3	<0.001	473.045
	İç Çamaşır Rengi	524	36.3	921	63.7	1375	95.2	70	4.8	<0.001	810.887
	İç Çamaşır Değiştirme Sıklığı	918	63.5	527	36.5	1348	93.3	97	6.7	<0.001	347.247
	Enfeksiyon Belirtisi	549	38	896	62	1356	93.8	89	6.2	<0.001	754.513
Menstruel Hijyen	Ädet Olgusu	618	42.8	827	57.2	1364	94.4	81	5.6	<0.001	695.520
	Ped Değiştirme Sıklığı	985	68.2	460	31.8	1393	96.4	52	3.6	<0.001	350.951
	Menstruel Dönemde Banyo Yapma	616	42.6	829	57.4	1328	91.9	117	8.1	<0.001	625.645
Menstruel Dönem Ağrı	Non-Farmakolojik Yöntem	1064	73.6	381	26.4	1405	97.2	40	2.8	<0.001	297.172
	Farmakolojik Yöntem	819	56.7	626	43.3	1375	95.2	70	4.8	<0.001	482.798

* (χ^2 McNeamar; $p < 0.001$).

Öğrencilerin "**Ādet olgusu**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %42.8 iken, eğitim sonrası bilme durumu %94.4'e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 827 kişinin eğitim sonrasında 772 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 618 kişinin eğitim sonrasında 592 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 695.520; $p<0.001$). Öğrencilerin "**Ped değiştirme sıklığı**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %68.2 iken, eğitim sonrası bilme durumu %96.4'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 460 kişinin eğitim sonrasında 440 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 985 kişinin eğitim sonrasında 953 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 350.951; $p<0.001$). Öğrencilerin "**Menstruel dönemde banyo yapılması**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %42.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %91.9'a yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 381 kişinin eğitim sonrasında 365 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 1064 kişinin eğitim sonrasında 1040 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 625.645; $p<0.001$). Öğrencilerin "**Menstruel dönem ağrı ile baş etmede non-farmakolojik yöntem uygulanması**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %73.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %97.2'ye yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 381 kişinin eğitim sonrasında 365 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 1064 kişinin eğitim sonrasında 1040 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 297.172; $p<0.001$). Öğrencilerin "**Menstruel dönem ağrı ile baş etmede farmakolojik yöntem uygulanması**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %56.7 iken, eğitim sonrası bilme durumu %95.2'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 626 kişinin eğitim sonrasında 597 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 819 kişinin eğitim sonrasında 778 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 482.798; $p<0.001$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13'te üreme sağlığı eğitimi alan öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası gebelik ve AP bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin "**Gebelik için en uygun dönem**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %16.7 iken, eğitim sonrası bilme durumu %87.7'e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 1204 kişinin eğitim sonrasında 1057 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 241 kişinin eğitim sonrasında 210 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 965.648; $p<0.001$). Öğrencilerin "**Sağlıklı gebelik yaş aralığı**" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %17.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %92.2'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1191 kişinin eğitim sonrasında 1090 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 254 kişinin eğitim sonrasında 242 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 1052.567; $p<0.001$).

Tablo 4.13. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Gebelik ve Aile Planlaması Bilgilerinin Dağılımı

	Eğitim öncesi				Eğitim sonrası				İstatistiksel Analiz	Mc Neamar	
	Doğru Bilen		Yanlış Bilen		Doğru Bilen		Yanlış Bilen				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Gebelik İçin En Uygun Dönem	241	16.7	1204	83.3	1267	87.7	178	12.3	<0.001	965.648	
Sağlıklı Gebelik Yaş Aralığı	254	17.6	1191	82.4	1332	92.2	113	7.8	<0.001	1052.567	
Uterus Fonksiyonu	583	40.3	862	59.7	1374	95.1	71	4.9	<0.001	747.425	
Normal Gebelik Süresi	727	50.3	718	49.7	1423	98.5	22	1.5	<0.001	678.406	
Aile Planlaması Kavramını	568	39.3	877	60.7	1376	95.2	69	4.8	<0.001	767.982	
Kadınlarda	Oral Kontraseptifler	335	23.2	1110	76.8	1267	87.7	178	12.3	<0.001	844.796
	RIA	199	13.8	1246	86.2	932	64.5	513	35.5	<0.001	829.640
	Hormonal Enjeksiyonlar	37	2.6	1408	97.4	805	55.7	640	44.3	<0.001	733.527
	Deri Altı İmplantlar	9	0.6	1436	99.4	347	24	1098	76	<0.001	324.483
	Diyafram-Kadın Kondomu	10	0.7	1435	99.3	303	21	1142	79	<0.001	277.733
	Sperm Öldürücüler	11	0.8	1434	99.2	312	21.6	1133	78.4	<0.001	285.714
	Acil Kontrasepsiyon	5	0.3	1440	99.7	216	14.9	1229	85.1	<0.001	201.370
	Tüpligasyon	83	5.7	1362	94.3	386	26.7	1059	73.3	<0.001	233.258
Erkeklerde	Kondom	194	13.4	1251	86.6	1266	87.6	179	12.4	<0.001	1038.986
	Vazektomi	36	2.5	1409	97.5	637	44.1	808	55.9	<0.001	593.081
Oral Kontraseptiflerin Etki Mekanizması	96	6.6	1349	93.4	1138	78.8	307	21.2	<0.001	997.865	
RIA Uygulanan Kişiler	239	16.5	1206	83.5	1209	83.7	236	16.3	<0.001	913.386	
Kondomun Korunmadaki Etkinliği	350	24.2	1095	75.8	1327	91.8	118	8.2	<0.001	938.499	
Oral Kontraseptiflerin Kullanımına Bağlı Hataların Olumsuz Sonuçları	419	29	1026	71	1327	91.8	118	8.2	<0.001	871.450	

Tablo 4.13'ün Devamı

	Eğitim öncesi				Eğitim sonrası				İstatistiksel Analiz P*	Mc Neamar χ^2^*
	Doğru Bilen		Yanlış Bilen		Doğru Bilen		Yanlış Bilen			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Kondom Kullanım Kuralları	232	16.1	1213	83.9	1215	84.1	230	15.9	<0.001	944.490
Oral Kontraseptiflerin Kullanım Özelliği	375	26	1070	74	1356	93.8	89	6.2	<0.001	940.646
Oral Kontraseptiflerin Uterus ve Over CA'da Koruyuculuk Etkisi	98	6.8	1347	93.2	1233	85.3	212	14.7	<0.001	1111.457
RIA'nın CYBH'da Etkisi	146	10.1	1299	89.9	1211	83.8	234	16.2	<0.001	1018.988
RIA Yan Etki-Komplikasyon	233	16.1	1212	83.9	1279	88.5	166	11.5	<0.001	1007.403
Oral Kontraseptiflerin Menstruel Sikludaki Yan Etkisi	71	4.9	1374	95.1	1171	81	274	19	<0.001	1076.471
Deri Altı İmplant Kullanımı	80	5.5	1365	94.5	1129	78.1	316	21.9	<0.001	1017.891
Hormonal Enjeksiyon Yöntemi Yan Etki ve Komplikasyon	269	18.6	1176	81.4	1183	81.9	262	18.1	<0.001	843.693
RIA Uygulanabilen Kişiler	139	9.6	1306	90.4	1092	75.6	353	24.4	<0.001	910.858
Diyaframı Uygulayan Kişiler	189	13.1	1256	86.9	1133	78.4	312	21.6	<0.001	887.474
Tüpligasyonun Olumlu Yönleri	265	18.3	1180	81.7	1274	88.2	171	11.8	<0.001	970.453
Tüpligasyonun Olumsuz Yönleri	222	15.4	1223	84.6	1254	86.8	191	13.2	<0.001	993.421
Acil Kontrasepsiyon Kullanım Kuralları	116	8	1329	92	1325	91.7	120	8.3	<0.001	1191.236
Tüpligasyon Uygulanma Prosedürleri	262	18.1	1183	81.9	1322	91.5	123	8.5	<0.001	1032.671
Vazektomi Uygulamasının Olumlu-Olumsuz Yönleri, İzlemi ve Danışmanlığı	166	11.5	1279	88.5	1247	86.3	198	13.7	<0.001	1044.226
Acil Kontrasepsiyon Kullanım Durumları	186	12.9	1259	87.1	1265	87.5	180	12.5	<0.001	1036.649

*(χ^2 McNeamar; p<0.001).

Öğrencilerin **“Uterusun fonksiyonunu”** eğitim öncesi bilme durumu %40.3 iken, eğitim sonrası bilme durumu %95.1’e yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 862 kişinin eğitim sonrasında 813 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 583 kişinin eğitim sonrasında 561 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 747.425; $p<0.001$). Öğrencilerin **“Normal gebelik süresinin ne kadar olduğu”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %50.3 iken, eğitim sonrası bilme durumu %98.5’e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 718 kişinin eğitim sonrasında 704 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 727 kişinin eğitim sonrasında 719 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 678.406; $p<0.001$). Öğrencilerin **“Aile planlaması kavramını”** eğitim öncesi bilme durumu %39.3 iken, eğitim sonrası bilme durumu %95.2’e yükselmiştir. Bu kavramı eğitim öncesi yanlış bilen 877 kişinin eğitim sonrasında 828 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 568 kişinin eğitim sonrasında 548 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 767.982; $p<0.001$) (Tablo 4.13).

Öğrencilerin kadınların kullandığı AP yöntemlerinden **“Oral kontraseptifleri”** eğitim öncesi bilme durumu %23.2 iken, eğitim sonrası bilme durumu %87.7’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 844.796; $p<0.001$). **“RIA”**yı eğitim öncesi bilme durumu %13.8 iken, eğitim sonrası bilme durumu %64.5’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 629.640; $p<0.001$). **“Hormonal enjeksiyonları”** eğitim öncesi bilme durumu %2.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %55.7’ye yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 733.257; $p<0.001$). **“Deri altı implantları”** eğitim öncesi bilme durumu %0.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %24’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 324.483; $p<0.001$). **“Diyafra-kadın kondomu”** eğitim öncesi bilme durumu %0.7 iken, eğitim sonrası bilme durumu %21’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 277.733; $p<0.001$). **“Sperm öldürücüleri”** eğitim öncesi bilme durumu %0.8 iken, eğitim sonrası bilme durumu %21.6’ya yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 285.714; $p<0.001$). **“Acil kontrasepsiyonu”** eğitim öncesi bilme durumu %0.3 iken, eğitim sonrası bilme durumu %14.9’a yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 201.370; $p<0.001$). **“Tüpligasyonu”** eğitim öncesi bilme durumu %5.7 iken, eğitim sonrası bilme durumu %26.7’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar =233.258; $p<0.001$). Öğrencilerin erkeklerin kullandığı AP yöntemlerinden **“Kondomu”** eğitim öncesi bilme durumu %13.4 iken, eğitim sonrası bilme durumu %87.6’ya yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 1038.986; $p<0.001$). **“Vazektomi”** eğitim öncesi bilme durumu %2.5 iken, eğitim sonrası bilme durumu %44.1’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 593.081; $p<0.001$) (Tablo 4.13).

Öğrencilerin **“Oral kontraseptiflerin etki mekanizmasını”** eğitim öncesi bilme durumu %6.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %78.8’e yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1349 kişinin eğitim sonrasında 1064 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 96 kişinin eğitim sonrasında 74 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 997.865;

p<0.001). Öğrencilerin **"RIA uygulanabilen kişileri"** eğitim öncesi bilme durumu %16.5 iken, eğitim sonrası bilme durumu %83.7'ye yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1206 kişinin eğitim sonrasında 999 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 239 kişinin eğitim sonrasında 210 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 913.386; p<0.001). Öğrencilerin **"Kondomun (prezervatif) korunmadaki etkinliğini"** eğitim öncesi bilme durumu %24.2 iken, eğitim sonrası bilme durumu %91.8'e yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1095 kişinin eğitim sonrasında 996 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 350 kişinin eğitim sonrasında 331 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 938.499; p<0.001). Öğrencilerin **"Oral kontraseptif kullanımına bağlı hataların olumsuz sonuçlarını"** eğitim öncesi bilme durumu %29 iken, eğitim sonrası bilme durumu %91.8'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1026 kişinin eğitim sonrasında 926 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 419 kişinin eğitim sonrasında 401 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 871.450; p<0.001). Öğrencilerin **"Kondom kullanım kurallarını"** eğitim öncesi bilme durumu %16.1 iken, eğitim sonrası bilme durumu %84.1'e yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1213 kişinin eğitim sonrasında 1002 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 232 kişinin eğitim sonrasında 213 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 944.490; p<0.001) (Tablo 4.13).

Öğrencilerin **"Oral kontraseptiflerin kullanım özelliğini"** eğitim öncesi bilme durumu %26 iken, eğitim sonrası bilme durumu %93.8'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1070 kişinin eğitim sonrasında 1001 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 375 kişinin eğitim sonrasında 355 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 1111.457; p<0.001). Öğrencilerin **"Oral kontraseptiflerin uterus ve over kanserleri üzerindeki koruyuculuk etkisini"** eğitim öncesi bilme durumu %6.8 iken, eğitim sonrası bilme durumu %85.3'e yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1146 kişinin eğitim sonrasında 1347 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 98 kişinin eğitim sonrasında 87 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 1018.988; p<0.001). Öğrencilerin **"RIA'nın CYBH'daki etkisini"** eğitim öncesi bilme durumu %10.1 iken, eğitim sonrası bilme durumu %83.8'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1146 kişinin eğitim sonrasında 1347 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 98 kişinin eğitim sonrasında 87 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 1007.403; p<0.001). Öğrencilerin **"RIA sonrası yan etki ve komplikasyonları"** eğitim öncesi bilme durumu %16.1 iken, eğitim sonrası bilme durumu %88.5'e yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1212 kişinin eğitim sonrasında 1065 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 233 kişinin eğitim sonrasında 214 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 1076.471; p<0.001). Öğrencilerin **"Oral kontraseptiflerin menstruel sikludaki yan etkisini"** eğitim öncesi bilme durumu %4.9 iken, eğitim sonrası bilme

durumu %81'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1374 kişinin eğitim sonrasında 1111 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 71 kişinin eğitim sonrasında 60 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 1017.891; $p<0.001$). Öğrencilerin "**Deri altı implant kullanımını**" eğitim öncesi bilme durumu %5.5 iken, eğitim sonrası bilme durumu %78.1'e yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1365 kişinin eğitim sonrasında 1064 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 80 kişinin eğitim sonrasında 65 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 843.693; $p<0.001$). Öğrencilerin "**Hormonal enjeksiyon yöntemi sonrası yan etki ve komplikasyonlarını**" eğitim öncesi bilme durumu %18.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %81.9'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1176 kişinin eğitim sonrasında 951 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 269 kişinin eğitim sonrasında 232 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 910.858; $p<0.001$). Öğrencilerin "**RIA uygulanabilen kişileri**" eğitim öncesi bilme durumu %9.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %75.6'ya yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1306 kişinin eğitim sonrasında 974 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 139 kişinin eğitim sonrasında 118 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 887.474; $p<0.001$). Öğrencilerin "**Diyaframı uygulayan kişileri**" eğitim öncesi bilme durumu %86.9 iken, eğitim sonrası bilme durumu %78.4'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1256 kişinin eğitim sonrasında 973 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 189 kişinin eğitim sonrasında 160 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 970.453; $p<0.001$) (Tablo 4.13).

Öğrencilerin "**Tüpligasyonun olumlu yönlerini**" eğitim öncesi bilme durumu %18.3 iken, eğitim sonrası bilme durumu %88.2'e yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1180 kişinin eğitim sonrasında 1028 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 265 kişinin eğitim sonrasında 246 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 993.421; $p<0.001$). Öğrencilerin "**Tüpligasyonun olumsuz yönlerini**" eğitim öncesi bilme durumu %15.4 iken, eğitim sonrası bilme durumu %86.8'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1223 kişinin eğitim sonrasında 1051 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 222 kişinin eğitim sonrasında 203 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 1191.236; $p<0.001$). Öğrencilerin "**Acil kontrasepsiyon kullanım kurallarını**" eğitim öncesi bilme durumu %8 iken, eğitim sonrası bilme durumu %91.7'ye yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1329 kişinin eğitim sonrasında 1217 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 116 kişinin eğitim sonrasında 108 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 1032.671; $p<0.001$). Öğrencilerin "**Tüpligasyon uygulanma prosedürlerini**" eğitim öncesi bilme durumu %18.1 iken, eğitim sonrası bilme durumu %91.5'e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1183 kişinin eğitim sonrasında 1073 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 262 kişinin eğitim sonrasında 249 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 1044.226; $p<0.001$). Öğrencilerin "**Vazektomi uygulamasının olumlu-**

olumsuz yönlerini, izlemeni ve danışmanlığını” eğitim öncesi bilme durumu %11.5 iken, eğitim sonrası bilme durumu %86.3’e yükselmiştir ve eğitim öncesi yanlış bilen 1279 kişinin eğitim sonrasında 1099 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 166 kişinin eğitim sonrasında 148 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 1036.649; $p<0.001$). Öğrencilerin **“Acil kontrasepsiyon kullanım durumlarını”** eğitim öncesi bilme durumu %12.9 iken, eğitim sonrası bilme durumu %87.5’e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1259 kişinin eğitim sonrasında 1100 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 186 kişinin eğitim sonrasında 165 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 98.438; $p<0.001$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14’de üreme sağlığı eğitimi alan öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası CYBH ile ilgili bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin CYBH’lardan **“Kandidiaz”**i eğitim öncesi bilme durumu %0.2 iken, eğitim sonrası bilme durumu %7.5’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 98.438; $p<0.001$). Eğitim öncesi CYBH’lardan **“Trikomanas”**ı bilme durumu %0.0 iken, eğitim sonrası bilme durumu %3.7’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 51.019; $p<0.001$). CYBH’lardan **“Bakteriyel Vajinozis”**i eğitim öncesi bilme durumu %0.0 iken, eğitim sonrası bilme durumu %4.2’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 59.016; $p<0.001$). Eğitim öncesi CYBH’lardan **“Klamidya”**yı bilme durumu %0.4 iken, eğitim sonrası bilme durumu %10.2’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 137.063; $p<0.001$). CYBH’lardan **“Gonore”**yi eğitim öncesi bilme durumu %3.9 iken, eğitim sonrası bilme durumu %39.8’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 479.013; $p<0.001$). Eğitim öncesi CYBH’lardan **“Sifiliz”**i bilme durumu %4.3 iken, eğitim sonrası bilme durumu %33.8’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 392.663; $p<0.001$). CYBH’lardan **“HIV”**i eğitim öncesi bilme durumu %1 iken, eğitim sonrası bilme durumu %23.6’ya yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 310.662; $p<0.001$). Eğitim öncesi CYBH’lardan **“AIDS”**i bilme durumu %26.7 iken, eğitim sonrası bilme durumu %82.8’ya yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 740.363; $p<0.001$). CYBH’lardan **“Yumuşak Şankr”**ı eğitim öncesi bilme durumu %0.3 iken, eğitim sonrası bilme durumu %5.3’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 63.013; $p<0.001$). Eğitim öncesi CYBH’lardan **“Cinsel organ siğilleri”**ni bilme durumu %0.1 iken, eğitim sonrası bilme durumu %8.5’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 115.200; $p<0.001$). CYBH’lardan **“Cinsel organ uçuğu”**nu eğitim öncesi bilme durumu %0.1 iken, eğitim sonrası bilme durumu %7.1’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar=97.087; $p<0.001$). Eğitim öncesi CYBH’lardan **“Hepatit-B”**yi bilme durumu %4.1 iken, eğitim sonrası bilme durumu %42.9’a yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 527.162; $p<0.001$). CYBH’lardan **“Hepatit-C”**yi eğitim öncesi bilme durumu %1.7 iken, eğitim sonrası bilme durumu %53.8’e yükselmiştir (χ^2 McNeamar= 732.469; $p<0.001$).

Tablo 4.14. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) ile ilgili Bilgilerinin Dağılımı

		Eğitim öncesi				Eğitim sonrası				İstatistiksel Analiz	Mc Neamar
		Doğru Bilen		Yanlış Bilen		Doğru Bilen		Yanlış Bilen			
		N	%	N	%	N	%	N	%		
CYBH	Kandidiazis	3	0.2	1442	99.8	109	7.5	1336	92.5	<0.001	98.438
	Trikomanas Vaginalis	0	0.0	1445	100	53	3.7	1392	96.3	<0.001	51.019
	Bakteriyel Vajinozis	0	0.0	1445	100	61	4.2	1384	95.8	<0.001	59.016
	Klamidya	6	0.4	1439	99.6	147	10.2	1298	89.8	<0.001	137.063
	Gonore	57	3.9	1388	96.1	575	39.8	870	60.2	<0.001	479.013
	Sifiliz	62	4.3	1383	95.7	488	33.8	957	66.2	<0.001	392.663
	HIV	15	1	1430	99	341	23.6	1104	76.4	<0.001	310.662
	AIDS	386	26.7	1059	73.3	1196	82.8	249	17.2	<0.001	740.363
	Yumuşak Şankr	5	0.3	1440	99.7	77	5.3	1368	94.7	<0.001	63.013
	Cinsel Organ Siğilleri	2	0.1	1443	99.9	123	8.5	1322	91.5	<0.001	115.200
	Cinsel Organ Uçuğu	1	0.1	1444	99.9	102	7.1	1343	92.9	<0.001	97.087
	Hepatit-B	59	4.1	1386	95.9	634	43.9	811	56.1	<0.001	527.162
	Hepatit-C	25	1.7	1420	98.3	777	53.8	668	46.2	<0.001	732.469
	Korunmada Tek Eşlilik/ Eşine Sadık Olma	464	32.1	981	67.9	1308	90.5	137	9.5	<0.001	794.909
Erkekten Kadına Bulaş	380	26.3	1065	73.7	1284	88.9	161	11.1	<0.001	825.313	
Kadından Erkeğe Bulaş	343	23.7	1102	76.3	1264	87.5	181	12.5	<0.001	835.538	
Erkek ve Kadın Birbirlerine Bulaş	533	36.9	912	63.1	1367	94.6	78	5.4	<0.001	797.574	
Sadece Seks İşçilerinden ve Bu Kadımlarla İlişkiye Giren Erkeklerle Bulaş	208	14.4	1237	85.6	1265	87.5	180	12.5	<0.001	1031.578	
CYBH Belirti ve Yayılım	311	21.5	1134	78.5	1294	89.6	151	10.4	<0.001	946.343	
CYBH Bulaş Yolları	280	19.4	1165	80.6	1310	90.7	135	9.3	<0.001	993.284	
CYBH Bulaşda Riskli Eşyalar ve Alanların Ortak Kullanımı	357	24.7	1088	75.3	1321	91.4	124	8.6	<0.001	923.674	

Tablo 4.14'ün Devamı

	Eğitim öncesi				Eğitim sonrası				İstatistiksel Analiz	Mc Neamar
	Doğru Bilen		Yanlış Bilen		Doğru Bilen		Yanlış Bilen			
	N	%	N	%	N	%	N	%	P*	χ^2 *
Birden Çok Kişiyile, Korunmasız Cinsel İlişkiye Girenlerin CYBH Riski Olduğu	468	32.4	977	67.6	1335	92.4	110	7.6	<0.001	828.681
CYBH'ların Tedavisi-Eşlerin Birlikte Tedavi Görmeleri	300	20.8	1145	79.2	1280	88.6	165	11.4	<0.001	937.809
Güvenli Cinsellik	500	34.6	945	65.4	1326	91.8	119	8.2	<0.001	775.199
Tedavi Edilmeyen CYBH'da Düşük ve Dış Gebelik	355	24.6	1090	75.4	1326	91.8	119	8.2	<0.001	939.960
Tedavi Edilmeyen CYBH'ların Sonuçlarından İnfertilite	198	13.7	1247	86.3	1264	87.5	181	12.5	<0.001	1031.114
CYBH'ların Belirtileri	363	25.1	1082	74.9	1312	90.8	133	9.2	<0.001	888.926
CYBH'lardan Korunma Yolları	384	26.6	1061	73.4	1314	90.9	131	9.1	<0.001	864.771
CYBH'lardan Korunmada Sorumluluk/Her İlişkide Kondom Kullanma	796	55.1	649	44.9	1404	97.2	41	2.8	<0.001	566.845
Aşıyla Önlenebilen CYBH'lardan Hepatit-B	272	18.8	1173	81.2	1321	91.4	124	8.6	<0.001	1010.399

*(χ^2 McNeamar ; p<0.001).

Öğrencilerin "CYBH'lardan korunmada tek eşlilik/eşine sadık olma" ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %32.1 iken, eğitim sonrası bilme durumu %90.5'e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 981 kişinin eğitim sonrasında 869 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 464 kişinin eğitim sonrasında 439 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 794.909; p<0.001) (Tablo 4.14).

Öğrencilerin **“CYBH’larda erkekten kadına bulaşma yolu”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %26.3 iken, eğitim sonrası bilme durumu %88.9’a yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1065 kişinin eğitim sonrasında 946 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 380 kişinin eğitim sonrasında 338 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir ($\chi^2_{McNeamar} = 825.313$; $p < 0.001$). Öğrencilerin **“CYBH’larda kadından erkeğe bulaşma yolu”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %23.7 iken, eğitim sonrası bilme durumu %87.5’e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 1102 kişinin eğitim sonrasında 967 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 343 kişinin eğitim sonrasında 297 kişinin doğru bildiği saptanmıştır ($\chi^2_{McNeamar} = 835.538$; $p < 0.001$). Öğrencilerin **“CYBH’larda erkek ve kadının birbirlerine bulaştırma yolu”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %36.9 iken, eğitim sonrası bilme durumu %94.6’ya yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 912 kişinin eğitim sonrasında 852 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 533 kişinin eğitim sonrasında 515 kişinin doğru bildiği görülmüştür ($\chi^2_{McNeamar} = 797.574$; $p < 0.001$). Öğrencilerin **“CYBH’larda seks işçilerinden ve bu kadınlarla ilişkiye giren erkeklerden bulaşma yolu”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %14.4 iken, eğitim sonrası bilme durumu %87.5’e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 1237 kişinin eğitim sonrasında 1069 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 208 kişinin eğitim sonrasında 196 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir ($\chi^2_{McNeamar} = 1031.578$; $p < 0.001$) (Tablo 4.14).

Öğrencilerin **“CYBH’ların belirti ve yayılımı”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %21.5 iken, eğitim sonrası bilme durumu %89.6’ya yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1134 kişinin eğitim sonrasında 1001 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 311 kişinin eğitim sonrasında 293 kişinin doğru bildiği saptanmıştır ($\chi^2_{McNeamar} = 946.343$; $p < 0.001$). Öğrencilerin **“CYBH’larda bulaş yolları (korunmasız cinsel ilişki, anneden bebeğe geçiş ve kontrol edilmemiş kan ve kan ürünleri)”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %19.4 iken, eğitim sonrası bilme durumu %90.7’ye yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 1165 kişinin eğitim sonrasında 1048 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 280 kişinin eğitim sonrasında 262 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir ($\chi^2_{McNeamar} = 993.284$; $p < 0.001$). Öğrencilerin **“CYBH’larda bulaşda manikür, pedikür aletleri ve jilet gibi riskli eşyaların ve alanların ortak kullanımı”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %24.7 iken, eğitim sonrası bilme durumu %91.4’e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1088 kişinin eğitim sonrasında 984 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 357 kişinin eğitim sonrasında 337 kişinin doğru bildiği görülmüştür ($\chi^2_{McNeamar} = 923.674$; $p < 0.001$). Öğrencilerin **“Birden çok kişiyle, korunmasız cinsel ilişkiye girenlerin CYBH’lar açısından riskli olduğu”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %32.4 iken, eğitim sonrası bilme durumu %92.4’e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 977 kişinin eğitim

sonrasında 886 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 468 kişinin eğitim sonrasında 449 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 828.681; $p<0.001$) (Tablo 4.14).

Öğrencilerin **“CYBH’ların tedavisi (eşlerin birlikte tedavi görmeleri gerektiğini)”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %20.8 iken, eğitim sonrası bilme durumu %88.6’ya yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1145 kişinin eğitim sonrasında 1001 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 300 kişinin eğitim sonrasında 279 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 937.809; $p<0.001$). Öğrencilerin **“CYBH’lardan korunmada güvenli cinsellik”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %36.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %91.8’e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 945 kişinin eğitim sonrasında 852 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 500 kişinin eğitim sonrasında 474 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 775.199; $p<0.001$). Öğrencilerin **“Tedavi edilmeyen CYBH’in kadınlarda düşüğe ve dış gebeliğe neden olabileceği”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %24.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %91.8’e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1090 kişinin eğitim sonrasında 986 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 355 kişinin eğitim sonrasında 340 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 939.960; $p<0.001$). Öğrencilerin **“Tedavi edilmeyen CYBH’in kadınlarda ve erkeklerde infertiliteye neden olabileceği”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %13.7 iken, eğitim sonrası bilme durumu %87.5’e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 1247 kişinin eğitim sonrasında 1083 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 198 kişinin eğitim sonrasında 181 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 1031.114; $p<0.001$) (Tablo 4.14).

Öğrencilerin **“CYBH’ların belirtileri”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %25.1 iken, eğitim sonrası bilme durumu %90.8’e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1082 kişinin eğitim sonrasında 980 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 363 kişinin eğitim sonrasında 332 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 888.926; $p<0.001$). Öğrencilerin **“CYBH’lardan korunma yolları”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %26.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %90.9’a yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 1061 kişinin eğitim sonrasında 964 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 384 kişinin eğitim sonrasında 350 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 864.771; $p<0.001$). Öğrencilerin **“CYBH’lardan korunmada sorumluluğun her iki cinse ait olduğu ve her ilişkide kondom kullanmanın bilinme durumu”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %55.1 iken, eğitim sonrası bilme durumu %97.2’ye yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 649 kişinin eğitim sonrasında 629 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 796 kişinin eğitim sonrasında 775 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 566.845;

p<0.001). Öğrencilerin **“Aşıyla önlenabilen CYBH’lardan Hepatit-B”** ile ilgili soruyu eğitim öncesi bilme durumu %18.8 iken, eğitim sonrası bilme durumu %91.4’e yükselmiştir. Bu soruyu eğitim öncesi yanlış bilen 1173 kişinin eğitim sonrasında 1068 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 272 kişinin eğitim sonrasında 253 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 1010.399; p<0.001) (Tablo 4.14).

Tablo 4.15’de üreme sağlığı eğitimi alan öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası kadın hakları ile ilgili bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin evlilik yaşının medeni kanundaki geçerliliğine yönelik **“Kadın ve erkek 17 yaşını doldurmadan evlenemez”** ifadesini eğitim öncesi bilme durumu %19.7 iken, eğitim sonrası bilme durumu %87.4’e yükselmiştir. Bu ifadeyi eğitim öncesi yanlış bilen 1161 kişinin eğitim sonrasında 1015 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 284 kişinin eğitim sonrasında 248 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 910.070; p<0.001).

Tablo 4.15. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kadın Hakları ile ilgili Bilgilerinin Dağılımı

		Eğitim öncesi				Eğitim sonrası				İstatistiksel Analiz	Mc Neamar
		Doğru Bilen		Yanlış Bilen		Doğru Bilen		Yanlış Bilen			
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Medeni Kanun	Evlilik Yaşı	284	19.7	1161	80.3	1263	87.4	182	12.6	<0.001	910.070
	Resmi/ Dini Nikâh-	743	51.4	702	48.6	1372	94.9	73	5.1	<0.001	570.744
	Evlilik Birliği Hakkı	826	57.2	619	42.8	1381	95.6	64	4.4	<0.001	507.299
	Evlilik Hakkı	957	66.2	488	33.8	1393	96.4	52	3.6	<0.001	386.173
	Çalışma – Meslek Seçimi Hakkı	284	19.7	1161	80.3	1294	89.6	151	10.4	<0.001	964.092
	Konut Hakkı	809	56	636	44	1373	95	72	5.0	<0.001	511.240
	İsteddiği Kişi İle Evlenme Hakkı	752	52	693	48	1349	93.4	96	6.6	<0.001	515.553
	Başlık Parasının Kanunlardaki Yeri	814	56.3	631	43.7	1343	92.9	102	7.1	<0.001	457.773
	Evliliğin İptal Durumu Hakkı	586	40.6	859	59.4	1356	93.8	89	6.2	<0.001	722.935

* (χ^2 McNeamar; p<0.001).

Öğrencilerin resmi ve dini nikâhın medeni kanundaki geçerliliği ile ilgili **“Dini nikâhın tek başına hiçbir geçerliliği yoktur. Ayrıca resmi nikâh yapılmadan yapılması suçtur”** ifadesini eğitim öncesi bilme durumu %51.4 iken, eğitim sonrası bilme durumu %94.9’a yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 702 kişinin eğitim sonrasında 660 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 743 kişinin eğitim sonrasında 712 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 570.744; $p<0.001$). Öğrencilerin evlilik birliği hakkının medeni kanundaki geçerliliği ile ilgili **“Evliliğin birliğinin giderlerini eşler birlikte karşılamak durumundadır”** ifadesini eğitim öncesi bilme durumu %57.2 iken, eğitim sonrası bilme durumu %95.6’ya yükselmiştir. Bu ifadeyi eğitim öncesi yanlış bilen 619 kişinin eğitim sonrasında 580 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 826 kişinin eğitim sonrasında 801 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 507.299; $p<0.001$). Öğrencilerin evlilik hakkının medeni kanundaki geçerliliği ile ilgili **“18 yaşına gelmemiş bile olsa kadının istemediği bir kişiye hayır diyebilme hakkı vardır, kimse zorla evlendiremez”** ifadesini eğitim öncesi bilme durumu %66.2 iken, eğitim sonrası bilme durumu %96.4’e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 488 kişinin eğitim sonrasında 463 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 957 kişinin eğitim sonrasında 930 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 386.173; $p<0.001$) (Tablo 4.15).

Öğrencilerin çalışma ve meslek seçimi hakkının medeni kanundaki geçerliliği ile ilgili **“Kadın bir işe girerken eşinin iznini almalıdır”** ifadesini eğitim öncesi bilme durumu %19.7 iken, eğitim sonrası bilme durumu %89.6’ya yükselmiştir. Bu ifadeyi eğitim öncesi yanlış bilen 1161 kişinin eğitim sonrasında 1033 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 284 kişinin eğitim sonrasında 261 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 964.092; $p<0.001$). Öğrencilerin konut hakkının medeni kanundaki geçerliliği ile ilgili **“Oturulacak konuta ilişkin kullanma ve yararlanma hakkını etkileyen her türlü kanuni işlemlerde eşler birlikte karar vermelidir”** ifadesini eğitim öncesi bilme durumu %56 iken, eğitim sonrası bilme durumu %95’e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 656 kişinin eğitim sonrasında 592 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 809 kişinin eğitim sonrasında 781 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 511.240; $p<0.001$). Öğrencilerin istediği kişi ile evlenme hakkının medeni kanundaki geçerliliği ile ilgili **“Kadınlar istediği erkekle evlenme hakkına sahip değildir, aile büyüklerinin kararı geçerlidir”** ifadesini eğitim öncesi bilme durumu %52 iken, eğitim sonrası bilme durumu %93.4’e yükselmiştir. Bu ifadeyi eğitim öncesi yanlış bilen 693 kişinin eğitim sonrasında 643 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 752 kişinin eğitim sonrasında 706 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 515.553; $p<0.001$). Öğrencilerin başlık parasının medeni kanundaki geçerliliği ile ilgili **“Başlık parası kanunlar önünde geçerlidir”** ifadesini eğitim öncesi bilme durumu %56.3 iken, eğitim sonrası bilme durumu %92.9’a yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış

bilen 631 kişinin eğitim sonrasında 569 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 814 kişinin eğitim sonrasında 774 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 457.773; $p<0.001$). Öğrencilerin evliliğin iptal durumu hakkının medeni kanundaki geçerliliği ile ilgili **“Kadın zorla evlendirildiğinde şikâyet ettiği takdirde evliliği iptal edilir”** ifadesini eğitim öncesi bilme durumu %40.6 iken, eğitim sonrası bilme durumu %93.8’e yükselmiştir. Bu ifadeyi eğitim öncesi yanlış bilen 859 kişinin eğitim sonrasında 794 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 586 kişinin eğitim sonrasında 562 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 722.935; $p<0.001$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16’da üreme sağlığı eğitimi alan öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası şiddet olgusu ile ilgili bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin **“Şiddet algısı”** ile ilgili kavramı eğitim öncesi bilme durumu %30.7 iken, eğitim sonrası bilme durumu %89.1’e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1002 kişinin eğitim sonrasında 859 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 443 kişinin eğitim sonrasında 428 kişinin doğru bildiği saptanmıştır (χ^2 McNeamar= 813.100; $p<0.001$). Öğrencilerin **“Cinsel şiddet algısı”** ile ilgili kavramı eğitim öncesi bilme durumu %32.9 iken, eğitim sonrası bilme durumu %95.9’a yükselmiştir. Bu kavramı eğitim öncesi yanlış bilen 969 kişinin eğitim sonrasında 920 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 476 kişinin eğitim sonrasında 466 kişinin doğru bildiği belirlenmiştir (χ^2 McNeamar= 888.474; $p<0.001$). Öğrencilerin **“Cinsel istismar algısı”** ile ilgili kavramı eğitim öncesi bilme durumu %25.8 iken, eğitim sonrası bilme durumu %93.7’e yükselmiştir. Eğitim öncesi yanlış bilen 1072 kişinin eğitim sonrasında 993 kişinin doğru bildiği ve eğitim öncesi doğru bilen 373 kişinin eğitim sonrasında 361 kişinin doğru bildiği görülmüştür (χ^2 McNeamar= 955.622; $p<0.001$).

Tablo 4.16. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Şiddet Olgusu ile ilgili Bilgilerinin Dağılımı

	Eğitim öncesi				Eğitim sonrası				İstatistiksel Analiz P*	Mc Neamar χ^2 *
	Doğru Bilen		Yanlış Bilen		Doğru Bilen		Yanlış Bilen			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Şiddet Algısı	443	30.7	1002	69.3	1287	89.1	158	10.9	<0.001	813.100
Cinsel Şiddet Algısı	476	32.9	969	67.1	1386	95.9	59	4.1	<0.001	888.474
Cinsel İstismar Algısı	373	25.8	1072	74.2	1354	93.7	91	6.3	<0.001	955.622

* (χ^2 McNeamar; $p<0.001$).

Tablo 4.17’de bazı sosyo-demografik ve menstruel dönem özellikleri ile sigaraya başlama yaşı ve kullandığı sigara miktarına göre eğitim öncesi ve sonrası öğrencilerin üreme sağlığı bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösteren veriler yer almaktadır. Yaş ile eğitim öncesi bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yok iken [$r(1445)=0,038$; $P=0.146$, $P>0.05$]; eğitim sonrası bilgi düzeyi ile pozitif yönlü ve ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir [$r(1445)=0,176$; $p<0,001$]. Buna göre **eğitim sonrası bilgi düzeyi yaş yükseldikçe artmakta, yaş küçüldükçe azalmaktadır**. Kardeş sayısı ile eğitim sonrası bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yok iken [$r(1445)=0,012$; $P=0.646$; $P>0.05$]; eğitim öncesi bilgi düzeyi ile negatif yönlü ve ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir [$r(1445)=-0,137$; $p<0,001$]. Buna göre **eğitim öncesi bilgi düzeyi kardeş sayısı artıkça azalmakta, azaldıkça artmaktadır**.

Tablo 4.17. Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik ve Menstruel Dönem Özellikleri ile Sigaraya Başlama Yaşı ve Kullandığı Sigara Miktarına göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

	N	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası	
		r	p	r	p
Yaş	1445	+0.038	0.146	+0.176**	<0.001**
Kardeş Sayısı	1445	-0.137**	<0.001**	+0.012	0.646
Anne Yaşı	1434	+0.134**	<0.001**	+0.016	0.556
Baba Yaşı	1406	+0.183**	<0.001**	-0.003	0.896
Aylık gelir	508	+0.026	0.563	+0.081	0.067
Yoğun gün ped sayısı	1417	-0.099**	<0.001**	+0.107**	<0.001**
Son gün ped sayısı	1417	+0.166**	<0.001**	+0.049	0.067
Sigara başlama yaşı	136	+0.047	0.587	+0.165	0.055
Sigara miktarı (tane)	136	+0.062	0.470	-0.043	0.618

** $p<0.001$, * $p<0.05$

Anne yaşı [$r(1434)=0,016$; $P=0.556$; $P>0.05$] ve baba yaşı [$r(1406)=-0,003$; $P=0.896$; $P>0.05$] ile eğitim sonrası bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yok iken; anne yaşı [$r(1434)=0,134$; $p<0,001$] ve baba yaşı [$r(1406)=0,183$; $p<0,001$] ile eğitim öncesi bilgi düzeyleri arasında pozitif yönlü ve ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre **eğitim öncesi bilgi düzeyi anne yaşı yükseldikçe artmakta, küçüldükçe azalmakta ve baba yaşı yükseldikçe artmakta, küçüldükçe azalmaktadır**. Aylık gelir ile eğitim öncesi [$r(508)=0,026$; $P=0.563$, $P>0.05$] ve eğitim sonrası [$r(508)=0,081$; $P=0.067$, $P>0.05$] bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Yoğun gün ped sayısı ile eğitim öncesi bilgi düzeyi arasında negatif yönlü ve ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu [$r(1445)=-0,099$; $p<0,001$] ve eğitim sonrası bilgi düzeyi arasında ise pozitif yönlü ve ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir [$r(1445)=0,107$; $p<0,001$]. Buna göre **eğitim öncesi bilgi**

düzeyi yoğun gün ped sayısı arttıkça azalmakta, azaldıkça artmaktadır. Eğitim sonrası bilgi düzeyi ise yoğun gün ped sayısı arttıkça artmakta, azaldıkça azalmaktadır. Son gün ped sayısı ile eğitim sonrası bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yok iken [$r(1417)=0,049$; $P=0.067$; $P>0.05$]; eğitim öncesi bilgi düzeyi ile pozitif yönlü ve ileri derecede bir ilişki olduğu söylenebilir [$r(1445)=0,166$; $p<0,001$]. Buna göre **eğitim öncesi bilgi düzeyi son gün ped sayısı arttıkça artmakta, son gün ped sayısı azaldıkça azalmaktadır.** Sigaraya başlama yaşı ile eğitim öncesi [$r(136)=0,047$; $P=0.587$; $P>0.05$] ve sonrası [$r(136)=0,165$; $P=0.055$; $P>0.05$], günlük kullanılan sigara miktarı ile eğitim öncesi [$r(136)=0,062$; $P=0.470$; $P>0.05$] ve sonrası [$r(136)=0,043$; $P=0.618$; $P>0.05$] bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.17).

Tablo 4.18'de öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin okullara göre farklılık gösterip göstermediği, eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olup olmadığı incelenmiştir. **Okullara göre, öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu** görülmektedir [$(\chi^2=198.72$; $df=10$; $P<0.001$); ($\chi^2=205.73$; $df=10$; $P<0.001$)]. Eğitim öncesi bilgi düzeyi en düşük okulun Kız Teknik ve Meslek Lisesi, en yüksek okulun ise Şehit Uz. Çvş. İbrahim Erdoğan Anadolu Sağlık Meslek Lisesi olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrasında ise bilgi düzeyi en düşük okulun Ardahan Anadolu İmam Hatip Lisesi, en yüksek okulun ise Yalnızçam Lisesi olduğu görülmektedir. Okullara göre, üreme sağlığı eğitimi öncesi ve sonrası tüm öğrencilerin bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış saptanmıştır [$P<0.001$; $P<0.05$].

Tablo 4.19'da öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin anne öğrenim düzeyine göre farklılık gösterip göstermediği, eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olup olmadığı incelenmiştir. **Anne öğrenim düzeyine göre, öğrencilerin eğitim öncesi bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu** görülmektedir [$\chi^2=39.380$; $df=4$; $P<0.001$]. Eğitim öncesi bilgi düzeyi en düşük olanların anne öğrenim düzeylerinin okuryazar, en yüksek olanlarınsa anne öğrenim düzeylerinin lise olduğu saptanmıştır. **Eğitim sonrası bilgi düzeylerinde ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir** [$\chi^2=7.946$; $df=4$; $P=0.094$, $P>0.05$]. Anne öğrenim düzeyine göre, üreme sağlığı eğitimi öncesi ve sonrası tüm öğrencilerin bilgi düzeylerinde ileri düzeyde anlamlı bir artış belirlenmiştir [$P<0.001$].

Tablo 4.18. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Okullara Göre Dağılımı

Okullar	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		İstatistiksel Analiz	
	N	$\bar{X} \pm \text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	$\bar{X} \pm \text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	P (Anlamlılık Düzeyi)	Z	
Ardahan Anadolu Lisesi	177	23.01±14.93 22(8.50-35)	73.95±11.36 76(67.50-82)	P<0.001**	Z=-11.528**	
Ardahan Anadolu Öğretmen Lisesi	140	21.93±15.27 20(12.25-30)	79.94±10.63 82(80-84)	P<0.001**	Z=-10.231**	
Ardahan Anadolu İmam Hatip Lisesi	85	23.22±7.74 22(18-28.50)	71.40±10.79 75(67.50-78)	P<0.001**	Z=-8.010**	
Ardahan Rekabet Kurumu Fen Lisesi	92	29.63±14.79 26(19-37.75)	80.96±6.94 82(79-85)	P<0.001**	Z=-8.330**	
Ardahan Şehit Er Serhat Şanlı Ticaret Meslek Lisesi	241	25.42±9.70 24(18-32)	74.23±16.95 81(68-84)	P<0.001**	Z=-13.421**	
Ardahan Teknik Ve Endüstri Meslek Lisesi	15	32.06±8.72 32(26-37)	71.80±11.25 76(66-79)	P=0.001** P<0.05	Z=-3.409**	
Hoçyan Hasköy Çok Programlı Lisesi	39	36.71±8.34 38(31-43)	82.25±4.43 82(80-84)	P<0.001**	Z=-5.445**	
Kız Teknik Ve Meslek Lisesi	357	18.44±13.21 18(5.50-27)	79.97±12.72 84(79-87)	P<0.001**	Z=-16.375**	
80.Yıl Ardahan Anadolu Lisesi	160	28.10±13.79 28(18-37.75)	79.66±11.02 82(79-84)	P<0.001**	Z=-10.955**	
Şehit Uz. Çvş. İbrahim Erdoğan Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	126	42.36±22.99 43(19-64)	82.43±11.08 85(80-89)	P<0.001**	Z=-9.563**	
Yalnızçam Lisesi	13	26.61±11.04 29(20-36)	83.76±5.19 86(78.50-88)	P=0.001** P<0.05	Z=-3.181**	
İstatistiksel Analiz	χ^2 (Chi-Square)	$\chi^2=198.72^*$	$\chi^2=205.73^*$			
	df (Serbestlik Derecesi)	df=10*	df=10*			
	P (Anlamlılık Düzeyi)	P<0.001*	P<0.001*			

***Eğitim Öncesinin-Eğitim Sonrasının Kendi İçerisindeki Karşılaştırmaları Kruskal Wallis H Test; P<0.05 **Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Karşılaştırmalar Wilcoxon Signed Ranks Testi; P<0.05**

Tablo 4.19. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Anne Öğrenim Düzeyine Göre Dağılımı

Anne Öğrenim Düzeyi	N	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	İstatistiksel Analiz	
		$\bar{X}\pm\text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	$\bar{X}\pm\text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	P (Anlamlılık Düzeyi)	Z
Okur Yazar Değil	181	27.01±13.84 25(18-34)	77.91±11.94 81(76-84)	P<0.001**	Z=-11.657**
Okur Yazar	84	19.88±16.18 17.50(5-29.75)	80.92±7.78 83(79-85)	P<0.001**	Z=-7.961**
İlköğretim	1026	24.47±15.03 23(14-33)	77.70±13.03 82(75-85)	P<0.001**	Z=-27.709**
Lise	121	32.81±17.10 29(19-45)	79.31±12.33 82(76-86)	P<0.001**	Z=-9.412**
Yüksekokul-Üniversite	22	29.68±21.24 22.50(15.50-48.50)	74.86±17.89 82(71-85)	P<0.001**	Z=-4.011**
İstatistiksel Analiz	χ^2 (Chi-Square)	$\chi^2=39.820^*$	$\chi^2=7.946^*$		
	df (Serbestlik Derecesi)	df=4*	df=4*		
	P (Anlamlılık Düzeyi)	P<0.001*	P=0.094* P>0.05		

***Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrasının Kendi İçerisindeki Karşılaştırmaları Kruskal Wallis H Test; P<0.05 **Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Karşılaştırmalar Wilcoxon Signed Ranks Testi; P<0.05**

Tablo 4.20'de öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin aile tipine göre farklılık gösterip göstermediği, eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olup olmadığı incelenmiştir. **Aile tipine göre, üreme sağlığı eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu** görülmektedir [$(\chi^2=10.920; df=2; P=0.004, P<0.05)$; $(\chi^2=7.191; df=2; P=0.027, P<0.05)$]. Eğitim öncesi bilgi düzeyi en düşük olan öğrencilerin aile tipinin çekirdek ve geniş aile ve en yüksek olan öğrencilerin aile tipinin ise parçalanmış aile olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrasında ise bilgi düzeyi en düşük olan öğrencilerin aile tipinin çekirdek aile, en yüksek olanlarınsa parçalanmış aile olduğu görülmektedir. Aile tipine göre, üreme sağlığı eğitimi öncesi ve sonrası tüm öğrencilerin bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış saptanmıştır [$P<0.001$].

Tablo 4.20. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Aile Tipine Göre Dağılımı

Aile Tipi	N	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	İstatistiksel Analiz	
		$\bar{X} \pm \text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	$\bar{X} \pm \text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	P (Anlamlılık Düzeyi)	Z
Çekirdek Aile	1021	25.87±15.42 23(16-34)	77.73±12.52 81(75-85)	P<0.001**	Z=-27.606**
Geniş Aile	394	23.48±15.52 23(12-33)	78.50±13.55 82(77-85)	P<0.001**	Z=-17.176**
Parçalanmış Aile	30	32.53±16.25 28.50(20.50-42.75)	81.46±7.03 83(75.75-87)	P<0.001**	Z=-4.783**
İstatistiksel Analiz	χ^2 (Chi-Square)	$\chi^2=10.920^*$	$\chi^2=7.191^*$		
	df (Serbestlik Derecesi)	df=2*	df=2*		
	P (Anlamlılık Düzeyi)	P=0.004* P<0.05	P=0.027* P<0.05		

***Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Karşılaştırmaları Kruskal Wallis H Test; P<0.05 **Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Karşılaştırmalar Wilcoxon Signed Ranks Testi; P<0.05**

Tablo 4.21’de öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin aile gelir düzeyi algısına göre farklılık gösterip göstermediği, eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olup olmadığı incelenmiştir. **Aile gelir düzeyi algısına göre, üreme sağlığı eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir** [$(\chi^2=16.532$; $df=2$; $P<0.001$); $(\chi^2=9.873$; $df=2$; $P=0.007$; $P<0.05$)]. Eğitim öncesi bilgi düzeyi düşük olan öğrencilerin orta gelir düzeyi algısının, bilgi düzeyi yüksek olanların ise yüksek gelir düzeyi algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrası ise bilgi düzeyi en düşük olan öğrencilerin gelir düzeyi algısının düşük, bilgi düzeyi en yüksek olanların ise gelir düzeyi algısının yüksek olduğu saptanmıştır. Aile gelir düzeyi algısına göre, eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında tüm gruplarda ileri düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir [$P<0.001$].

Tablo 4.21. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Aile Gelir Düzeyi Algısına Göre Dağılımı

Aile Gelir Düzeyi Algısı	N	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	İstatistiksel Analiz	
		$\bar{X} \pm \text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	$\bar{X} \pm \text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	P (Anlamlılık Düzeyi)	Z
Düşük	246	27.39±12.65 24(18-35)	76.98±12.42 81(73.75-84)	P<0.001**	Z=-13.588**
Orta	1131	24.68±16.12 23(13-33)	78.15±12.76 82(76-85)	P<0.001**	Z=-29.058**
Yüksek	68	29.32±13.70 27(21.25-34.75)	79.69±13.23 83.50(78.25-86)	P<0.001**	Z=-7.156**
İstatistiksel Analiz	χ^2 (Chi-Square)	$\chi^2=16.532^*$	$\chi^2=9.873^*$		
	df (Serbestlik Derecesi)	df=2*	df=2*		
	P (Anlamlılık Düzeyi)	P<0.001*	P=0.007*		

***Eğitim Öncesinin-Eğitim Sonrasının Kendi İçerisindeki Karşılaştırmaları Kruskal Wallis H Test; P<0.05 **Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Karşılaştırmalar Wilcoxon Signed Ranks Testi; P<0.05**

Tablo 4.22’de öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin sağlık güvencesine göre farklılık gösterip göstermediği, eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olup olmadığı incelenmiştir. **Sağlık güvencesine göre, öğrencilerin eğitim öncesi bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır** [U=175849; Z=-4.838; P<0.001]. Sağlık güvencesi olmayan öğrencilerin en düşük bilgi düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. **Eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir** [U=204784.50; Z=-0.773; P=0.439; P>0.05]. Sağlık güvencesine göre, her iki grubun eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [P<0.001].

Tablo 4.22. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Sağlık Güvencesine Göre Dağılımı

Sağlık Güvencesi	N	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	İstatistiksel Analiz	
		$\bar{X}\pm Std$ Medyan (25-75)Persantil	$\bar{X}\pm Std$ Medyan (25-75)Persantil	P (Anlamlılık Düzeyi)	Z
Evvet	1041	26.74±15.73 24(16-35)	77.72±13.09 82(75-85)	P<0.001**	Z=-27.869**
Hayır	404	21.81±14.39 22(10-31)	78.79±11.72 82(76.25-85)	P<0.001**	Z=-17.406**
İstatistiksel Analiz	U	U=175849*	U=204784.50*		
	Z	Z=-4.838*	Z=-0.773*		
	P (Anlamlılık Düzeyi)	P<0.001*	P=0.439* P>0.05		

***Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrasının Kendi İçerisindeki Karşılaştırmaları Mann-Whitney-U testi; P<0.05 **Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Karşılaştırmalar Wilcoxon Signed Ranks Testi; P<0.05**

Tablo 4.23'de öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin en uzun süreyle yaşadıkları yere göre farklılık gösterip göstermediği, eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olup olmadığı incelenmiştir. **En uzun süreyle yaşadıkları yere göre, eğitim öncesi bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir** [$\chi^2=5.714$; $df=3$; $P=0.126$, $P>0.05$]. **Eğitim sonrası bilgi düzeylerinde ise anlamlı bir farklılık olduğu saptanmış** [$\chi^2=11.381$; $df=3$; $P=0.010$, $P<0.05$] olup, bilgi düzeyleri en düşük olan öğrencilerin en uzun süreyle yaşadıkları yerin yurtdışı, en yüksek olan öğrencilerin ise il ve ilçe olduğu görülmektedir. Eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında, en uzun süreyle yaşadıkları yer yurt dışı olan öğrencilerde anlamlı bir farklılık yok iken [$P=0.180$, $P>0.05$] diğer tüm gruplarda ileri düzeyde anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [$P<0.001$].

Tablo 4.23. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin En Uzun Süreyle Yaşadıkları Yere Göre Dağılımı

		Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	İstatistiksel Analiz	
En Uzun Süreyle Yaşadıkları Yer	N	$\bar{X}\pm\text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	$\bar{X}\pm\text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	P (Anlamlılık Düzeyi)	Z
		İl	512		
İlçe	136	25.63±18.93 23(11-38)	78.94±11.72 82(76-85)	P<0.001**	Z=-10.119**
Köy	795	24.37±14.11 23(16-32)	77.36±13.45 81(75-84)	P<0.001**	Z=-24.395**
Yurtdışı	2	15.50±2.12 15.50(14-17)	35.50±7.77 35.50(30-41)	P=0.180** P>0.05	Z=-1.342**
İstatistiksel Analiz	χ^2 (Chi-Square)	$\chi^2=5.714^*$	$\chi^2=11.381^*$		
	df (Serbestlik Derecesi)	df=3*	df=3*		
	P (Anlamlılık Düzeyi)	P=0.126* P>0.05	P=0.010* P<0.05		

***Eğitim Öncesinin-Eğitim Sonrasının Kendi İçerisindeki Karşılaştırmaları Kruskal Wallis H Test; P<0.05 **Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Karşılaştırmalar Wilcoxon Signed Ranks Testi; P<0.05**

Tablo 4.24'de öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin ikamet ettikleri yere göre farklılık gösterip göstermediği, eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olup olmadığı incelenmiştir. **İkamet ettikleri yere göre, öğrencilerin eğitim öncesi bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir** [$\chi^2=27.953$; $df=4$; $P<0.001$]. Eğitim öncesi bilgi düzeyleri en düşük olan öğrencilerin kendi evinde kalan ve en yüksek olan öğrencilerin ise akrabasının evinde kalanlar olduğu saptanmıştır. **Eğitim sonrası bilgi düzeylerinde ise anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir** [$\chi^2=4.502$; $df=4$; $P=0.342$; $P>0.05$]. Diğer (babaanne/dede yanında) yerde kaldığını belirten öğrenciler dışındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrasındaki bilgi düzeyleri arasında ileri düzeyde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir [$P<0.001$].

Tablo 4.24. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin İkamet Edilen Yere Göre Dağılımı

İkamet Edilen Yer	N	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	İstatistiksel Analiz	
		$\bar{X} \pm \text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	$\bar{X} \pm \text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	P (Anlamlılık Düzeyi)	Z
Kendi Evim	878	23.63±15.14 22(13-32.25)	77.94±13.55 82(75-85)	P<0.001**	Z=-25.599**
Akrabamın Evi	18	32.11±21.19 29(16.50-45.25)	78.88±11.10 81(71.75-85.25)	P<0.001**	Z=-3.725**
Yatılı Okul	145	29.31±14.33 28(19-38)	77.95±10.55 81(75-84)	P<0.001**	Z=-10.437**
Yurt	400	27.42±16.01 25(16-35)	78.19±11.70 81(76-81)	P<0.001**	Z=-17.306**
Diğer	4	25±3.16 24.50(22.25-28.25)	77±8.16 77(69.50-84.50)	P=0.068** P>0.05	Z=-1.826**
İstatistiksel Analiz	χ^2 (Chi-Square)	$\chi^2=27.953^*$	$\chi^2=4.502^*$		
	df (Serbestlik Derecesi)	df=4*	df=4*		
	P (Anlamlılık Düzeyi)	P<0.001*	P=0.342* P>0.05		

***Eğitim Öncesinin-Eğitim Sonrasının Kendi İçerisindeki Karşılaştırmaları Kruskal Wallis H Test; P<0.05 **Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Karşılaştırmalar Wilcoxon Signed Ranks Testi; P<0.05**

Tablo 4.25’de öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin flört ilişkisi yaşama durumlarına göre farklılık gösterip göstermediği, eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olup olmadığı incelenmiştir. **Flört ilişkisi yaşama durumlarına göre, eğitim öncesi öğrencilerin bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık var iken** [U=164434.50; Z=-9.926; P<0.001]; **eğitim sonrasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir** [U=232137.50; Z=-1.021; P=0.307; P>0.05]. Flört ilişkisi yaşayan öğrencilerin yaşamayanlara göre, eğitim öncesi bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur [P<0.001; Z=-19.566]. Flört ilişkisi yaşama durumuna göre, her iki grubun eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir [P<0.001].

Tablo 4.25. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Flört İlişki Yaşama Durumlarına göre Dağılımı

Flört İlişki Yaşama Durumu	N	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	İstatistiksel Analiz	
		$\bar{X}\pm\text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	$\bar{X}\pm\text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	P (Anlamlılık Düzeyi)	Z
Evet	517	30.35±14.98 29(20-39)	78.19±13.39 82(75-85)	P<0.001**	Z=-26.385**
Hayır	928	22.58±15.13 21(13-30)	77.93±12.35 82(76-85)	P<0.001**	Z=-19.566**
İstatistiksel Analiz	U	U=164434.50*	U=232137.50*		
	Z	Z= -9.926*	Z=-1.021*		
	P (Anlamlılık Düzeyi)	P<0.001*	P=0.307* P>0.05		

*Eğitim Öncesinin-Eğitim Sonrasının Kendi İçerisindeki Karşılaştırmaları Mann-Whitney-U testi; P<0.05 **Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Karşılaştırmalar Wilcoxon Signed Ranks Testi; P<0.05

Tablo 4.26'da öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin üreme sağlığı ile ilgili bilgi alma durumuna göre farklılık gösterip göstermediği, eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olup olmadığı incelenmiştir. **Üreme sağlığı ile ilgili bilgi alma durumuna göre, öğrencilerin eğitim öncesi bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır** [U=131491; Z=-14.301; P<0.001]. Üreme sağlığı ile ilgili bilgi almadığını ifade eden öğrencilerin en düşük bilgi düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Üreme sağlığı ile ilgili bilgi alma durumlarına göre, öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir [U=225499; Z=-1.947; P=0.052; P>0.05]. Bilgi alma durumuna göre, her iki grubun eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir [P<0.001].

Tablo 4.26. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Üreme Sağlığı ile ilgili Bilgi Alma Durumuna göre Dağılımı

		Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	İstatistiksel Analiz	
Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Alma Durumu	N	$\bar{X} \pm \text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	$\bar{X} \pm \text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	P (Anlamlılık Düzeyi)	Z
		Evet	926		
Hayır	519	17.57 ± 12.88 17(5-26)	78.31 ± 13.16 82(76-85)	P<0.001**	Z=-19.727**
İstatistiksel Analiz	U	U=131491*	U=225499*		
	Z	Z=-14.301*	Z=-1.947*		
	P (Anlamlılık Düzeyi)	P<0.001*	P=0.052* P>0.05		

***Eğitim Öncesinin-Eğitim Sonrasının Kendi İçerisindeki Karşılaştırmaları Mann-Whitney-U testi; P<0.05 **Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Karşılaştırmalar Wilcoxon Signed Ranks Testi; P<0.05**

Tablo 4.27’de öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin üreme sağlığı bilgi düzeyini yeterli bulma durumuna göre farklılık gösterip göstermediği, eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olup olmadığı incelenmiştir. **Üreme sağlığı bilgi düzeyini yeterli bulma durumuna göre, öğrencilerin eğitim öncesi bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır** [U=1701184; Z=-9.029; P<0.001]. Üreme sağlığı bilgi düzeyini yeterli bulmayan öğrencilerin bilgi düzeyini yeterli bulanlara göre, eğitim öncesi bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. **Eğitim sonrası bilgi düzeylerinde ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir** [U=227796.50; Z=-1.431; P=0.152; P>0.05]. Bilgi düzeyini yeterli bulma durumuna göre, her iki grubun eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir [P<0.001].

Tablo 4.27. Üreme Sağlığı Eğitimi Alan Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyini Yeterli Bulma Durumuna Göre Dağılımı

Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyini Yeterli Bulma Durumu	N	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	İstatistiksel Analiz	
		$\bar{X} \pm \text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	$\bar{X} \pm \text{Std}$ Medyan (25-75)Persantil	P (Anlamlılık Düzeyi)	Z
		Evet	511		
Hayır	934	22.70±15.19 21(12-31)	78.37±12.58 82(75-85)	P<0.001**	Z=-26.414**
İstatistiksel Analiz	U	U=1701184*	U=227796.50*		
	Z	Z=-9.029*	Z=-1.431*		
	P (Anlamlılık Düzeyi)	P<0.001*	P=0.152* P>0.05		

*Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Karşılaştırmaları Mann-Whitney-U testi; P<0.05 **Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Karşılaştırmalar Wilcoxon Signed Ranks Testi; P<0.05

5. TARTIŞMA

Ardahan il merkezindeki ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören kız öğrencilerin üreme sağlığı bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi amacıyla yapılan araştırma bulguları, 2 bölümde tartışılmıştır.

5.1. Öğrenciler ve Ailelerine İlişkin Özellikler

5.1.1. Öğrencilerin menstruel döneme ilişkin özellikleri

Üreme sağlığı konusunda, adolesan kızların yaşadığı fizyolojik değişimlerin en önemlisi menarş'tır (Demirel & Terzioğlu, 2003). Yapılan çalışmada öğrencilerin %98.1'inin âdet gördüğü saptanmıştır. Öğrencilerde menarş yaşı ortalaması 13.26±0.99 yıl olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Menarş olayının sağlıklı başlaması ve doğal olarak kabul edilebilmesi için doğru ve yeterli bilgi birikimi gerekmektedir (WHO, 1977). Çalışmada öğrencilerin büyük bir bölümü (%95.6) menstruel dönem ile ilgili bilgi aldığını ve %75.7'si bilgi kaynağının annesi olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3). Kullanılan ped türü ve ped değiştirme sıklığı genital enfeksiyonların önlenmesi için önemlidir. Yapılan çalışmada öğrencilerin menstruasyon süresince kullandığı ped türünün %96.6'sının hazır ped (hijyenik ped), %3.4'ünün ise pamuk ve evde hazırlanmış bezler olduğu belirtilmiştir. Ped değiştirme sıklığı incelendiğinde ise yoğun günde %62.4'ünün 3-4 ped değiştirdiği, son günde ise %79'unun 1-2 ped değiştirdiği saptanmıştır (Tablo 4.3). Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan pek çok çalışmada menarş yaşı ortalaması çalışma bulgumuzla uyumlu olarak 12.25-13.7 yıl arasında değişmektedir (Adalı & Koç, 2011; Asgharnia, Faraji, Sharami, Yadak, & Oudi, 2009; Aslan, 1997; Arıkan, Tortumluoğlu, & Özyazıcıoğlu, 2004; Delavar & Hajian-Tilaki, 2008; El Gilany, Badawi, & El-Fedawy, 2005; Eryılmaz Yıldız & Çalı, 1994; Gölbaşı, Doğaner, & Erbaş, 2012; Kamacı, Önder, & Akman, 1997; Öncel, Yılmaz, & Ak, 2003; Pooladkhan & Valai, 2000; Şenol, Gündüz, & Öztürk, 2010). Menarş ve menstruel dönem ile ilgili bilgilendirilen adolesanların döneme özgü olumsuz ve sağlıksız davranış biçimleri önlenabilir. Adolesanların menstruel dönemle ilgili bilgi alma oranları; Gölbaşı ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında %90.8, Şenol ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında %82, Gürkan'ın (2009) çalışmasında %93.2, Turan ve Ceylan'ın (2007) çalışmasında %90, Erenel ve Şentürk'ün (2007) çalışmasında %73.9, İnce'nin (2001) çalışmasında %84.3 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızdaki oran daha yüksek olmakla birlikte geçmişten günümüze yaklaştıkça bilgi alma oranlarının da artış gösterdiği, diğer araştırmalarda da benzer şekilde menstruel dönem hakkındaki ilk bilginin daha çok (%51.3-%72.9) anneden alındığı görülmektedir (Gürkan, 2009; Erenel & Şentürk, 2007; İnce, 2001; Turan & Ceylan, 2007).

Menstruel dönemde hazır pedlerin (hijyenik pedlerin) kullanılması; vulva sağlığı açısından tek kullanımlık ve emici olmaları, vulvayı kuru tutmaları nedeniyle önerilmektedir. Bezler tek kullanımlık olmamaları, ortamı nemli tutarak mikroorganizma gelişimi için zemin hazırlamaları ve kötü kokuya yol açarak rahatsızlık hissi yaratmaları nedeniyle önerilmemektedir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da, bu çalışmada olduğu gibi öğrencilerin çoğunun (%99.2-%83.5) menstruasyon döneminde hazır ped (hijyenik ped) kullandıkları saptanmıştır (Arıkan vd., 2004; Güler vd., 2005; Gürkan, 2009; Işık, 1989; Koyun, Özpulat, & Özvarış, 2013; Küçükşahin, 2009; Tartaç & Özkan, 2011; Turan & Ceylan, 2007; Şahintürk, 1999; Şenol vd., 2010; Ulaş, 1998). Bez kullanımının %48 olarak belirlendiği Rahman'ın (1986) çalışma bulgusu geçmişten günümüze hijyenik ped kullanımının arttığını, Küçükşahin'in (2009) kırsal alanda yaptığı çalışmasında adolesan grupta %10.1 olarak belirlenen bez kullanım oranının yüksek olması, kente göre kırsal bölgelerde bez kullanımının daha yaygın olduğunu göstermektedir. Üro-genital Sistem Enfeksiyonlarının önlenmesi açısından ped değiştirme sıklığının 6 saati geçmemesi önerilmektedir. Menstruasyon süresince ped değiştirme sıklığının incelendiği çalışmalarda; öğrencilerin ortalama yarısının (%49.5-%65) günde 3-4 ya da 4-6 ped değiştirdiği saptanmıştır (Güler vd., 2005; Gürkan, 2009; Koyun vd., 2013; Turan & Ceylan, 2007; Şıpkin, 2007). Çalışmamızda elde edilen bulgular ve diğer çalışma sonuçları incelendiğinde öğrencilerin 1/3'lik ya da yarısına yakın bir kesiminin yeterli sıklıkta ped değiştirmedikleri, bu durumun enfeksiyon gelişimi açısından risk oluşturabileceği görülmüştür. Bevan ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında menstruasyon döneminde ders aralarının kısıtlı olması ve sıkı okul kuralları gibi nedenlerden dolayı adolesanların yeterli sıklıkta ped değiştiremedikleri ve yetişkinlerden daha fazla menstural hijyen sorunları yaşadıkları belirtilmektedir (Bevan, Maloney, Hillery, Gill, Montgomery, & Scott, 2001).

5.1.2. Öğrencilerin genel sağlık durumu ve hijyen alışkanlıkları

El yıkama alışkanlığı küçük yaşlarda kazandırılması gereken, enfeksiyon etkenlerinin bulaşması ve yayılmasının engellenmesinde son derece önemli bir hijyen davranışıdır (Koyun vd., 2013). Yapılan çalışmada tuvaletten sonra el yıkayanların oranı %31.7, önce ve sonrasında ellerini yıkayanların oranıysa %59.3 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Çalışma bulgumuzla uyumlu olarak Koyun ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında tuvaletten önce ve sonra el yıkama alışkanlığı olan öğrencilerin %54.6 olduğu görülmektedir. Gölbaşı ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında adolesanların %60'ının tuvalet öncesinde ellerini yıkadığı ve %86'sının tuvalet sonrasında ellerini yıkadığı saptanmıştır. Öğrencilerin tamamının tuvalet öncesi ve sonrasında ellerini yıkamaları beklenirken, bulgular; el yıkama davranışının istendik düzeyde olmadığını ve öğrencilerin el yıkama davranışı ile ilgili bilgi eksikliklerinin olduğunu göstermektedir.

Tuvalet kâğıdı genital bölgenin kuru tutulması açısından tek kullanımlık olduğu için tercih edilmesi gereken bir materyaldir. Çalışmamızda öğrencilerin %44.4'ünün genital bölge temizliğini su ve tuvalet kağıdı, %24.8'inin su, sabun ve tuvalet kâğıdı ile birlikte yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Koyun ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında öğrencilerin %67.5'inin, Tartaç ve Özkan'ın (2011) çalışmasında öğrencilerin %53'ünün genital bölge temizliğini su ve tuvalet kâğıdı ile birlikte yaptığı belirtilmiştir. Şimşek (2006) çalışmasında öğrencilerin %65.1'inin, Çetinkaya ve arkadaşları (2005) ise öğrencilerin %82.7'sinin genital bölge temizliğini tuvalet kâğıdı kullanarak yaptığını saptamıştır. Çalışmalarda elde edilen bulgular öğrencilerde tuvalet kâğıdı kullanmayanların oranının yaklaşık %20-%50 arasında değiştiğini ve tuvalet kâğıdı kullanma oranının istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir (Çetinkaya, Arslan, Nur, Demir, Özdemir, & Sümer, 2005; Koyun vd., 2013; Tartaç & Özkan, 2011; Şimşek, 2006). Kullanım oranlarındaki farklılıkların araştırmaların yapıldığı bölgelerin sosyo-ekonomik ve kültürel koşulları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Perine bölgesinin temizlenme şekli üro-genital enfeksiyonların önlenmesi açısından son derece önemlidir. Genital bölgenin arkadan öne doğru veya rastgele temizlenmesi sonucunda Escherichia coli (E.coli) gibi mikroorganizmalar anal bölgeden vajene ve üretraya doğru taşınarak enfeksiyonlara neden olabilmektedir (Küçükşahin, 2009). Çalışmamızda perine temizliğini önden arkaya doğru yapan öğrencilerin oranı %55.8 olarak görülmektedir (Tablo 4.4). Perine temizliğinin yapılaş şekli ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, önden arkaya yapılma oranları çalışma bulgumuzdan daha yüksek olarak %60-%70 arasında değişmektedir (Gölbaşı vd., 2012; Güler vd., 2005; Koyun vd., 2013). Koyun ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında öğrencilerin %70.1'inin perine temizliğini önden arkaya doğru yaptığı ancak bu öğrencilerden %59.6'sının bu temizliği hatalı olarak önden arkaya doğru tek seferde değil, tekrarlayarak yaptıkları belirlenmiştir. Araştırmaların yapıldığı bölgelerde yaşayanların farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip olmalarının, sonuçların değişiklik göstermesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışma bulgumuza benzer şekilde Tartaç ve Özkan'ın (2011) Ankara ili gecekondu bölgesinde yaşayan adolesanlarda yaptıkları çalışmada perine temizliğini önden arkaya yapan öğrencilerin oranı %54.5 olarak bulunmuştur. Tüm çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, genital bölgeyi hatalı temizleme oranının genel olarak yüksek olduğu, konuyla ilgili bilinç ve doğru davranış eksikliğinin bulunduğu görülmektedir.

Genital bölgenin nemli kalmasına neden olabilecek kumaştan üretilmiş (sentetik, ipek gibi) ve renkli boyalı iç çamaşırlarının kullanılması, üro-genital bölge cilt problemleri ve enfeksiyonların artmasına neden olabilmektedir (Koyun vd., 2013). Yapılan çalışmada öğrencilerin %30'unun pamuklu olmayan, %71.2'sinin renkli iç çamaşırı tercih ettiği ve sadece %13.1'inin günlük iç çamaşırını değiştirdiği saptanmıştır (Tablo 4.4).

Koyun ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında pamuklu iç çamaşırı kullanan öğrencilerin oranı %70 olup; bu öğrencilerin %30.2'si beyaz, %39.8'i renkli iç çamaşırı kullanmaktadır ve %24.2'si her gün, %47.5'i iki-üç günde bir, %22.3'ü banyodan sonra, %4.4'ü kirlendiğinde iç çamaşırını değiştirmektedir. Tartaç ve Özkan (2011) çalışmasında öğrencilerin %46.3'ünün pamuklu iç çamaşırı kullandığı ve iç çamaşırı değiştirme sıklıkları incelendiğinde %31.4'ünün her gün, %64.8'inin 2-3 günde bir, %3.8'inin haftada bir iç çamaşırı değiştirdiği bildirilmiştir. Güler ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, öğrencilerin %93.5'inin pamuklu, %6.5'inin ise sentetik çamaşır kullandığı ve %12.9'unun her gün, %60.4'ünün haftada 2-3 kez, %22.3'ünün haftada bir kez iç çamaşırı değiştirdiği saptanmıştır. Enfeksiyonları önlemek ve perine hijyenini sağlamak için; iç çamaşırının her gün değiştirilmesi, perine bölgesinin nemli kalmasını engelleyen teri emici pamuklu iç çamaşırının giyilmesi ve kaynatmaya ya da yüksek ısıda yıkanmaya uygun olan beyaz rengin tercih edilmesi önerilmektedir. Yapılan çalışmalarda bulgular farklılık göstermekte olup pamuklu iç çamaşırı kullanma oranı %46.3-%93.5, günlük iç çamaşırı değiştirme sıklığı oranı %12.9-%31.4 arasında değişmektedir (Güler vd., 2005; Koyun vd., 2013; Tartaç & Özkan, 2011). Bu sonuçlar perine hijyenini sağlamaya yönelik davranışların istenilen düzeyde olmadığını ve bölgelere göre farklılıkların bulunduğunu göstermektedir. Bu farklılıkların çalışma grubunun yaşadığı bölgenin sosyo-ekonomik koşulları ve kültürel yapılarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.1.3. Öğrencilerin menstruel dönem hijyen alışkanlıkları

Menstruel dönemde perine hijyenini sağlamaya yönelik doğru hijyenik tutum ve uygulamalar enfeksiyonu önlemek açısından önemlidir. Menstruel dönemde günlük duş alınması; menstruasyon sırasında enfeksiyon riskinin artabileceği ve perine bölgesinde istenmeyen kokuların oluşması nedeni ile önerilmektedir. Yapılan çalışmada öğrencilerin %77.9'unun menstruel dönemde duş aldığı, %22.1'inin ise âdetliyen duş almadığı bitince aldığı, günlük duş alan öğrenci oranının %15.1 olduğu, %52'sinin her tuvalet sonrası genital bölgesini yıkadığı ve kuruladığı saptanmıştır (Tablo 4.5). Çalışma bulgumuzla uyumlu olarak menstruel dönemde banyo yapılma oranları %54.7-%92.3 aralığında değişmektedir (Arıkan vd., 2004; Gölbaşı vd., 2012; Güler vd., 2005; Koyun vd., 2013; Şenol vd., 2010; Tartaç & Özkan, 2011; Turan & Ceylan, 2007). Koyun ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında menstruel dönemde öğrencilerin %32.6'sı her gün, %46.5'i ise bazen banyo yaptığını ifade etmiştir. Menstruel dönemde banyo yapmama nedenlerini inceleyen çalışmalara bakıldığında; Tartaç ve Özkan'ın (2011) çalışmasında âdetliyen banyo yapmadığını söyleyen öğrencilerden %35.4'ü kanamayı arttıracığı, %31.6'sı ağrıya neden olacağı, %24.2'si de enfeksiyona neden olacağı için banyo yapmadığını belirtmiştir. Güler ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise öğrencilerin %14.3'ü ağrıya, %9.5'i kanamaya neden olacağı inancından dolayı ve %71.4'ü de neden

göstermeden menstruel dönemde banyo yapmadığını açıklamıştır. Menstruel dönemde öğrencilerin banyo yapmama nedenlerini daha ayrıntılı ortaya koyacak çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır. Çalışmamızda elde edilen bulgular ve diğer çalışma sonuçları; menstruel dönem hijyenini sağlamaya yönelik davranışların genel olarak istenilen düzeyde olmadığını, konuyla ilgili adolesanlara yönelik doğru bilgi, tutum ve davranış kazanmaları için bilgilendirme ve farkındalık kazandırma çalışmalarının yapılması gerektiğini göstermektedir.

5.1.4. Öğrencilerin sigara ve alkol kullanma durumları

Sigara, günümüzde bağımlılık yapıcı maddelerin en yaygın olanıdır ve önlenemez ölüm nedenlerinin başında gelir. Bu maddelere çoğunlukla adolesan dönemde başlanmakta ve kolayca yetişkinlik döneme taşınan bir alışkanlık haline gelebilmektedir. DSÖ her yıl sigara nedeniyle dörtmilyon ölüm rapor etmekte ve 2020 yılına kadar onmilyon ölümü öngörmektedir (Baska, Warren, Baskova, & Jones, 2009). Çalışmamızda sigara kullanma yaşı ve günlük içilen sigara âdeti ortalamaları sırasıyla 15.11 ± 1.71 , 1.60 ± 2.52 olarak saptanmış olup; sigara kullananların oranı %9.4 ve kullananlar içerisinde sürekli kullananların oranı %0.3 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6). Dünyada 13-15 yaş arası adolesan kızlarda sigara içme sıklığı %11'dir (WHO, 2013). 2004 yılında 13-15 yaşlarında onaltıbin öğrenci arasında yapılmış Küresel Gençlik Tütün Araştırmasında kız öğrencilerin %22,3'ü yaşamlarının bir döneminde ve %5'i ise hâlen sigara içtiklerini ifade etmişlerdir (TUİK, 2012). Yapılan benzer araştırmalar incelendiğinde; Gürkan (2009) çalışmasında kız öğrencilerde ilk sigara kullanım yaş ortalamasını 14.43 olarak saptamış olup; öğrencilerin %27.1'inin sigara kullanımını deneyimleyip bıraktığını, %8.6'sının da sürekli kullandığını belirtmiştir. Göksel ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında kız öğrencilerin %12.8'inin ara sıra, %11.3'ünün düzenli sigara kullandığı (Göksel, Cirit, & Bayındır, 2001), Çelik ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında ise %15.8'inin bazen, %7.1'inin her gün sigara kullandığı belirlenmiştir (Çelik, Esen, Yorgancıoğlu, Şen, & Topçu, 2000). Arbak ve arkadaşları (2000) ile Güraksın ve arkadaşları (1998) çalışmalarında kız öğrencilerin sırasıyla %5.9'u ve %4.4'ünün sigara kullandığını saptamışlardır (Arbak, Erdem, Karacan, & Özdemir, 2000; Güraksın, Ezmeci, İnandı, Vançelik, & Tufan, 1998). Baska ve arkadaşları (2009) yirmibeş Avrupa ülkesinde 13-15 yaşlarındaki öğrencilerle yaptıkları çalışmada sigara içme oranını kızlarda %17.8 olarak bildirmişlerdir. Konu ile ilgili çalışma bulgusunun yurt dışı ve ülkemizde yapılan araştırmalardaki oranlarla karşılaştırıldığında daha düşük olması sevindiricidir. Bunda son yıllarda ülkemizde uygulanan sigara yasaklarının, sigaraya karşı yapılan bilgilendirme çalışmalarının, cinsiyet rol modellerine özgü davranış kalıplarının ve sosyo-kültürel faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda alkol kullanma (bir kez ya da birkaç kez den fazla) oranı ise %6 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.6). Yapılan araştırmalara göre; Gürkan'ın (2009) çalışmasında kız öğrencilerin %13.3'ü alkolü deneyimlediğini ve alkolü deneyimleyen öğrencilerin %49.7'si sık aralıklarla kullandığını ifade etmiştir. Taşçı ve arkadaşlarının (2005) İzmir'de yaptıkları çalışmada kız öğrencilerin %31.4'ünün alkol kullandığı saptanmıştır (Taşçı, Atan, Durmaz, Erkuş, & Sevil, 2005). Bu bulgular dâhilinde çalışmamızda alkol kullanma oranının daha düşük olduğu görülmüş olup, bu durumun bölgesel sosyo-kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

5.1.5. Öğrencilerin ergenlik dönemine yönelik duygusal algı, tutum ve tepkileri

Adolesan dönemde genç kızlar yaşadıkları fiziksel-ruhsal değişim ve gelişim süreci ile ilgili endişeleri erkeklere göre daha fazla oranda yaşamaktadırlar (Küçükşahin, 2009). Çalışmamızda öğrencilerin ergenlik dönemine yönelik duygusal algı, tutum ve tepkileri incelendiğinde; %21.7'sinin bedenindeki değişikliklerden dolayı utandığı görülmektedir. Ayrıca %16.7'sinde bu dönemin korku ve endişe yarattığı, %60.1'inin sorumluluklarının arttığını düşündüğü, %14.2'sinin bedenindeki değişiklikler nedeniyle kendisini çirkin, %10.9'unun kendisini daha çekici, %48.4'ünün de kişilik olarak kendisini daha duygusal hissettiği ve %73.6'sının daha fazla büyüdüğünü ifade ettiği görülmektedir (Tablo 4.7). Çalışmamızın bulguları ile benzer özellik gösteren Küçükşahin'in (2009) kırsal bölgede adolesan kızların ergenliğe ilişkin olarak neler hissettiklerini sorguladığı çalışmasında; %59.2'sinin büyüdüğünü hissettiği, %39.9'unun korktuğu, %35.7'sinin sorumluluklarının arttığını düşündüğü, %21.4'ünün duygusal değişim yaşadığı, %20.8'inin utandığı, %22'sinin kendisini çirkin, %12.5'inin ise kendisini daha çekici hissetme gibi duyguları yaşadıkları saptanmıştır. Adolesan dönemde yaşanan duygular incelendiğinde; adolesanların çoğunluğunun bu dönemle ilgili farklı duygular yaşadıkları görülmektedir. Araştırma bulguları, Küçükşahin'in çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin bu dönemle ilgili "sorumluluklarının arttığını düşünme" ve "büyüdüğünü hissetme" gibi duyguları daha fazla oranda yaşamaları (yaklaşık %20-30) bu öğrencilerin kent ortamında ikamet etmeleri ve içinde yaşadıkları sosyo-kültürel yapının farklı olması ile açıklanabilir. Adolesanların bu dönemle ilgili olumsuz duygusal tepkilerini önleyebilmek ve baş edebilmelerini sağlayabilmek için döneme özgü danışmanlık hizmetlerinin verilmesi uygun olacaktır.

5.1.6. Öğrencilerin cinsellik ile ilgili algı, tutum ve davranışları

Ergenlik dönemi ilerledikçe merak ve fantezilerin yerini cinsel deneyimler almaya başlar ve ergen genellikle kısa süreli öpüşme, okşama gibi sınırlı cinsel davranışlarla cinsel yaşamının sınırlarını genişletir (Beck, 1997). Çalışmamızda adolesan ve ailelerinin karşı cinsle ilgili tutum ve

tepkileri incelendiğinde; ailelerin %64.3'ünün flört ilişkisine kesinlikle karşı olduğu ve buna paralel olarak öğrencilerin de benzer oranda flört ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin yaklaşık 3/4'ünün el ele tutuşma, öpüşme ve sarılma gibi durumlardan herhangi birini deneyimlemedikleri belirlenmiştir (Tablo 4.7). Gürkan'ın (2009) İstanbul'un Kadıköy ilçesinde gerçekleştirdiği çalışmasında kızların %70.6'sının flört ilişkisinin olduğu ve %52'sinin karşı cinsle el ele tutuşma ve öpüşme ve %20.5'inin de dokunma-okşama deneyimine sahip olduğu saptanmıştır. Küçükşahin (2009) Kocaeli ili kırsal bölgesindeki (Çubuklu Osmaniye İlçesi) çalışmasında ise; adolesanların %72.20'sinin erkek arkadaşının olduğunu, %50.3'ünün ailelerinin kız erkek arkadaşlığını (flört ilişkisi) olumlu karşıladığını, %15.4'ünün öpüşmeyi, %47.3'ünün el ele tutuşmayı, %14.8'inin sarılma-okşamayı deneyimlediğini ve %41.7'sinin ise hiçbir şeyi deneyimlemediğini belirtmiştir. Çalışma bulgularımız ile diğer çalışmalarda elde edilen bulgular karşılaştırıldığında; adolesanlarda flört ilişkisi yaşama ve öpüşme, el ele tutuşma ve sarılma deneyimi oranının daha düşük olduğu, buna karşın ailelerin flört ilişkisine bakışlarında çok büyük bir farklılığın bulunmadığı görülmüştür. Bu sonuç; diğer çalışmaların yapıldığı illerin muhafazakâr yapının daha az baskın olduğu batı bölgesinde bulunması, yaşam şeklini belirleyen kültürel değerler, gelenek ve sosyal ilişkilerin farklı olması ile ilişkilendirilebilir.

Adolesanların ve ailelerin cinsel/ üreme sağlığıyla ilgili tutum ve davranışlarını en başta toplumsal değerler ve kültürel yapı etkilemektedir. Özellikle genç kadınlar, geleneksel değerler üzerinden cinsellik yoluyla kurulan toplumsal baskının en büyük hedefi haline gelebilmektedir (Araptarlı, 1988). Çalışmamızda öğrencilerin evlilik öncesi cinsel ilişkiye bakış açıları değerlendirildiğinde %92'sinin bu durumu normal kabul etmediği, %82.5'inin dini olarak yanlış ve %57.3'ünün ise geleneklere aykırı bulunduğu, evli olmadan yaşanan cinsel ilişki sonrası istenmeyen gebelik oluştuğunda ise %57.2'sinin evlenilmesi gerektiği görüşünü ifade ettiği görülmüştür (Tablo 4.8). Konu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; Gürkan'ın (2009) İstanbul'un Kadıköy ilçesinde gerçekleştirdiği adolesan kızların evlilik öncesi cinsel ilişkiye bakış açılarını değerlendirdiği çalışmasında; %29.3'ünün normal kabul ettiği, %30.2'sinin geleneklere aykırı bulunduğu, %19.2'sinin dini olarak yanlış bulunduğu; bekârete yönelik görüşleri incelendiğinde ise; %59.2'sinin bekâreti önemli bulunduğu ve ilk cinsel deneyim zamanına ilişkin görüşlerde ise %40.8'inin yanıt vermediği, %22'sinin ise evlendiğinde cevabını verdiği görülmüştür. Koluvaçık (2007) İnönü Üniversitesi öğrencilerinde gerçekleştirdiği çalışmasında; evli değilken cinsel ilişkide bulunma konusundaki düşünceleri incelendiğinde kız öğrencilerin %74.5'inin bunu onaylamadıklarını belirlemiştir. Onaylamama nedenleri olarak %60.8'i bekâretin önemli olduğunu, %28.1'i inançlarından dolayı zina olarak kabul ettiğini ve gelecekte sorun oluşturabileceğini belirtmişlerdir. İstenmeyen gebelik durumunda ise %54.4'ünün evlenilmesi gerektiğini düşündüğü görülmüştür. Yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında

çalışma bulgularımız evlilik öncesi cinsel ilişkinin daha az onaylandığını, bunda bölgenin kültürel normları ve dini inanç gibi faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir.

5.1.7. Öğrencilerin üreme sağlığı konusunda bilgi alma durumları ve bilgi kaynakları

Adolesanların üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeyleri, bilgi aldıkları kaynakların bilinmesi yapılacak hizmetlerin etkinliğini artırmak açısından son derece önem taşımaktadır (Küçükşahin, 2009). Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar, adolesanların üreme sağlığı ile ilgili konulardaki ilk bilgi kaynaklarının ebeveynleri olduğunu (Diiorio et al., 1999; Hassan & Creatsas, 2000), bu konuları daha çok anneleri ile konuşmayı tercih ettiklerini göstermektedir (Bulut vd., 2002; Diiorio et al., 1999; Gölbaşı, 2002; Gürkan, 2009; Miller et al., 1998; Rafaelli et al., 1998; Smith, Chacko, & Bermudez, 1989; Young Pistella & Bonati, 1998). Ancak ülkemizin de içinde yer aldığı bazı ülkelerde üreme sağlığı konularının aile içinde rahat konuşulmadığı görülmektedir (Diiorio et al., 1999; Miller et al., 1998; Young Pistella & Bonati, 1998). Çalışmamızda öğrencilerin %64.1'inin üreme sağlığı ile ilgili bilgi aldığı ve bilgi alan öğrencilerin bilgi kaynağının gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarla uyumlu olarak çoğunlukla (%66.3) annesi, %35.7'sinin öğretmeni, %27.5'nin sağlık personeli, %18.1'nin arkadaşı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Üreme sağlığı ile ilgili bilgi alma durumu incelendiğinde; çalışmamızda öğrencilerin bilgi alma oranının daha yüksek olduğu, diğer çalışmalarda bu oranın %50.3-%53.7 arasında farklılık gösterdiği görülmektedir (Gürkan, 2009; Küçükşahin, 2009). Üreme sağlığı ile ilgili bilgi alınan kaynakların incelendiği çalışmalar karşılaştırıldığında; Küçükşahin'in (2009) Kocaeli ili kırsal bölgesindeki (Çubuklu Osmaniye İlçesi) çalışmasında; adolesanların %72.9'unun okuldan, %41.2'sinin arkadaşlarından, %43.5'inin kitap, dergi, gazete vb.'den, %35.3'ünün kardeş-akrabalarından, %27.1'inin görsel basından, %7.5'inin annesinden, %2.4'ünün sağlık personelinden bilgi aldığı belirtilmektedir. Gürkan'ın (2009) İstanbul'un Kadıköy ilçesinde gerçekleştirdiği çalışmasında ise; bilgi kaynağını belirten öğrencilerin %32.3'ünün annesinden, %31.5'inin arkadaşlarından, %18.9'unun öğretmenlerinden, %11.6'sının sağlık personelinden, %3.03'ünün internetten, %2.02'sinin yazılı-görsel basından, %0.25'inin babasından bilgi aldığı saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız ile diğer çalışma sonuçları incelendiğinde bilgi alınan kaynak açısından önemli farklılıkların olduğu görülmektedir. Çalışma bulgularımız farklı ülkelerle ve ülkemizde yapılan bazı çalışma sonuçları ile uyumlu olarak bilgi kaynağının öncelikli olarak anne olduğunu göstermektedir (Bulut vd., 2002; Diiorio et al., 1999; Gölbaşı, 2002; Gürkan, 2009; Miller et al., 1998; Rafaelli et al., 1998; Smith et al., 1989; Young Pistella & Bonati, 1998). Küçükşahin'in çalışma sonuçlarında okulun bilgi alınan kaynak olarak ilk sırada belirlenmesi, okul ortamında öğrenciler için "Ergenlik Dönemi Eğitim Projesi (ERDEP)"

çalışmasının yapılması ile açıklanmıştır. Öğretmen ve okul ortamının genellikle anneden sonra bilgi edinilen kaynak olarak gösterilmesi, okullarda sağlık bilgisi kapsamında üreme sağlığı konularının işlenmesi ile açıklanabilir. Ancak bu oranın istenilen düzeyde olmaması, verilen eğitimlerin tekrar gözden geçirilerek aksayan yönlerinin düzeltilmesi gerekliliğini göstermektedir. Bilgi edinilen kaynaklar incelendiğinde sağlık personelinin genellikle düşük oranlarda bildirilmesi, sağlık personelinin hedef kitlelere ulaşamadıkları ve yetersiz kaldıklarını göstermektedir. Diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmamızda kaynak olarak sağlık personelinin daha yüksek oranda belirtilmesi, bazı okullarda okul yönetiminin isteği üzerine Sağlık Müdürlüğü tarafından görevlendirilen sağlık personelinin okullarda vermiş olduğu eğitimle ilişkilendirilebilir.

Adolesanların üreme sağlığı ile ilgili sorunlarını/ merak ettiklerini paylaştıkları kişilerin bilinmesi ve bu kişilerin konu ile ilgili eğitimine öncelik verilmesi, adolesanlara yönelik üreme sağlığı ile ilgili yapılacak girişimlerin etkinliği açısından önemlidir. Çalışmamızda öğrencilerin %40'a yakın önemli bir kesiminin üreme sağlığı ile ilgili konuları yakın çevresi ile paylaşmadığı görülmektedir. Paylaştığı konuların ise daha çok âdet dönemi (%54.5) ve ergenlik dönemi problemleri (%44.6) ile ilgili olduğu ve bu konuların daha çok anne (%35.5) ile paylaşıldığı belirlenmiştir (Tablo 4.9). Küçükşahin (2009) çalışmasında; adolesanların üreme sağlığı ile ilgili sorunlarını ve merak ettiklerini en fazla (%38.9) anneleriyle, ikinci sırada (%33.3) kız kardeşleriyle, üçüncü sırada (%20) arkadaşları ile çok az bir kısmının ise (%7.8) babasıyla paylaştıklarını saptamış olup; en çok âdetle ilgili sorunların, ikinci sırada ise evlilikle ilgili konuların konuşulduğunu belirtmiştir. Üreme sağlığı ile ilgili konuların paylaşıldığı kişi genellikle anne olsa da toplumumuzda ebeveynler üreme sağlığı konusunda çocukları ile konuşmaya çok açık değildirler ve bu dönemde adolesanların üreme sağlığına yönelik sıkıntılarını göz ardı edebilmektedirler. Bu durum; ailenin bilgilerinden emin olmaması, utanma, otorite kaybı korkusu, geleneksel yargılar ve bu konuların konuşulmasının çocuklarını cinsel konulara özendirileceği düşüncesi gibi nedenlere bağlı olabilmektedir (Akin, 2006). Ülkemizde ve diğer ülkelerde baba aile iletişimde genellikle ikinci planda kalmakta, özellikle kızların bu konuları anne ile daha rahat paylaşabildikleri bilinmektedir (Küçükşahin, 2009; Miller et al., 1998; Rafaelli et al., 1998). Çalışmamızda öğrencilerin çevreleri ile ergenlik ve menstruel dönemle ilgili konuları daha yüksek oranda paylaşıırken, cinsellik ile ilgili konuları daha az oranda paylaştıkları görülmüştür. Bu sonuç cinselliği konuşmanın hâlâ bir tabu olduğunu, diğer üreme sağlığı konuları kadar rahat konuşulmadığını, cinsellik konusunun "yasak ve ayıp" olarak nitelendirildiğini ve geleneksel tutumların sürdürüldüğünü göstermesi açısından önemlidir. Bulut ve Gölbaşı'nın (2009) çalışmasında da çalışma sonucumuzla uyumlu olarak adolesanların cinselliğe ilişkin konuları diğer üreme sağlığı ve ergenlik dönemi ile ilgili konular kadar paylaşamadıklarını göstermektedir.

Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması (2007) sonuçlarında 15-24 yaş arasındaki gençlerin %89.4'ünün CSÜS konusunda gereksinim belirttikleri bildirilmiştir (Özcebe vd., 2007). Ülkemizde yapılan çalışmalarda gençlerin üreme sağlığı ve cinsellikle ilgili bilgi ve farkındalıklarının yetersiz olduğu gösterilmiştir (Ardıç, 1992; Erdoğan, 1990; Kalaça, 1995; Tapan, 1995). Çalışmamızda öğrencilerin %64.6'sının üreme sağlığı bilgi düzeyini yeterli bulmadığı saptanmıştır (Tablo 4.9). Vicdan ve arkadaşlarının (1996) 13-18 yaşlarında 13665 genç kız (lise öğrencisi) ile yaptıkları araştırma sonucuna göre, öğrencilerin %49,2'sinin cinsellik konusunda bilgilerini yeterli bulmadıkları saptanmıştır. Biri ve arkadaşlarının (2007) adolesan kızların cinsel bilgi ve gereksinim durumlarını saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada bilgi aldıklarını belirten adolesanların %34.7'sinin aldığı bilgiyi yeterli bulmadığı, %16.5'inin yeterli, %24'ünün ise kısmen yeterli bulduğu, %24.8'inin ise bu konuda fikrinin olmadığı belirtilmiştir. Adolesanların sahip oldukları bilgiyi objektif olarak değerlendiremedikleri, bilgilerini yeterli bulduklarını ifade edenlerin kendi bilgisizliklerinin çoğu kez farkında olmadıklarını gösteren araştırma sonuçları da mevcuttur (Bulut, 2004; Gölbaşı, 2002; Smith et al., 1989). Çalışmamızdaki öğrencilerin çoğunluğu (%64.1'i) üreme sağlığı ile ilgili bilgi aldığını ifade etmesine karşın, aldıkları bilgiyi yeterli bulanların oranının daha düşük (%35.4) olduğu görülmektedir. Bu sonuç adolesanların doğru ve güvenilir bilgi kaynaklarına yeterli düzeyde ulaşamadıklarını, kendilerini bu konularda yetersiz olarak değerlendirdiklerini göstermektedir. Bu konularda bilgi kaynağı olarak ilk sırada tercih edilen annelerin bilgi verecek yeterlilikte ve doğrulukta bilgi düzeyine sahip olmamaları, çocuklarına istenilen düzeyde ulaşmalarını engelleyen önemli bir faktör olarak kabul edilebilir (Bulut & Gölbaşı, 2009). Öğrencilerde bilgi düzeyini yeterli bulanların oranının azlığı, döneme özgü nitelikli genç-dostu yaklaşımları içeren eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde adolesanlar kadar ilk sırada bilgi kaynağı olarak tercih edilen annelerin eğitiminin de göz ardı edilmemesi yerinde olacaktır. Annelere verilen eğitimin adolesanların bu konuda bilgilenmesine olumlu katkı sağladığını gösteren çalışma sonuçları mevcuttur (Demirbağ, Çan, Köksal, & Kaya, 2013).

5.2. Üreme Sağlığı Eğitim Programının Değerlendirilmesi

5.2.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri

Sağlıklı yaşam tarzını belirleyen birçok değişkene ilişkin temeller, hızlı biyolojik, bilişsel, psiko-sosyal değişikliklerin yaşandığı adolesan dönemde atılmakta ve kazanılan sağlık davranışları bireyin tüm yaşamını etkilemektedir. Bu dönemde bireylerin, büyüme ve gelişme sürecinde çocukluk döneminden beri alışlagelen beden yapısının fiziksel ve cinsel boyutlarında önemli değişimler oluşur. Gençlerin bir kısmı bu değişiklikleri

kolaylıkla kabul ederken, bazıları kabul etmekte zorlanır. Bu değişime verilen tepkileri etkileyen en önemli etmenler arasında, gençlere gelişim süreci ile ilgili sunulan "bilgilendirme hizmetleri" yer almaktadır (Özcebe vd., 2007; Sağlık Bakanlığı, 2007). Adölesanların üreme sağlığı konusunda bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi; yapılan çalışmaların etkinliğinin belirlenmesine, aynı zamanda adölesanlara yönelik planlanan hizmetlerin düzenlenmesine, bu hizmetlerin kalitesi ve etkinliğine olumlu katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda öğrencilerin eğitim öncesi üreme sağlığı bilgi düzeyi puanı ortalaması, eğitim sonrasında yaklaşık olarak dört kat artmıştır (Tablo 4.10). Bu sonuç yapılan eğitimin belli düzeyde istenilen amaca ulaştığını göstermektedir. Adölesanlara ve gençlere yönelik uygulanan üreme sağlığı eğitimlerinin, onların bilgi düzeylerine ve konu ile ilgili olumlu sağlık davranışı geliştirmelerine katkı sağladığını gösteren çok sayıda araştırma mevcuttur (Dağ, Dönmez, Kavlak, & Şirin, 2012; Ersin, 2008; Gölbaşı, 2002; Özcebe, 2000; Saroj et al., 2005). Gölbaşı'nın (2002) adölesan kızlara yönelik üreme sağlığı eğitim programının etkinliğini belirlemek için yaptığı çalışmasında, eğitim öncesine göre eğitim sonrasında üreme sağlığı bilgi puanında önemli düzeyde artış olduğu saptanmıştır. Pınar'ın (2008) Ankara ili Başkent Üniversitesi öğrencilerinde gerçekleştirdiği çalışmasında çalışma grubunun son-test bilgi puan ortalamasının ön-test bilgi puan ortalamasına göre yaklaşık 2 kat artış gösterdiği belirlenmiştir. Ülkemizde ve diğer ülkelerde adölesanların ve gençlerin bilgilendirilmesine yönelik yapılan erkek ve kız adölesanların/ gençlerin birlikte ele alındığı çalışmalarda da CSÜS konusunda verilen eğitimlerin etkili olduğunu gösteren çalışma sonuçları mevcuttur (Donati, 2000; Ersin, 2008; Hubbard et al., 1998; Olsen et al., 1992; Özcebe, 2000; Saroj et al., 2005; Song et al., 2000). Akran eğitimlerinin en az yetişkin eğitimi kadar ve daha başarılı olduğu çalışmalarda bulunmaktadır (Caron et al., 2004; Schover et al., 2006). Gelecekte yapılacak bu tür çalışmalarda eğitimlerin etkinliği değerlendirilirken bilgi düzeyindeki artışın uzun vadede tutum ve davranışlara yansımalarının da gözlenmesi ve eğitimin sürekliliğinin sağlanması hedeflenen sonuçlara ulaşılmasını destekleyecektir.

Çalışmamızda adölesanların daha önce üreme sağlığı konusunda anne dışında diğer kaynaklardan yeterli düzeyde bilgi almamış olmalarının ve bu alanda daha fazla bilgiye ihtiyaç duymalarının, eğitimin etkinliğinin artmasında önemli faktörler olduğunu düşündürmektedir. CSÜS konularında bilgilendirme; aile içinde "cinsiyet" kavramının öğretilmesi ve "toplumsal cinsiyet" rol temellerinin atılması ile başlamaktadır. Çocuğun öğretim kurumlarına devamı ile CSÜS kavramlarının ve ergenlik dönemi fiziksel, cinsel büyüme ile gelişim sürecine ilişkin bilgilendirmenin gerçekleştirilmesinde gerek eğitimcilere gerek sağlık çalışanlarına pek çok sorumluluk düşmektedir. Eğitimciler ve sağlık çalışanları tarafından yapılan bilgilendirme ile gençlerin ergenlik dönemi bedensel ve cinsel gelişimlerine

daha kolay uyum sağlamaları ve dönemin özelliklerine ilişkin sağlıklı davranış geliştirebilmeleri sağlanacaktır (Özcebe vd., 2007; Sağlık Bakanlığı, 2007; WHO, 2007; WHO, 2002).

5.2.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası üreme organları ve fizyolojisi ile ilgili bilgileri

Üreme organları hakkındaki bilgi, temel üreme sağlığı bilgilerinden biri olup kadın üreme sisteminin çalışmasını anlamak için gereklidir (Özcebe vd., 2007). Üreme sağlığının korunması ve geliştirilmesi için adolesanların üreme organlarının anatomisi ve fizyolojisi konusunda bilgilendirilmeleri öncelikli olmalıdır. Yapılan birçok çalışma adolesanların ve gençlerin üreme organları ve işlevleri konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır (Altıparmak, Karadeniz, Adıgüzel, Azataş, & Gök, 2006; Biri, Korucuoğlu, Yılmaz, Şimşek, Aksakal, & İlhan, 2007; Küçükşahin, 2009; Topbaş vd., 2005).

Küçükşahin (2009) çalışmasında adolesanların (%29'unun) üreme sağlığı kavramını "çoğalma" olarak ifade ettiklerini saptamıştır. Özkan'ın üniversite öğrencilerinde yaptığı (1994) çalışmasında öğrencilerin yaklaşık yarısının üreme sağlığı kavramını daha önce hiç duymadıkları belirtilmiştir. Türkiye Gençlerde CSÜS Araştırması (2007) çalışmasında 15-19 yaş grubundaki kızların; Overleri (%44.4), Vajina'yı (%33,6), Uterus'u (%28.5), Tubalar'ı (%4.4) kadın üreme organı olarak belirttikleri görülmüştür. Gençlerin Göğüs (%3), Klitoris (%0.3), Hymen (kızlık zarı) (%0.1) ve dış genital organları (%0.2) belirten yanıtları da bulunmaktadır. Gençlerin %40,9'u bebeğin büyüdüğü organ olarak "Uterusu" doğru olarak bilmiş, %42,1'i ise bebeğin büyüdüğü organı bilmediğini ifade etmiştir. Ergenlik değişimlerine ilişkin verdikleri yanıtların ilk sırasında %56.2 ile adet görme, ikinci sırada %55,1 ile memelerde büyüme ve üçüncü sırada %42.5 ile vücutta bazı bölgelerde kıllanma gelmektedir. Çalışmamızda; üreme sağlığı kavramını; insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine ve bunun ne zaman ve nasıl olması gerektiğine karar verme özgürlüğüne sahip olması olarak tanımlayan öğrencilerin eğitim öncesi oranı %2 iken bu oranın eğitim sonrasında %95.8'e yükseldiği saptanmıştır. Kadın üreme organlarının bilinme oranları eğitim öncesinde %7.5-%33.5 arasında değişiklik gösterirken, eğitim sonrasında bu oranların %94.3-%98.2 arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.11). Literatür ile uyumlu olarak; çalışmamızda eğitim öncesinde öğrenciler tarafından en az bilinen kadın iç üreme organı "Tubalar" en çok bilinen ise "Overler", sonrasında ise en az bilinen organlar "Kadın dış üreme organları" olarak belirlenmiştir (Özcebe vd., 2007). Eğitim öncesinde üreme organlarının bilinme oranları arasındaki fark yüksek iken eğitim sonrasında bu farkın önemli ölçüde azaldığı görülmüştür (Tablo 4.11). Pınar'ın (2008) Ankara ili Başkent Üniversitesi'ndeki çalışmasında, Gölbaşı (2002) tarafından yapılan adolesan kızlara yönelik okula dayalı üreme sağlığı eğitim programının

etkinliğinin incelendiği çalışmada öğrencilerin eğitimden sonra üreme organlarının anatomisi ile ilgili bilgilerinin artış gösterdiği belirlenmiştir. Özcebe'nin (2000) kırsal alanda adolesan ve gençlerden oluşan grupta üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyinin saptanması ve artırılmasına yönelik yaptığı çalışmasında, eğitim öncesi ve sonrası üreme organlarının anatomisi ve fizyolojisi yüzdelerinin çok fazla değişmediği saptanmıştır. Sonuçlardaki farklılık çalışmanın yapıldığı bölge, katılımcıların özellikleri, uygulanan farklı eğitim teknikleri ve eğitimin içeriği ile açıklanabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin menstruel dönem sorularına verdikleri yanıtların doğruluk oranı kadın üreme organları ve meme sağlığı ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlarla karşılaştırıldığında daha yüksektir (Tablo 4.11). Menstruel dönemin her ay yaşanması ve dönemle ilgili sorunlarla daha sık karşılaşılması, öğrencilerde konuya ilişkin öğrenme ihtiyacını ve buna paralel olarak bilinme oranını artırmış olabileceğini düşündürmektedir. Öğrencilerin meme sağlığı ile ilgili sorularda KKMM (%37) ve meme kanseri belirtilerini bilme (%25.8) oranları oldukça düşüktür (Tablo 4.11). Gençler arasında yapılan çalışmalarda; gençlerin meme muayenesi ve meme sağlığı konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmamaları, kendilerinin kansere yakalanma risklerini düşük olarak algılamaları ile ilişkilendirilmiştir (Aydın, 2004; Beydağ & Karacaoğlan, 2007; Demirhan, Özen, Bostancı, & Zencir, 2002). Beydağ ve Karacaoğlan'ın (2007) Denizli ili Kredi ve Yurtlar Kurumu Yurdu'nda kalan kız öğrencilere meme kanseri ve KKMM ilişkin verilen eğitimin bilgi düzeyleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %58'inin meme sağlığı ve muayenesi ile ilgili bilgilerinin olmadığı, %50'sinin bu nedenle meme muayenesini yapmadıkları bulunmuştur. Çalışma sonucumuzla paralel olarak gençlere meme kanseri ve KKMM hakkında verilen eğitimin etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Beydağ & Karacaoğlan, 2007; Tuna, 2002). Gençleri son yıllarda görülme sıklığı artan meme kanserine karşı bilinçlendirmek ve bu konuda sağlığı geliştirici davranışlar kazanmalarına yardımcı olmak oldukça önemlidir. Bu davranışların kazandırılmasında en önemli adımlardan biri de gençlerin konu ile ilgili bilgilendirilmesidir.

5.2.3. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası menstruel dönem ve genital hijyen ile ilgili bilgileri

Sağlığı korumaya ve sürdürmeye yönelik yanlış alışkanlıkların düzeltilmesi, istenik davranışların geliştirilmesi ve yeni nesillere aktarılması doğru bilgi ve uygulamaların kazandırılması ile mümkün olabilmektedir. Adolesan dönem, kazanılan doğru bilgilerin doğru davranış biçimlerine dönüştürülebileceği en uygun dönemdir. Genital ve menstruel hijyene yönelik kazanılmış yanlış alışkanlıklar ve davranışlar üro-genital enfeksiyonlar açısından "kişisel risk faktörleri" olarak değerlendirilmektedir (Balkaya, 2008; Timur, 2010). Ülkemizde yapılan çalışmalar adolesanların genital ve menstruel hijyen ile ilgili bilgilerinin yeterli olmadığını

göstermektedir (Arıkan vd., 2004; Demirel & Terzioğlu, 2003; Güler vd., 2005; Gölbaşı vd., 2012; Koyun vd., 2013; Tartaç & Özkan, 2011; Turan & Ceylan, 2007).

Çalışmamızda da genital hijyen ile ilgili soruların bilinme oranları eğitim öncesinde düşük olup (%36.3-%63.5 arasında), eğitim sonrasında bu oranların yükseldiği ve %83.3-%98.1 arasında değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Eğitim öncesinde iç çamaşırı rengi ve enfeksiyon belirtilerine ilişkin soruların bilinme oranları düşük iken eğitim sonrasında bu oranlarda yaklaşık %50 artışın olduğu görülmektedir. Eğitim sonrası bilinme oranlarında en az artış (yaklaşık %20) genital bölgenin temizlenme şekline ilişkin olan soruda görülmüştür. Eğitim öncesi ve sonrası menstruel hijyen ile ilgili soruların bilinme oranları (%42.6-%68.2; %91.9-%94.4) genital hijyen ile ilgili soruların bilinme oranlarına (%36.3-%63.5; %83-%98.1) göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Menstruel hijyen ile ilgili "Menstruel dönemde banyo yapılabileceği" ile ilgili soru, eğitim öncesi ve sonrasında diğer sorularla karşılaştırıldığında öğrenciler tarafından en düşük oranda bilinen soru olmuştur. Eğitim öncesi menstruel dönemde ağrı ile baş etme yöntemlerinin bilinme oranlarının (%56.7-%73.6) menstruel hijyen ile ilgili soruların bilinme oranlarından daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.12). Genital ve menstruel hijyene ilişkin verilen eğitimin etkinliğini gösteren çalışmalar yapılmıştır (Akkaş & Türkistanlı, 1993; Gölbaşı vd., 2012; Koyun vd., 2013). Koyun ve arkadaşlarının (2013) kız öğrencilerin genital hijyenle ilgili uygulamalarının değerlendirildiği ve saptanan ihtiyaçlar doğrultusunda kırk öğrenci üzerinde gerçekleştirdikleri eğitim çalışmasında; eğitim öncesi perine temizliğini su-tuvalet kağıdı ve tuvalet kâğıdı ile yapan öğrencilerin oranı %70 iken bu oranın eğitim sonrasında %97.5'e ulaştığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada öğrencilerin menstruel dönemde banyo yapma durumları değerlendirilmiş, menstruel dönemde banyo yapanların oranının eğitim öncesinde %95 iken (bazen banyo yapan %72.5 ve her gün banyo yapan %22.5), eğitim sonrasında %97.5'e yükseldiği (bazen banyo yapan %7.5 ve her gün banyo yapan %90) ve eğitim programının öğrencilerin özellikle menstruel dönemde her gün banyo yapma davranışı üzerinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır.

5.2.4. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası gebelik ve aile planlaması ile ilgili bilgileri

Gebelik bir kadının yaşayabileceği en özel deneyimlerden biridir. Gebeliğin sağlıklı koşullarda gerçekleşmesi, anne ve bebeğin gelecekteki yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktördür. Üreme fonksiyonlarının gelişmesi ile cinsel yönden daha aktif hale gelen adolesanlar, konu ile ilgili sınırlı bilgiye sahip olmalarının da etkisi ile istenmeyen gebelikler ve bu gebeliklerin getirebileceği risk faktörleri ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Gelişmiş ülkelerde evlilik öncesi yaşanan cinsel deneyim, bunun sonucu meydana gelen istenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşükler

adolesan dönemde sık görülen problemlerdendir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise kültürel yapı ve geleneklerin etkisiyle erken yaş evlilikler ve gebelikler bu dönemde görülebilmektedir (Bulut, Gürkan, & Sevil, 2008; Klein, 2005; Uzun & Orhon, 2013).

Evlilik içinde veya evlilik dışındaki adolesan dönem gebelikleri bireyin fiziksel, ruhsal sağlığına ve sosyo-kültürel yaşamına olumsuz etkileri nedeniyle önlenmesi gereken gebeliklerdir. Bu nedenle adolesanların sağlıklı gebeliğin oluşumu ile ilgili bilgilendirilmelerine ve doğru davranış geliştirmelerine gereksinim vardır. Çalışmamızda öğrencilerin eğitim öncesi gebelik ile ilgili soruların bilme oranlarının %16.7-%50.3, eğitim sonrası ise bu oranların %87.7-%98.5 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4.13). Öğrencilerin gebelik dönemi ile ilişkili bildikleri konular incelendiğinde genel olarak toplumun geniş bir kesimi tarafından da bilinen konular olduğu görülmektedir. Eğitim öncesi ve sonrasında öğrenciler tarafından gebelik süreci ile ilgili en az bilinen sorunun "Gebelik için en uygun dönemin hangisi olduğu" iken en çok bilinenin "Normal gebelik süresinin ne kadar olduğu" ile ilgili soru olduğu görülmüştür (Tablo 4.13). Bunun nedeni öğrencilerin gebeliğe yönelik bilimsel teorik bilgilerinin yetersiz olması ile açıklanabilir. Özcebe (2000) kırsal alanda adolesan ve gençlerde gerçekleştirdiği çalışmasında gebelik konularının eğitim sonrası bilinme yüzdelerinin eğitim öncesine oranla çok fazla değişmediğini saptamıştır. Ankara'da otuziki lise de gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da, adolesan kızların gebelik ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (Vicdan vd., 1996). Türkiye Gençlerde CSÜS Araştırması'nda (2007) 15-19 yaş grubundaki kızların %40.9'u gebeliğin oluşması için özel bir dönem olması gerektiğini belirtirken, bu dönemi âdet kanaması bittikten sonraki dönem olarak ifade edenlerin oranı %19.2 olarak saptanmıştır. Gürkan'ın (2009) İstanbul'un Kadıköy ilçesinde gerçekleştirdiği çalışmasında; kız öğrenciler gebelik için en uygun yaş aralığını %57.7 oranında "25-35 yaş aralığı" olarak belirtmişlerdir. Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise; Koluçak (2007) İnönü Üniversitesi öğrencilerinde gerçekleştirdiği çalışmasında; öğrencilerin %34.6'sının gebelik için en uygun günler sorusuna "beklenen âdetten iki hafta önce", gebelik için en uygun yaş aralığı sorusuna ise %94.3'ünün "20-34 yaş arası" cevabını verdiklerini belirtmiştir. 2004 yılında yapılan diğer bir çalışmada da; gebelik için en uygun günler sorusuna Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin %58.4'ünün, Dicle üniversitesi öğrencilerinin %30.8'inin; gebelik için en uygun yaş aralığına ise Hacettepe üniversitesi öğrencilerinin %94.8'inin, Dicle üniversitesi öğrencilerinin %88.5'inin doğru cevap verdiği saptanmıştır (Akın & Özvarış, 2004). Geçici'nin (2011) Gaziantep Üniversitesi öğrencilerinde gerçekleştirdiği çalışmasında; öğrencilerin sağlıklı bir gebelik için en uygun yaş aralığı sorusuna %80.5'inin "18-35 arası" ve gebe kalma olasılığının en yüksek olduğu dönem sorusuna yaklaşık 1/3'inin (%32.8) "âdetten iki hafta önce" doğru cevabını verdikleri görülmüştür. Çalışmaların sonuçları yaşanan bölge, katılımcıların özellikleri, uygulanan farklı eğitim

tekniklerine bağılı olarak değişiklik göstermekle birlikte çalışma sonucumuza benzer olarak gebeliğin hangi dönemde oluştuğuna ilişkin bilgi öğrencilerin büyük bir kısmı tarafından bilinmemektedir. Adolesanlara konuya ilişkin yeterli bilgilendirmenin yapılması istenmeyen gebeliklerin önlenmesi açısından önemlidir.

Cinsel olarak aktif hale geldikleri adolesan dönemde, gençler yeni tecrübeler edinmeye ve bu tecrübeleri denemeye açıktırlar. Adolesanlar yaşadıkları bilinçsiz ve sorumsuz cinsel davranışlar nedeniyle CSÜS sorunları ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Gençlerin sorun yaşamamaları ve karşılaştıkları sorunlarla başa çıkabilmeleri için kontraseptif kullanımına ilişkin gerekli bilgi ve danışmanlık hizmetlerinin onlara sunulması gerekmektedir. Topbaş ve arkadaşlarının (2003) Trabzon'daki bazı liselerde öğrenim gören adolesanların AP hakkındaki bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmada, öğrencilerin %74'ünün bu konu hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Topbaş, an, & Kapucu, 2003). Yapılan çalışmalarda adolesan ve gençlerin AP ile ilgili konularda bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüş ve konu ile ilgili bilgi almak istedikleri saptanmıştır (Akin vd., 2006; Demirtaş, 2005; Coşkun, 2006; Gölbaşı, 2002; Karabulut, 2003; zkan, 2005; Pınar, 2007; Pınar, 2008; Vicdan vd., 1996). Ülkemizde ve diğer ülkelerde adolesanlara ve gençlere yönelik verilen AP eğitimlerinin etkili olduğunu ve konu ile ilgili bilgi düzeylerinde artışın gerçekleştiğini gösteren çalışma sonuçları mevcuttur (Brieger, Delano, Lane, Oladepo, & Oyediran, 2001; Ege vd., 2005; Ersin, 2008; Karabulut, 2003; Kırmızıtoprak, 2007; Lou, Wang, Shen, & Gao, 2004; Özcebe, 2000; Pınar, 2008; Saroj et al., 2005; Toker, 2005). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda da verilen AP eğitimi sonrası öğrencilerin yöntemleri bilme oranlarında, yönteme göre yaklaşık %10-%60 arasında değişen bir artışın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13). AP eğitimi sonrasında adolesanların herhangi bir metot kullanma oranlarında artışın olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Duberstein, Santelli, & Singh, 2007; Dye & Dawn, 2006; Santelli, Morrow, Anderson, & Duberstein, 2006). AP konusunda adolesanlara ve gençlere yapılan eğitimlerin, bilgi düzeylerine olumlu katkı sağladığı görülmektedir. Ancak kısa süreli ve bir seferliğine yapılan eğitimlerin istenilen düzeyde davranış ve tutum değişikliği sağlamadığı, bu nedenle tekrarlanan eğitimlere ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Güler, 2005; Larsson, Tyden, Hanson, & Nordin, 2007).

Çalışmamızda kadınlarda ve erkeklerde kullanılan kontraseptif yöntemlerin bilinme oranlarının eğitim öncesinde %0.3-%23.2 eğitim sonrasında ise %14.9-%87.7 arasında değiştiği görülmekte olup eğitim sonrası bilinme oranlarında artışın olduğu saptanmıştır. Eğitim ncesi ve sonrası en çok bilinen kontraseptif yöntemin oral kontraseptif'ler olduğu, bunu rahim içi araç (RIA) ve erkek kondomunun izlediği görülmektedir (Tablo 4.13). Çalışma bulgumuzla uyumlu olarak Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008) sonuçlarına göre de 15-19 yaş grubundaki kızların

duymuş oldukları yöntemler oral kontraseptif, RIA ve kondom şeklinde sıralanmaktadır. 15-24 yaş arası gençleri kapsayan bir çalışmada da, gençlerin duymuş oldukları yöntemler sırasıyla oral kontraseptif, RIA ve kondom şeklinde ifade edilmektedir (Özcebe vd., 2007). Gençlerin bildikleri yöntemlerin sıralamasında değişiklik olsa da bu yöntemlerin ilk üç sırada olduğunu gösteren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (Akın & Özvarış, 2004; Özalp, Tanır, Iğın H, Karataş, & Iğın B, 2012; Özcebe vd., 2007; Koluvaçık, 2007; Reyhanioğlu, 2010). Çalışmamızda eğitim öncesi en az bilinen (%0.3) kontraseptif yöntemin “Acil kontraseptif yöntem (Ertesi gün hapı)” olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13). Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda acil kontraseptiflerin bilinme oranlarının %0.7-%96 arasında geniş bir yelpazede değişiklik gösterdiği belirlenmiştir (Baiden, Awini, & Clerk, 2002; Biri vd., 2007; Bozkurt, Korucuoğlu, Aksakal, Biri, Banu, Maral, & Tıraş, 2006; Corbet, Mitchell, Taylor, & Kempainen, 2006; Koluvaçık, 2007; Sorhaindo, Becker, Fletcher, & Garcia, 2002). Adolesan grupta bilinen kontraseptif yöntem oranı oldukça düşük olup bu yöntemler içerisinde en az oranda bilinen yöntem acil kontrasepsiyondur. Öğrencilere yönelik yapılan CSÜS eğitimlerinde bu konulara yer verilmesine ve danışmanlık hizmetlerinin artırılmasına gereksinim vardır.

5.2.5. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası CYBH ile ilgili bilgileri

Adolesan dönemde yaşanan bilinçsiz cinsel davranışların en önemli sonuçlarından biri CYBH'dır. Cinsel ilişkiyi adolesan yaşta deneyimleyen gençler, sık cinsel partner değiştirmeleri, korunmasız cinsel ilişkide bulunmaları ve konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları nedeniyle CYBH'a yakalanma riskine maruz kalmaktadırlar. Bu durum ise gençlerin çok ciddi fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal sorunlarla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır (CETAD, 2000; Özcebe, 2003).

Ergen sağlığı ile ilgili araştırmaların en kapsamlılarından biri olan DSÖ tarafından 1993-1994 yılları arasında yirmidört farklı ülkenin katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada; gençlerin sıklıkla erken cinsel aktivite, CSÜS konularında bilgi eksikliği, istenmeyen gebelikler, AIDS ve CYBH ile ilgili sorun yaşadıkları belirtilmiştir (Metcalf, 2004). Aile içerisinde başlanması beklenen cinsel eğitimin sosyo-kültürel faktörler nedeniyle hâlen bir tabu olmayı sürdürmesi, ailenin konu ile ilgili bilgilerinin yetersizliği ve konu ile ilgili eğitim ve hizmetlerin sınırlı olması gençlerin bu konuda bilgi eksikliklerinin en önemli nedenleri olarak görülmektedir (Akın & Özvarış, 2004; Ekşi, 1986; Ekşi, 1990; Turan, 2005; Ürünsak, Kadayıfçı, & Çil, 2004).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yapılan çalışmalar, adolesanların ve gençlerin CYBH ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu ve bu konuda bilgi almak istediklerini göstermektedir (Akın, Özvarış, Eroğlu, & Mıhçıokur, 2006; Coşkun, 2006; Demirtaş, 2005; Demir & Şahin, 2014; Gölbaşı, 2002;

Korkmaz, 2011; Özcebe, 2000; Özkan, 2005; Vicdan vd., 1996). Çalışmamızda verilen eğitim sonrasında CYBH ile ilgili soruları doğru bilen öğrencilerin oranı yaklaşık %3-%40 arasında artış göstermiştir (Tablo 4.14). Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalar CYBH ile ilgili verilen eğitimlerin gençlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinde artış sağladığını göstermektedir (Açıkel, Babayiğit, Kılıç, Hadse, & Bakır, 2005; Donati, 2000; Ersin, 2008; Kırmızıtoprak, 2007; Kırmızıtoprak & Şimşek, 2011; Kirby, 2005; Özcebe & Akın, 2003; Özcebe, Akın, & Aslan, 2004; Özkan, 1994; Pınar, 2008; Reyhanoğlu, 2010; Saroj et al., 2005; Song et al., 2000).

CYBH'nin kontrolünde önemli olan bir nokta bu hastalıkların neler olduğunun bilinmesidir. Çalışmamızda öğrencilerin CYBH'nin isimlerini bilme oranlarının eğitim öncesi %0.0-%26.7, eğitim sonrası %3.7-%82.8 arasında değiştiği görülmektedir. Eğitim öncesi CYBH'dan en az bilinenin Trikomanas Vaginalis ve Bakteriyel Vajinozis, en çok bilinenin ise AIDS olduğu ve bunu Sifiliz ve Hepatit B'nin izlediği saptanmıştır (Tablo 4.14). Türkiye Gençlerde CSÜS Araştırması (2007) çalışmasında 15-19 yaş grubundaki kızların CYBH'dan en çok HIV/AIDS'i (%84.6) bildiği, bunu Hepatit (%26.2) ve Gonore'nin (%10.2) izlediği saptanmıştır. Küçükşahin'in (2009) kırsal bölgedeki kız adolesanlar tarafından CYBH'dan hangilerinin bilindiğini belirlemeye yönelik çalışmasında, ilk sırada HIV/AIDS (%77.5), ikinci sırada Hepatit B'nin (%51.8) yer aldığı ve bunu Mantar enfeksiyonunun (%23.2) takip ettiği görülmektedir. Özlece (2006) Kayseri il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinde gerçekleştirdiği çalışmada öğrencilerin CYBH'ı bilme durumunu incelemiş; %97'sinin AIDS'i, %44.5'inin Hepatit B'yi bildiğini, Sifiliz'i bilenlerin oranının %6.9 olduğunu saptamıştır. Topbaş ve arkadaşlarının (2003) Trabzon ili lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %95'inin, Sabancı'nın (2004) Balıkesir'de dört genel lisedeki ikinci sınıf öğrencilerinde gerçekleştirdiği çalışmada ise %93.7'sinin CYBH'dan en çok AIDS'i bildikleri belirtilmiştir. Özdemir ve arkadaşlarının (2003) üniversite öğrencilerinde yaptıkları araştırma sonucunda da, araştırmaya katılan olguların %35.2'sinin AIDS ve %17.2'sinin Hepatit cevabını verdikleri belirtilmiştir (Özdemir, Ayvaz, & Poyraz, 2003). Koluvaçık'ın (2007) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada da, kız öğrencilerin en çok AIDS (%98.6), Hepatit B (%33.5) ve Hepatit C'yi (%27.9) bildikleri saptanmıştır. Çalışmamızda eğitim sonrası ise CYBH'dan en az bilinenin Trikomanas Vaginalis, en çok bilinenin ise AIDS olduğu ve bunu Hepatit C'nin sonrasında ise Hepatit B ve Gonore'nin takip ettiği görülmektedir (Tablo 4.14). Özalp ve arkadaşlarının (2012) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi öğrencilerinde (Tıp fakültesi ve mühendislik fakültesi) yaptıkları çalışmada; en çok bilinen CYBH'nin %98.6 ile HIV/AIDS ve %73.1'i ile Hepatit B olduğu belirlenmiştir. Demir ve Şahin (2014) Selçuk Üniversitesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada; AIDS'in öğrenciler tarafından en fazla (%40.8) bilinen CYBH olduğunu ve bunu sırasıyla Sifiliz (%20.3), Hepatit (%18.7), Gonore'nin (%15.7) izlediğini saptamıştır. Yapılan

çalışmalar ve çalışma bulgularımız incelendiğinde, adolesanlar ve gençler arasında en çok bilinen CYBH'ın "AIDS" ve "Hepatit B" olduğu, bu hastalıkların yazılı ve görsel basında daha fazla işlenmesinin ve ciddi komplikasyonlarının bulunmasının bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

CYBH'dan korunmada risk faktörlerinin, hastalıkların bulaşma yollarının, belirtilerinin ve korunma yöntemlerinin bilinmesi önemlidir. Çalışmamızda CYBH ile ilgili soruların (risk faktörleri-belirti-bulaşma yolu-sorumluluk-korunma-tedavi) bilinme oranlarının eğitim öncesi %13.7-%55.1 ve eğitim sonrasında ise %87.5-97.2 arasında olduğu ve yaklaşık %40-%70 oranında artış gösterdiği görülmektedir. Güvenli cinsel yaşam kapsamında yer alan CYBH'dan korunmada güvenli cinsellik, tek eşli olma/ eşine sadık olma ve her ilişkide kondom kullanmanın bilinme durumu incelendiğinde; eğitim öncesinde düşük olan oranların (%32.1-%55.1) önemli oranda yükseldiği (yaklaşık %60-70 artış), verilen eğitiminin etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14). Çalışma sonuçlarımız güvenli cinsel yaşam (cinsel ilişkiden kaçınmak/ tek eşlilik/ kondom kullanmak) konusunda verilen eğitimlerin etkisinin değerlendirildiği çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003; Kırmızıtoprak & Şimşek, 2011). Eğitim verilmeyen sadece bilgi düzeyinin ölçüldüğü çalışmalardan; Gürkan'ın (2009) çalışmasında güvenli cinsel ilişkiyi kız ve erkek öğrencilerin %58.6'sı CYBH'dan korunmak ve %61.5'i prezervatif kullanmak olarak tanımlamışlardır. Koluçak'ın (2007) üniversitedeki kız öğrencilerin güvenli cinsel ilişkiden ne anladığının incelendiği çalışmasında; sırasıyla tek eşlilik (%69.8), CYBH'dan korunma (%62.4), gebeliği önleyici yöntemleri (%22.9) ve prezervatif (%18.8) kullanmanın ifade edildiği görülmüştür. Hacettepe ve Dicle Üniversitesi'nde yapılan çalışmada da Koluçak'ın çalışmasına benzer bulgular elde edilmiştir (Akın & Özvarış, 2004). Güvenli cinsellik ve CYBH ile ilişkili olarak çalışmaların bulguları değerlendirildiğinde adolesan grubun bu konularla ilgili doğru bilgiye sahip olma oranlarının üniversite öğrencilerine göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuç yaş ilerledikçe gençlerin cinsel yönden daha aktif hale gelmeleri ve bilgi edinme ihtiyaçlarının artması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda eğitim öncesi öğrencilerin ortalama 1/4'ünün CYBH'ın belirtilerini doğru olarak bildiği ve eğitim sonrası bilen öğrencilerin oranında yaklaşık %60'lık bir artışın olduğu görülmektedir (Tablo 4.14). Pınar ve arkadaşları (2009) çalışmalarında çalışma bulgumuza benzer şekilde, üniversite öğrencilerinin %23.8'inin CYBH'ın belirtilerini (genital bölgede yara-siğil, akıntı, ağrı ve yanma, halsizlik, zayıflama, ateş) bildiklerini saptamıştır (Pınar, Doğan, Ökdem, & Öksüz, 2009). Koluçak (2007) çalışmasında üniversite öğrencilerinin yarısından fazlasının CYBH'ın belirtileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını saptamıştır. Bu durum hastalıkların geç tanınmasına ve komplikasyon oluşturma risklerinde artışa neden oluşturabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin CYBH'ın bulaşma yollarını; korunmasız cinsel ilişki, anneden bebeğe geçiş ve kontrol edilmemiş kan ve kan ürünleri olarak ifade edenlerin oranı eğitim öncesi %19.4 iken, eğitim sonrası bu oranın %90.7 olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesi CYBH'ın risk faktörleriyle ilgili olarak, birden çok kişiyle korunmasız cinsel ilişkiye girmenin riskli olduğunu bilenlerin oranı (%32.4) manikür, pedikür aletleri ve jilet gibi eşyaları ortak kullanmanın riskli olduğunu bilenlere (%24.7) göre daha yüksek bulunmuştur. CYBH'ın bulaşma yollarının öğrencilerin çoğunluğu tarafından bilinmediği, cinsel ilişki ile bulaşma dışında diğer bulaşma şekillerinin daha az oranda bilindiği görülmektedir (Tablo 4.14). Öğrencilere verilen CSÜS eğitimlerinde hastalıkların bulaşma yollarına ilişkin yeterli bilgilendirilmenin yapılması adolesan cinsel sağlığı açısından önemlidir. Kul ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında üniversite öğrencilerine hastalıklara göre bulaşma yolları sorulmuş, AIDS dışındaki diğer hastalıkların bulaşma yollarının daha düşük oranda bilindiği belirlenmiştir (Kul, Özboyacı, Çift, Sözen, & Topbaş, 2006). Demir (2006) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada; öğrencilere CYBH'ın cinsel ilişki dışındaki bulaşma yolunu sormuş, çoğunun (sağlıkla ilgili okullarda %60.5 iken, sağlıkla ilgili olmayan okullarda bu oran %83.8) kan yolu ile cevabını verdiğini belirtmiştir. Sağlıkla ilgili okullarda oranın daha düşük olması dikkat çekici bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan eğitimlerde cinsel ilişki dışında diğer bulaşma yolları ile ilgili bilginin ayrıntılı olarak verilmesi bilgi gereksiniminin karşılanması için önemlidir.

Çalışmamızda CYBH'dan korunmada sorumluluğun her iki cinse de ait olduğunu ifade edenlerin oranı eğitim öncesi %55.1 iken, eğitim sonrasında %97.2'ye yükselmiştir (Tablo 4.14). Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda, CYBH'dan korunmada sorumluluğun her iki cinse de ait olduğunu bilenlerin oranı çalışma bulgumuzdan daha yüksek düzeyde, adolesanlarda %79.7-%81.1, üniversite gençlerinde %67.6-%94 oranlarında belirlenmiştir (Akın & Özvarış, 2004; Gürkan, 2009; Küçükşahin, 2009). Oranlardaki farklılık çalışmaların yapıldığı bölgelere göre değişen sosyo-kültürel yapı özellikleri ve çalışmanın yapıldığı bölgede geleneksel toplumsal cinsiyet algısının daha fazla benimsenmesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda eğitim öncesi öğrencilerin ortalama 1/4'ünün CYBH'ın tedavisinde eşlerin birlikte tedavi görmeleri gerektiğini ve tedavi edilmeyen hastalıkların kadında düşüğe ve dış gebeliğe neden olabileceğini doğru bildiği saptanmış, eğitim sonrasında bu oranın %60-70 oranında artış gösterdiği görülmüştür (Tablo 4.14). Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Reyhanoğlu (2010) çalışmasında "CYBH'ın kadınlarda ve erkeklerde kısırlığa sebep olabileceği" ifadesine öğrencilerin %65'inin doğru cevap verdiğini belirtmiştir. Koluvaçık (2007) çalışmasında "CYBH'ı olan biri tedavi olurken partneri de tedavi olmalıdır" ifadesini doğru olarak tanımlayan kız öğrencilerin oranını %85 olarak belirlemiştir. Yaman Efe'nin (2003) çalışmasında öğrencilerin yaklaşık yarısının AIDS'in,

yarısından fazlasının ise Sifiliz, Gonore ve Hepatit B'nin tedavisini hiç bilmedikleri saptanmıştır. Öğrencilerin CYBH'in geç dönemde tedavi edilmesinin sonuçlarını bilmesinin, bu hastalıkların oluşturabileceği komplikasyonların önlenmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Günümüzde, CYBH'dan Hepatit B ve HPV'ye karşı aşı mevcuttur ve bu aşular Türkiye'de de uygulanmaktadır. Bu aşuların uygulanması adolesanların hastalıklara yakalanma riskini önemli oranda azaltacaktır. Çalışmamızda aşıyla önlenebilen CYBH'dan Hepatit B'yi eğitim öncesi doğru olarak bilen öğrencilerin oranı %18.8 iken, eğitim sonrası bu oranın %91.4'e yükseldiği saptanmıştır (Tablo 4.14). Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda; Geçici (2011) Gaziantep Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin; %36.6'sı Hepatit B'nin aşıyla önlenebilen CYBH'dan biri olduğunu belirtmiştir. Reyhanoğlu (2010) akran eğitimleri projesi kapsamında eğitim almış gençlerin CSÜS hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirdiği çalışmada; aşı ile koruma sağlanan CYBH'nin isimlerinin yazılması istenmiş ve katılımcıların %26.5'inin Hepatit B, %4'ünün Human Papilloma Virus (HPV) aşısını belirttikleri görülmüştür. Yapılan eğitime rağmen aşuların bilinme oranlarının düşük olması nedeniyle eğitimin istenilen amaca ulaşmadığı belirtilmiştir.

5.2.6. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası kadın hakları ile ilgili bilgileri

Kadının toplumsal statüsünün düşük olması, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı özellikle kadın üreme sağlığını olumsuz etkilemektedir. Aynı toplum içerisinde farklı kültürel normların bulunması, toplumsal cinsiyet rollerinin iyi tanımlanmaması, sahip olunan haklar konusundaki bilgi yetersizliği özellikle adolesanların gelecekteki ile ilgili yanlış kararlar almalarında etkili olmakta ve üreme sağlığı alanında problem yaşamalarına yol açmaktadır. Bu bağlamda çalışma grubumuzu oluşturan adolesanların kadınların sahip olduğu bazı yasal hakları ile ilgili bilgilerini belirlemeyi amaçladık.

Kadınların sahip olduğu haklara ilişkin ifadelerin öğrenciler tarafından bilinme oranları eğitim öncesinde %19.7-%66.2 arasında olup, eğitim sonrasında bu oranların %87.4-%96.4'e yükseldiği görülmektedir. Eğitim öncesi ve sonrasında haklara ilişkin ifadelere verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; en fazla doğru olarak bilinen ifadenin "18 yaşına gelmemiş bile olsa kadının istemediği bir kişiye hayır diyebilme hakkı vardır, kimse zorla evlendirilemez" olduğu belirlenmiştir. En az oranda doğru olarak bilinen ifadenin ise "Kadın ve erkek 17 yaşını doldurmadan evlenemez" olduğu görülmektedir (Tablo 4.15). Her iki ifadeye ilişkin oranlar değerlendirildiğinde adolesanlarda evlilik kararını verme ile ilişkili istenilen bilinç düzeyinin oluşmadığı ve yasal hakları konusunda farkındalıklarının bulunmadığı görülmektedir.

Öğrencilerin 1/3'i bir kadının istemediği bir evliliğe zorlanabileceğini, 4/5'ü ise kadın ya da erkeğin onyediyi yaşını doldurmadan evlenebileceğini onaylamıştır. Evlilikle ilgili diğer ifadeler incelendiğinde; "Kadın zorla evlendirildiğinde şikâyet ettiği takdirde evliliği iptal edilir" ifadesini öğrencilerin %40.6'sının doğru olarak cevapladığı görülmektedir. Kadınlar istediği erkekle evlenme hakkına sahip değildir, aile büyüklerinin kararı geçerlidir", "Dini nikâhın tek başına hiçbir geçerliliği yoktur. Ayrıca resmi nikâh yapılmadan yapılması suçtur" ve "Başlık parası kanunlar önünde geçerlidir" ifadelerine öğrencilerin yaklaşık yarısının doğru cevap verdiği belirlenmiştir (Tablo 4.15). Bu ifadelere verilen yanıtlar incelendiğinde, öğrencilerin bakış açılarında geleneksel davranış modellerinin, bölgeye özgü sosyo-kültürel özelliklerin ve dinin etkili olduğu söylenebilir.

"Evlilik birliğinin giderlerini eşler birlikte karşılamak durumundadır", "Oturulacak konuta ilişkin kullanma ve yararlanma hakkını etkileyen her türlü kanuni işlemlerde eşler birlikte karar vermelidir" ifadelerine öğrencilerin yaklaşık yarısının doğru cevap verdiği saptanmıştır (Tablo 4.15). Bu bulgular toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde öğrenciler tarafından geleneksel rol ve tutumların yaygın olarak benimsendiğini düşündürmektedir.

Kadının gelir getiren bir işinin olması sosyo-ekonomik açıdan kadını güçlendirmekte ve sağlığına olumlu katkı sağlamaktadır. Öğrencilerin eğitim öncesinde büyük oranda (%80.3) "Kadın bir işe girerken eşinin iznini almalıdır" ifadesini onaylamaları dikkat çekici bir bulgudur (Tablo 4.15). Bu sonuçta öğrenciler tarafından kadın için uygun görülen geleneksel rol modellerinin benimsendiğini göstermektedir. Eğitim sonrasında bu ifadeyi onaylamayanların oranı %89.6'ya yükselmiştir (Tablo 4.15).

5.2.7. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası şiddet olgusu ile ilgili bilgileri

Hızlı bir gelişme dönemi olan ergenlik, çatışma doğuracak birçok yeni sorumluluk ve kimlik oluşturma gereksinimlerinin ortaya çıktığı ve aynı zamanda risk alma davranışının en fazla yaşandığı dönemdir. Ergenlik döneminde görülen davranış değişiklikleri bu dönemde gençlerin şiddete maruz kalma riskini artırabilmekte, kısa ve uzun dönemde üreme sağlıklarının olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir.

Şiddetin sadece fiziksel güç uygulanması şeklinde algılanması uygulanan diğer şiddet türlerine karşı farkındalığı azaltmakta, kişilerin maruz kaldıkları şiddeti algılayabilmelerini engelleyebilmektedir. Toplumda var olan geleneksel davranış kalıpları ve rol modelleri şiddet davranışını destekler nitelikte olabilmektedir. Tüm dünyada giderek artan sıklıkta gözlenen şiddetin nasıl algılandığının bilinmesinin şiddet olgusuna yönelik

müdahalelerin geliştirilmesinde başarılı sonuçlar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda öğrenciler tarafından şiddet, cinsel şiddet ve cinsel istismar kavramlarının doğru bilinme oranlarının düşük olduğu ve eğitim öncesinde %25.8-%32.9, eğitim sonrasında ise %89.1-%95.9 arasında değiştiği saptanmıştır. Eğitim öncesinde cinsel şiddet kavramı en fazla oranda, cinsel istismar kavramı ise en düşük oranda doğru bilinen kavramlar olarak belirlenmiştir (Tablo 4.16). Şiddet ve şiddet türlerine ilişkin kavramların yetersiz oranda bilinmesi ve algılanması; gençlerin şiddete maruz kalma riskini artırabileceği gibi ilişkilerinde şiddet içeren davranışları daha fazla kullanabilecekleri endişesini doğurmaktadır.

TBMM (Türkiye Büyük Millet Meclisi) Araştırma Komisyonu'nun (2007) yaptığı çalışmada ortaöğretim öğrencileri arasında şiddeti sadece fiziksel şiddet olarak algılamının en yüksek oranda olduğu, sözel şiddet ve duygusal şiddetin daha düşük oranda tanımlandığı belirtilmiştir. Özgür ve arkadaşlarının (2011) lise öğrencilerinde yaptıkları çalışmada da, şiddetin en fazla dayak (%18.3), kavga (%15.8), psikolojik baskı (%15.1) ve başkalarına zarar vermek (%11.4) olarak algılandığı ve şiddet türleri olarak %78.9'unun fiziksel, %45.6'sının ise psikolojik şiddeti belirttikleri saptanmıştır (Özgür, Yörükoğlu, & Arabacı, 2011). Şiddeti yaşayan bireyde yarattığı izler açısından, fiziksel şiddet cinsel ve duygusal şiddete göre, daha somut, ölçülebilir ve kolay ifade edilebilir olması sebebiyle, ilk olarak dile getirilen şiddet türüdür (Bahçecik & Kavaklı, 1993). Bu bağlamda, araştırmalarda öğrencilerin şiddeti öncelikle fiziksel şiddet olarak tanımlamaları beklenen bir sonuçtur. Gürkan'ın (2009) lise öğrencilerinde yaptığı çalışmasında, cinsel şiddet deyince öğrencilerin ilk akıllarına gelenin somut eylem olması nedeniyle daha çok tecavüz olduğu, sevgilinin cinsel ilişki için duygusal baskı yapması dâhil diğer eylemleri daha düşük oranda cinsel şiddet olarak tanımladıkları saptanmıştır.

5.2.8. Öğrencilerin bazı sosyo-demografik ve menstruel dönem özellikleri ile sigaraya başlama yaşı ve kullandığı sigara miktarına göre eğitim öncesi ve sonrası üreme sağlığı bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Ülkemizde yapılan çok sayıda çalışma sonucu; sosyo-demografik özelliklerin adolesanların ve gençlerin CSÜS bilgi ve davranışları üzerinde etkili olduğunu belirtmektedir (Beydağ, 2007; Ekşi, 1990; Pınar, 2007; Nalbant & Bulut, 2001; Özvarış, Koler, Erbay, & Genç, 1995). Çalışmamızda eğitim öncesi adolesanların yaşları ile bilgi düzeyleri arasında ilişki bulunamazken, eğitim sonrası bilgi düzeylerinin yaş ile paralel olarak arttığı gözlenmektedir (Tablo 4.17). Öğrencilerin adolesan dönemine özgü deneyimleri buna paralel olarak bilgi ihtiyaçları ve farkındalıkları yaşları ilerledikçe artmaktadır. Bu durumun eğitimin etkinliğinin yaş ilerledikçe

artmasında etkili olduğu düşünölmektedir. Pınar (2008) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmasında, yaş gruplarına göre ön-son test puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamasına karşın, yirmiiki yaş ve üzerindeki öğrencilerde bilgi artışının daha genç yaş grubuna göre yüksek olduğunu saptamıştır.

Çalışmamızda eğitim öncesi bilgi düzeylerinin kardeş sayısı azaldıkça arttığı gözlenmektedir (Tablo 4.17). Kardeş sayısının azalması ile ebeveynlerin adolesana ayırdığı sürenin dolayısıyla iletişim ve paylaşımlarının artması ile birlikte, çocuk sayısı az olan ailelerde anne eğitiminin yüksek olmasının da bu sonuçta etkili olabileceği düşünölmektedir. Eğitim sonrası bilgi düzeylerinin kardeş sayısına göre değışiklik göstermediği belirlenmiştir.

Çalışmamızda anne ve baba yaşı yükseldikçe eğitim öncesi bilgi düzeylerinin arttığı gözlenmektedir (Tablo 4.17). Bu durum, anne ve baba yaşının ilerlemesine paralel olarak kazandıkları bilgi, deneyim ve tecrübenin artışıyla ilişkilendirilebilir. Eğitim sonrası bilgi düzeylerinin anne ve baba yaşına göre değışiklik göstermediği belirlenmiştir.

Çalışmamızda beklenenin tersine eğitim öncesi bilgi düzeyleri azaldıkça yoğun gün ped sayısının arttığı, eğitim sonrasında ise yoğun gün ped sayısının artması ile paralel olarak yükseldiği görölmüştür (Tablo 4.17). Eğitim öncesi elde edilen bulgu, bilgisi az olan öğrencilerin kanama ile ilgili daha fazla kaygı duymaları ve bu nedenle de daha sık ped değıştirmeleriyle ilgili olabilir.

5.2.9. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin okullara göre karşılaştırılması

Çalışmamızda eğitim öncesi bilgi düzeylerinin en düşük olduğu öğrencilerin bulunduğu okul Kız Teknik ve Meslek Lisesi, en yüksek olanların bulunduğu okul ise Şehit Uz. Çvş. İbrahim Erdoğan Anadolu Sağlık Meslek Lisesi olarak belirlenmiştir. Verilen eğitim sonrasında ise; bilgi düzeylerinde en az artışın Ardahan Anadolu İmam Hatip Lisesi, en fazla artışın ise Yalnızçam Lisesi öğrencilerinde olduğu görölmektedir (Tablo 4.18). Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin diğer liselerdekilere göre eğitim öncesi bilgi düzeylerinin daha yüksek olması, almış oldukları mesleki eğitimle ilişkili bir durum olarak değerlendirilmiştir. Karma eğitimin olmadığı sadece kız öğrencilerin öğrenim gördüğü ve okul müdiresi tarafından daha önce üreme sağlığı eğitiminin verildiğini ifade ettiği Kız Teknik ve Meslek Lisesinde, eğitim öncesi bilgi düzeylerinin ortalamasının oldukça düşük olduğu gözlenmiştir ($\bar{x}=18.44$). Bu bulgu daha önceki eğitimin istenilen hedefe ulaşmadığını göstermesi açısından da önemlidir.

Çalışma bulgumuza benzer şekilde diğer çalışmalarda da sağlık alanında mesleki eğitim verenlerin dışında kalan meslek liselerinde öğrenim gören öğrencilerin bilgi düzeyi düz liseden mezun olanlara göre daha düşük olarak saptanmıştır (Dye & Dawn, 2006; Gölbaşı, 2002; Song et al., 2000). Pınar (2008) üniversite öğrencilerinin mezun oldukları okul ile CSÜS ön-son test puanlarını karşılaştırdığı çalışmasında, özel liseden mezun olan öğrencilerin CSÜS modüllerinin tümünde yüksek puana sahip olduklarını, benzer şekilde düz liseden mezun olanların da meslek lisesi mezunlarına göre CSÜS modüllerinin tümünden yüksek puan aldıklarını saptamış ancak bunun istatistiksel yönden anlamlı olmadığını belirtmiştir. Bu sonuçta son yıllarda meslek liselerine kabul edilen öğrencilerin başarı ortalamalarının düşük olması ve bu okullarda daha çok mesleki eğitime ağırlık verilmesi etkili olabilir. Ayrıca eğitim öncesinde elde edilen sonuçlar, eğitim müfredatında yer alan ve Sağlık Bilgisi dersi kapsamında verilen CSÜS eğitimlerinin istenilen sonuca ulaşmadığını göstermesi açısından da önemlidir. Formal eğitim kapsamında bu dersin üreme sağlığı konularının işlenişinin tekrar değerlendirilmesi ve aksayan yönlerinin belirlenerek soruna yönelik girişimlerin yapılması gerekmektedir.

İmam Hatip Lisesi öğrencilerinin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde artışın en düşük olduğu grup olarak bulunması, öğrencilerin eğitim konularına yönelik tutumları ile ilişkilendirilebilir. Din, sosyal yaşam üzerindeki etkisi açısından değerlendirildiğinde; üreme ve cinsellik ile ilgili konular tabu olarak kabul edilebilmekte, geleneksel bakış açısını desteklemekte, verilen yeni bilgilere karşı ön yargılı tutum sergilenmesine neden olabilmektedir. Bu durum eğitimin hedeflenen sonuca ulaşmasında engel teşkil edebilir. Yalnızçam Lisesinin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde artışın en yüksek olduğu lise olarak belirlenmesi bu lisedeki öğrencilerin sayısının diğer liselere göre az olması (13 kız öğrenci), mesleki eğitim vermemesi ile ilişkilendirilebilir. Çalışmamızda tüm okullara göre öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre önemli bir artış olduğu görülmüştür (Tablo 4.18).

5.2.10. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin anne öğrenim düzeyine göre karşılaştırılması

Çalışmamızda eğitim öncesi bilgi düzeyleri en düşük olan öğrencilerin annelerinin okuryazar düzeyinde, en yüksek olanların ise lise düzeyinde öğrenime sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.19). Kız adolesanlar buldukları dönemle ilgili sorunlarını ve merak ettikleri konuları daha çok anneleri ile paylaşmaktadır. Annelerin eğitilmiş olması CSÜS konularında bilgilerinin artmasına ve çocukları ile daha rahat iletişim kurmalarına olanak sağlar. Karabulutlu ve Kılıç (2011) üniversite öğrencilerinin CSÜS hakkında bilgi düzeyini belirlediği çalışmasında annelerin %72.6'sı ilkokul-ortaokul mezunu olup; ilkokul ve ortaokul mezunu olan annelerin %68.9'unun, lise-üniversite mezunu annelerin ise %3.3'ünün çocukları ile cinsel konularda

hiç konuşmadığını belirlemiştir. Kaya ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında annelerin %66.2'sinin ilkokul mezunu olduğu ve ilkokul mezunu olan annelerin %19.4'ünün, lise mezunu olan annelerin ise %1.8'inin çocukları ile cinsel konularda hiç konuşmadığı belirtilmiştir (Kaya, Serin, & Genç, 2007). Başka bir çalışmada da "Ailenizle cinsel konularda konuşur musunuz?" sorusuna gençlerin sadece %13.8'i "rahatlıkla konuşurum" cevabını vermiş olup, çalışmada anne öğrenim düzeyinin düşük olması ailenin cinsel konuları çocukları ile konuşmamasının bir nedeni olarak bildirilmiştir (Demirtaş, 2005). Birçok araştırmada annelerin eğitim düzeyinin yüksek olması çocuklarıyla iletişimlerini güçlendiren, cinsel konularda konuşma olasılıklarını artıran bir faktör olarak kabul edilmektedir (Gölbaşı, 2002; Bulut & Gölbaşı, 2009; Gökengin, Ertem, & Serter, 2001; Karababa, Arı, Berktaş, Çolakoğlu, Devenci, Özbaş, Tonguç, & Türker, 1993; Koçyıldırım, Kayışoğlu, Köse, Özşenel, Pişi, & Seyhan, 1998; Küçükşahin, 2009; Yeşilyaprak, 1993). Yapılan çalışmalar anne öğrenim düzeyindeki yükselmenin adolesanların ve gençlerin sağlığına ve bilgi düzeyine olumlu katkısının olduğunu göstermektedir (Akın & Özvarış, 2004; Bulut, 2006; Demirtaş, 2005; Kara Ulu, Demir, Taşar, & Dallar, 2014; Karabulutlu & Kılıç, 2011; Kaya vd., 2007; Koluvaçık, 2007; Koluvaçık, Güneş, & Pehlivan, 2010; Özan, Aras, Şemin, & Orçın, 2004). Çalışmamızda da öğrencilerin eğitim öncesinde bilgi düzeyleri annelerinin öğrenim durumlarına göre farklılık göstermiş, literatürden daha farklı olarak öğrenim düzeyi lise olan ve okuryazar olmayan annelerin çocuklarının bilgi düzeyleri diğer öğrenim düzeylerine sahip annelerin çocuklarına göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.19). Bu sonuç öğrencilerin bilgi düzeyleri üzerinde anne öğrenim düzeyinin dışında farklı faktörlerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinin annelerinin öğrenim durumlarına göre değişiklik göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.19). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak cinsel eğitim sonunda anne öğrenim düzeyi yüksek olanların olmayanlara göre CSÜS bilgi artışının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Açıkalin, 2004; Gölbaşı, 2002; Güler, Bekâr, & Ulusoy, 2004; Mihçioğur, 2004; Özcebe, 2000).

5.2.11. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin aile tipine göre karşılaştırılması

Aileleri ile yaşayan ya da çekirdek aileye sahip olan öğrencilerin aile içi iletişim ve paylaşımlarının daha fazla olduğuna yönelik bir beklenti vardır. Bu beklentiden yola çıkarak çekirdek ailede yaşayan adolesanların bilgi düzeylerinin daha yüksek olacağı tahmin edilir. Karabulutlu ve Kılıç (2011) çalışmasında; çekirdek aileden gelen öğrencilerin %48.6'sının geniş aileden gelen öğrencilerin %52.9'unun anneleri ile cinselliği hiç konuşmadıklarını, annesi ile cinsel konuları konuşan öğrencilerin ise %86.3'ünün çekirdek aileye, %13.7'sinin geniş aileye sahip olduğunu belirlemiştir. Yapılan çalışmalar CSÜS bilgisi yüksek olanların diğer aile tipleri ile

karşılaştırıldığında daha çok çekirdek aile yapısına sahip olan adolesanlar ve gençler olduğunu belirtse de, literatürden farklı olarak bizim çalışma bulgumuzun bu sonucu desteklemediği görülmektedir (Coşkun, 2006; Kaynar, Beydağ Taşçı, & Özer, 2008). Ayrıca aile tipleri arasında farklılık bulunmayan ve genellikle bu konuların rahat konuşulmadığını gösteren çalışma sonuçları da mevcuttur (Akın & Özvarış, 2004; Haznedaroğlu, 2006; Mihçioğur, 2006). Çalışmamızda eğitim öncesi bilgi düzeyleri en düşük olan öğrencilerin aile tipinin çekirdek ve geniş aile, en yüksek olan öğrencilerin aile tipinin ise parçalanmış aile olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrasında ise; bilgi düzeyleri en düşük olan öğrencilerin aile tipinin çekirdek, en yüksek olan öğrencilerin aile tipinin ise parçalanmış aile olduğu görülmektedir (Tablo 4.20). Parçalanmış aile ebeveynlerinin öğrenim ve gelir düzeylerinin diğer aile yapılarındakilere göre daha yüksek olma ihtimalinin ve bu tip ailede yaşayan adolesanların korunma içgüdüğü ile kendi yaşamlarının sorumluluklarını daha fazla üstlenmelerinin öğrencilerin bilgi düzeylerine olumlu katkı sağladığı düşünülmektedir. Tüm aile tiplerine göre öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre önemli bir artış olduğu görülmüştür (Tablo 4.20).

5.2.12. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin aile gelir düzeyi algısına göre karşılaştırılması

Gelir düzeyi sağlık hizmetlerine ulaşma ve sağlığı geliştirmede önemli sosyo-ekonomik göstergelerden biridir. Yapılan birçok araştırma sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan ailelerin çocukları ile iletişimlerinin daha güçlü ve cinsellikle ilgili konularda çocuklarıyla konuşma oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Gölbaşı, 2002; Karababa vd., 1993; Yeşilyaprak, 1993). Sosyo-ekonomik düzeyin yüksek olması aile ile çocuk arasındaki iletişimi güçlendirmenin yanı sıra doğru davranış örüntülerinin gelişmesine de olumlu etki yapan bir durumdur. İstanbul'da yapılan bir araştırmada sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan adolesanların korunma yöntemlerini kullanma oranlarının düşük olanlara göre daha fazla olduğu gözlenmiştir (Ögel, Eke, Erdoğan, Taner, & Erol, 2005).

Çalışmamızda eğitim öncesi bilgi düzeyleri düşük olan öğrencilerin orta, bilgi düzeyleri yüksek olanların ise yüksek düzeyde aile gelir düzeyi algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrasında ise; bilgi düzeyleri düşük olan öğrencilerin düşük, bilgi düzeyleri yüksek olanların ise yine aynı şekilde yüksek aile gelir düzeyi algısına sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4.21). Yüksek gelire sahip olma kaynaklara ulaşmada kolaylık sağlayarak bilgi düzeylerinin artmasında rol oynayabilmektedir. Literatür bulguları da çalışma bulgumuzu destekler nitelikte olup, cinsel eğitim sonunda ekonomik düzeyi yüksek olanların olmayanlara göre CSÜS bilgi artışının daha fazla olduğunu gösteren çalışma sonuçları mevcuttur (Açıkalin, 2004; Gölbaşı, 2002; Güler vd., 2004; Kara Ulu vd., 2014; Mihçioğur, 2004; Özcebe, 2000). Pınar (2008) çalışmasında ise ekonomik durumu iyi olanların CSÜS

ile ilgili bilgi puan ortalamalarının yüksek olduğunu ancak diğer gelir düzeyi algıları ile arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirlemiştir. Çalışmamızda aile gelir düzeyi algısına göre öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre önemli bir artış olduğu görülmüştür (Tablo 4.21).

5.2.13. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin sağlık güvencesine göre karşılaştırılması

Sağlık güvencesi, bireylerin sahip olduğu sağlık hakkının hayata geçirilmesinde sosyal devlet anlayışı çerçevesinde sunulan bir hizmettir. Çalışmamızda sağlık güvencesi olmayan öğrencilerin olanlara göre eğitim öncesi bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.22). Sağlık güvencesinin olmayışı bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımını engelleyen önemli bir faktördür. Bu duruma sağlık bilgisi yetersizliğinin de eklenmesi bireylerin sağlık durumlarının olumsuz etkilenme riskini artıracaktır. Kırmızıtoprak ve Şimşek (2011) tarafından Şanlıurfa'da 15-24 yaş arası gençlerde gerçekleştirilen çalışmada, çalışma bulgumuzla uyumlu olarak sosyal güvencesi olmayan gençlerin olanlara göre güvenli cinsel yaşam ve CYBH konusunda bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda eğitim sonrası sağlık güvencesine göre bilgi düzeylerinin değişiklik göstermediği saptanmıştır. Sağlık güvencesi bulunma durumuna göre tüm öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre önemli bir artış olduğu görülmüştür (Tablo 4.22).

5.2.14. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin en uzun süreyle yaşadıkları yere göre karşılaştırılması

Kişilerin yaşadıkları yer onların gelişim sürecine olumlu ya da olumsuz katkı sağlayan önemli faktörlerden biridir. Yapılan çalışmalar cinsel eğitim öncesi kentte yaşayanların yaşamayanlara göre CSÜS bilgi düzeylerinin daha fazla olduğunu göstermekte ve kentte yaşamının doğru bilgiye ulaşmada önemli bir faktör olduğu açıklanmaktadır (Kaya vd., 2007, Kırmızıtoprak & Şimşek, 2011; Özvarış, 2005; Şimşek, Koruk, & Altındağ, 2007). Literatürden farklı olarak çalışmamızda eğitim öncesinde en uzun süreyle yaşanan yerin öğrencilerin bilgi düzeylerinde değişiklik oluşturmadığı saptanmıştır (Tablo 4.23).

Eğitim sonrası bilgi düzeyleri en düşük olan öğrencilerin (n=2) en uzun süreyle yaşadıkları yerin yurtdışı, en yüksek olan öğrencilerin ise il ve ilçe olduğu görülmektedir (Tablo 4.23). En uzun süre yaşadığı yeri yurt dışı olarak belirten öğrenci sayısı sadece 2 olduğu için yurt dışında yaşayan öğrencilerin bilgi düzeyleri daha düşüktür şeklinde bir genelleme yapılamaz. Bulgular değerlendirildiğinde eğitim sonrasında kırsalda yaşayanların il ve ilçelere göre bilgi düzeylerinin daha düşük bulunması, yaşanan bölgenin küçük olması sonucu benimsenen geleneksel davranış kalıpları ve normlara

bağlı toplumsal baskının yoğun yaşanabilmesi nedeniyle öğrencilerin yeni öğrenilen bilgilere karşı daha kapalı olmalarıyla ilişkilendirilebilir. Öğrencilerin bilgi kaynaklarına ulaşmalarının sınırlı olması da bu sonuçta etkili olabilir. Benzer çalışmalarda da kentte yaşayan adolesanların ve gençlerin kırdaki yaşayanlara göre eğitim sonunda CSÜS bilgi artışının daha fazla olduğu bulunmuştur (Açıkalin, 2004; Güler vd., 2004; Gölbaşı, 2002; Mihçioğur, 2004; Özcebe, 2000). Pınar (2008) çalışmasında CSÜS eğitimi sonrasında şehir merkezinde oturan gençlerin CSÜS ile ilgili bilgi puan ortalamalarının yüksek olduğunu ancak diğer yerlerde yaşayanlar ile arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirlemiştir. Çalışmamızda öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre en uzun süreyle yaşadıkları yer yurt dışı olan öğrenciler dışında diğer tüm gruplarda önemli bir artış olduğu görülmüştür (Tablo 4.23).

5.2.15. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin ikamet edilen yere göre karşılaştırılması

Çalışmamızda eğitim öncesi bilgi düzeyleri en düşük olan öğrencilerin kendi evinde barınan, en yüksek olanların ise yatılı okul ve akrabasının evinde barınan öğrenciler olduğu saptanmıştır (Tablo 4.24). Ülkemizde cinselliği konuşmanın "yasak ve ayıp" olarak nitelendirildiği geleneksel tutumların sürdürülmesi, üreme sağlığına dair konuların ebeveynler ile rahat konuşulamamasına neden olmaktadır. Geleneksel yargıların yanı sıra ailenin bilgilerinden emin olmaması, utanma, otorite kaybı korkusu gibi faktörlerinde bunda etkili olduğu düşünülmektedir. Kendi evlerinde ailesinin yanında barınan öğrencilerin bilgi düzeylerinin düşük olması bu bilgileri destekler niteliktedir. Aile içerisinde bilgi ihtiyacını karşılayamayan adolesanlar üreme sağlığına yönelik merak ettikleri konuları öğrenmek için farklı kaynaklara yönelebilmekte, her zaman güvenilir olmayan bu kaynaklar adolesanları yanlış yönlendirebilmektedir. Kendi evi dışında ikamet eden öğrencilerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olması bilgi edinmek için farklı kaynakları kullandıklarını düşündürmektedir. Koluvaçık (2007) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmasında öğrencilerin kaldıkları yere göre CSÜS bilgi düzeyleri arasındaki fark bulunduğunu, yurttaki ve arkadaşlarıyla kalan öğrencilerin CSÜS bilgi düzeyinin tek başına kalanlardan daha yüksek olduğunu belirlemiş, bu sonucu yurttaki ve arkadaşlarıyla kalan öğrencilerin CSÜS konularını arkadaşlarıyla paylaştıkları şeklinde açıklamıştır. Çalışmamızda eğitim sonrası bilgi düzeylerinin ise ikamet edilen yere göre değişiklik göstermediği saptanmıştır. Öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre diğer (babaanne/dede yanında) yerde kaldığını belirten öğrenciler dışında, tüm gruplarda önemli bir artış olduğu görülmüştür (Tablo 4.24).

5.2.16. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin flört ilişkisi yaşama durumlarına göre karşılaştırılması

Adolesanların flört ilişkisi yaşama durumlarını başta ailelerinin tutum ve davranışları olmak üzere toplumsal değerler ve kültürel yapı etkilemektedir. Çalışmamızda eğitim öncesi bilgi düzeylerinin flört ilişkisi yaşayan öğrencilerde yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.25). Bu sonuç flört ilişkisi yaşayan öğrencilerin daha fazla bilgiye gereksinim duymaları ve bu gereksinimi karşılamak için farklı bilgi kaynaklarını kullanmaları ile açıklanabilir. Çalışmamızda eğitim sonrası bilgi düzeylerinin ise flört ilişkisi yaşama durumlarına göre değişiklik göstermediği saptanmıştır. Flört ilişkisi yaşama durumuna göre öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre önemli bir artış gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.25).

5.2.17. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin üreme sağlığı ile ilgili bilgi alma durumuna göre karşılaştırılması

Çalışmamızda eğitim öncesi bilgi düzeylerinin bilgi aldığını ifade eden öğrencilerde almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.26). Üreme sağlığı konusunda bilgi almayanların bilgi düzeylerinin düşük olması beklenen bir durumdur. İstenilen düzeyde olmasa da CSÜS konularında daha önceden bilgi edinilmesinin öğrencilerin bilgi düzeylerine olumlu katkı sağladığı görülmektedir. Çalışmamızda eğitim sonrası bilgi düzeylerinin ise bilgi alma durumuna göre değişiklik göstermediği saptanmıştır. Bilgi alma durumuna göre öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre önemli bir artış olduğu görülmüştür (Tablo 4.26).

5.2.18. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin üreme sağlığı bilgi düzeyini yeterli bulma durumuna göre karşılaştırılması

Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan pek çok çalışmada adolesanların CSÜS konularında yeterli ve doğru bilgiye sahip olmadıkları ifade edilmektedir (Bhan, Mahajan, & Sondhi, 2004; Bulut, 2004; Carrea, Kaye, Philliber, & West, 2000; Coşkun, 2005; Dağ vd., 2012; Gölbaşı & Eroğlu, 2003; Sevil, Ertem, Kavlak, Çoban, & Atan, 2004). Adolesanların CSÜS ile ilgili konularda yetersiz bilgi düzeyine sahip olmaları doğru ve güvenilir bilgi kaynaklarına ulaşamamalarıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin sahip oldukları CSÜS bilgi düzeylerini yeterli bulup bulmamalarına göre eğitim öncesi bilgi düzeyleri karşılaştırıldı ve bilgi düzeyini yeterli bulan öğrencilerin bulmayanlara göre eğitim öncesi bilgi düzeyleri daha yüksek olarak belirlendi (Tablo 4.27). Bu sonuç öğrencilerin istedik düzeyde olmasa da belli oranda bilgi düzeylerini değerlendire

bildiklerini göstermektedir. Çalışma bulgumuzun aksine adolesanların sahip oldukları bilgiyi objektif olarak değerlendiremedikleri, bilgilerini yeterli bulduklarını ifade edenlerin kendi bilgisizliklerinin çok farkında olmadıklarını gösteren araştırma sonuçlarının olduğu çalışmalar da mevcuttur (Bulut, 2004; Gölbaşı, 2002; Smith et al., 1989).

Dağ ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında eğitim sonrası CSÜS bilgi düzeyini yeterli bulan öğrencilerin bulmayanlara göre bilgi düzeyindeki artışın daha düşük olduğu saptanmış, bu durum öğrencilerin CSÜS konusunda daha önce bilgi sahibi olmalarından kaynaklı olabileceği şeklinde açıklanmıştır. Literatürden farklı olarak çalışmamızda eğitim sonrası bilgi düzeylerinin bilgi düzeyini yeterli bulma durumuna göre değişiklik göstermediği saptanmıştır. Çalışmamızda bilgi düzeyini yeterli bulma durumuna göre tüm öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre önemli bir artış olduğu görülmüştür (Tablo 4.27).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde, Ardahan il merkezindeki ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören kız öğrencilerin üreme sağlığı bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen müdahale çalışmamızın sonuçları ve önerileri verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Öğrencilerin ve ailelerinin sosyo-demografik özelliklerine, menstruel döneme ilişkin özelliklerine, genel sağlık durumu ve hijyen alışkanlıklarına, menstruel dönem hijyen alışkanlıklarına, sigara ve alkol kullanma durumlarına ilişkin sonuçlar

- Çalışmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunun en uzun süreyle yaşadıkları yerin köy, ikamet ettikleri yerin kendi evi ve birlikte yaşadıkları kişilerin aileleri olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).
- Öğrencilerin çoğunluğunun annelerinin ve babalarının ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).
- Öğrencilerin büyük bir bölümünün adet gördüğü, menstruel dönem ile ilgili bilgi aldığı ve bilgi kaynağının annesi olduğu, menstruasyon süresince hazır ped kullandığı ancak 1/3'lik kısmının ya da yarısına yakın bir kesimin yeterli sıklıkta ped değiştirmedikleri saptanmıştır (Tablo 4.3).
- Genel sağlık durumu ve menstruel dönem hijyen alışkanlıklarına yönelik davranışlarının istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür (Tablo 4.4 ve Tablo 4.5).
- Sigara ve alkol kullanım oranlarının düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

6.1.2. Öğrencilerin ergenlik dönemine yönelik duygusal algı, tutum ve tepkilerine, cinsellikle ilgili algı, tutum ve davranışlarına ve üreme sağlığı konusunda bilgi alma durumları ve bilgi kaynaklarına ilişkin sonuçlar

- Ergenlik dönemine yönelik duygusal algı, tutum ve tepkileri incelendiğinde; çoğunluğunun bu dönemle ilgili farklı duygular yaşadıkları, "sorumluluklarının arttığını düşünme" ve "büyüdüğünü hissetme" gibi duyguları daha fazla oranda yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.7).

- Adolesan ve ailelerinin karşı cinsle ilgili tutum ve tepkileri incelendiğinde; ailelerin çoğunluğunun flört ilişkisine kesinlikle karşı olduğu ve buna paralel olarak adolesanlarda flört ilişkisi yaşama, el ele tutuşma sarılma, öpüşme vb. davranışları deneyimleme oranının düşük olduğu, evlilik öncesi cinsel ilişkinin büyük oranda onaylanmadığı görülmüştür (Tablo 4.7 ve Tablo 4.8).
- Öğrencilerin çoğunluğunun üreme sağlığı ile ilgili bilgi aldığı ve bilgi kaynağının annesi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9).
- Öğrencilerin yaklaşık yarısına yakın bir kesiminin üreme sağlığı ile ilgili konuları yakın çevresi ile paylaşmadığı görülmektedir. Paylaştığı konuların ise daha çok adet dönemi ve ergenlik dönemi problemleri ile ilgili olduğu ve bu konuların daha çok anne ile paylaşıldığı görülmüştür (Tablo 4.9).
- Öğrencilerin çoğunluğu üreme sağlığı ile ilgili bilgi aldığını ifade etmesine karşın, aldıkları bilgiyi yeterli bulanların oranının düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9).

6.1.3. Üreme sağlığı eğitim programının değerlendirilmesine ilişkin sonuçlar

- Eğitim öncesi üreme sağlığı bilgi düzeyi puanı ortalamasının, eğitim sonrasında yaklaşık olarak 4 kat arttığı görülmüştür (Tablo 4.10).
- Eğitim öncesinde kadın üreme organlarının bilinme oranları arasındaki fark yüksek iken eğitim sonrasında bu farkın önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.11).
- Öğrencilerin menstruel dönem sorularına verdikleri yanıtların doğruluk oranı kadın üreme organları ve meme sağlığı ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlarla karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur. Eğitim öncesi meme sağlığı ile ilgili sorularda KKMM ve meme kanseri belirtilerini bilme oranlarının oldukça düşük olduğu, eğitim sonrası ise bu oranlarda önemli ölçüde artış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11).
- Eğitim öncesi ve sonrası menstruel hijyen ile ilgili soruların bilinme oranları genital hijyen ile ilgili soruların bilinme oranlarına göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Eğitim sonrası genital hijyen ile ilgili bilinme oranlarında en az artış (yaklaşık %20) genital bölgenin temizlenme şekline ilişkin soruda görülürken, menstruel hijyen ile ilgili eğitim öncesi ve sonrası en düşük oranda bilinen sorunun menstruel dönemde banyo yapılması ile ilgili olduğu görülmüştür. Eğitim öncesi menstruel dönemde ağrı ile baş etme yöntemlerinin

bilinme oranlarının menstruel hijyen ile ilgili soruların bilinme oranlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12).

- Gebelikle ilgili soruların bilinme oranları eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında artış göstermiştir. Gebelik dönemi ile ilgili konular incelendiğinde eğitim öncesi ve sonrası en az bilinen sorunun "gebelik için en uygun dönemin hangisi olduğu" iken en çok bilinenin "normal gebelik süresinin ne kadar olduğu" ile ilgili soru olduğu görülmüştür (Tablo 4.13).
- Aile planlamasına ilişkin soruların bilinme oranlarında eğitim sonrası artışın olduğu görülmüştür. Kadınlarda ve erkeklerde kullanılan kontraseptif yöntemlerin eğitim sonrası bilinme oranlarında artış olmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası en çok bilinen kontraseptif yöntemin Oral kontraseptif olup, bunu rahim içi araç (RIA) ve erkek kondomu izlemiştir. En az bilinen kontraseptif yöntemin ise Acil kontraseptif yöntem olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13).
- CYBH'a ilişkin soruların eğitim öncesi bilinme oranlarında eğitim sonrası artışın olduğu görülmüştür (Tablo 4.14).
- CYBH'ların isimlerinin bilinme oranlarında eğitim sonrası öncesine göre artışın olduğu saptanmıştır. Eğitim öncesi CYBH'lardan en az bilinenin Trikomanas Vaginalis ve Bakteriyel Vaginozis, en çok bilinenin ise AIDS olduğu ve bunu Sifiliz ve Hepatit B'nin izlediği belirlenmiştir. Eğitim sonrası ise CYBH'lardan en az bilinenin Trikomanas Vaginalis, en çok bilinenin ise AIDS olduğu ve bunu Hepatit C'nin sonrasında ise Hepatit B ve Gonore'nin takip ettiği görülmüştür (Tablo 4.14).
- CYBH ile ilgili soruların (risk faktörleri-belirti-bulaşma yolu-sorumluluk-korunma-tedavi) bilinme oranlarının eğitim öncesine göre sonrasında artış gösterdiği belirlenmiştir. Güvenli cinsel yaşam kapsamında yer alan CYBH'dan korunmada güvenli cinsellik, tek eşli olma/ eşine sadık olma ve her ilişkide kondom kullanmanın bilinme durumu incelendiğinde; eğitim öncesinde düşük olan oranın eğitim sonrasında önemli düzeyde yükseldiği saptanmıştır (Tablo 4.14).
- CYBH'ların belirtilerini doğru olarak bildiğini eğitim öncesi ifade edenlerin oranının eğitim sonrasında arttığı bulunmuştur (Tablo 4.14).
- CYBH'ların bulaşma yollarını; korunmasız cinsel ilişki, anneden bebeğe geçiş ve kontrol edilmemiş kan ve kan ürünleri olarak eğitim öncesi ifade edenlerin oranının eğitim sonrası arttığı belirlenmiştir. Eğitim öncesi CYBH'ların risk faktörleriyle ilgili olarak birden çok kişiyle korunmasız cinsel ilişkiye girenlerin riskli olduğunu bilenlerin oranı; manikür, pedikür aletleri ve jilet gibi eşyaları ortak

kullananların riskli olduğunu bilenlere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14).

- CYBH'lerden korunmada sorumluluğun her iki cinse de ait olduğunu ifade edenlerin oranı eğitim sonrasında yükselmiştir (Tablo 4.14).
- CYBH'ların tedavisinde eşlerin birlikte tedavi görmeleri gerektiğini ve tedavi edilmeyen hastalıkların kadında düşüğe ve dış gebeliğe neden olabileceğini eğitim öncesi doğru bilenlerin oranının eğitim sonrasında arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.14).
- Aşıyla önlenebilen CYBH'lerden Hepatit B'yi eğitim öncesi doğru olarak bilen öğrencilerin oranının eğitim sonrası yükseldiği saptanmıştır (Tablo 4.14).
- Kadınların sahip olduğu haklara ilişkin ifadelerin eğitim öncesi öğrenciler tarafından bilinme oranlarının düşük olduğu ve eğitim sonrasında ise bu oranların yükseldiği görülmüştür. Eğitim öncesi ve sonrasında haklara ilişkin ifadelere verilen yanıtlar değerlendirildiğinde en fazla doğru olarak bilinen ifadenin "18 yaşına gelmemiş bile olsa kadının istemediği bir kişiye hayır diyebilme hakkı vardır, kimse zorla evlendirilemez" olduğu belirlenmiştir. En az oranda doğru olarak bilinen ifadenin ise "Kadın ve erkek 17 yaşını doldurmadan evlenemez" olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).
- Şiddet, cinsel şiddet ve cinsel istismar kavramlarının eğitim öncesi bilinme oranları düşük düzeydeyken, eğitim sonrasında artışın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16).
- Öğrencilerin eğitim öncesi bilgi düzeylerinin kardeş sayısı azaldıkça ve anne ve baba yaşı yükseldikçe arttığı gözlenmiştir. Eğitim sonrası bilgi düzeylerinin yaş ile paralel olarak arttığı saptanmıştır. Beklenenin tersine eğitim öncesi bilgi düzeyleri azaldıkça yoğun gün ped sayısının arttığı, eğitim sonrasında ise yoğun gün ped sayısının artması ile paralel olarak yükseldiği görülmüştür (Tablo 4.17).
- Okullara göre eğitim öncesi bilgi düzeylerinin en düşük olduğu öğrencilerin bulunduğu okul Kız Teknik ve Meslek Lisesi, en yüksek olanların bulunduğu okul ise Şehit Uz. Çvş. İbrahim Erdoğan Anadolu Sağlık Meslek Lisesinin olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrasında ise; bilgi düzeylerinde en az artışın Ardahan Anadolu İmam Hatip Lisesi, en fazla artışın ise Yalnızçam Lisesi öğrencilerinde olduğu görülmüştür. Tüm okullara göre öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre önemli bir artışın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.18).
- Anne öğrenim düzeyine göre eğitim öncesi bilgi düzeyleri en düşük olan öğrencilerin annelerinin okuryazar düzeyinde, en yüksek

olanların ise lise düzeyinde öğrenime sahip oldukları belirlenmiştir. Anne öğrenim düzeyine göre bilgi düzeylerinin ise eğitim sonrası değişiklik göstermediği görülmüştür. Anne öğrenim düzeylerine göre öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde ise öncesine göre önemli bir artış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.19).

- Aile tipine göre eğitim öncesi bilgi düzeyleri en düşük olan öğrencilerin aile tipinin çekirdek ve geniş aile, en yüksek olanların ise aile tipinin parçalanmış aile olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrası bilgi düzeyleri en düşük olan öğrencilerin aile tipinin çekirdek, en yüksek olanların aile tipinin ise parçalanmış aile olduğu görülmüştür. Tüm aile tiplerine göre öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre önemli bir artış olduğu bulunmuştur (Tablo 4.20).
- Aile gelir düzeyi algısına göre eğitim öncesi bilgi düzeyleri düşük olan öğrencilerin orta, yüksek olanların ise yüksek aile gelir düzeyi algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrası bilgi düzeyleri düşük olan öğrencilerin düşük, bilgi düzeyleri yüksek olanların yine aynı şekilde yüksek aile gelir düzeyi algısına sahip oldukları görülmüştür. Eğitim sonrası bilgi düzeyi öncesine göre önemli bir artış göstermiştir (Tablo 4.21).
- Sağlık güvencesi olmayan öğrencilerin olanlara göre bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Eğitim sonrasında bilgi düzeyleri değişiklik göstermemiştir. Eğitim sonrası öncesine göre bilgi düzeylerinde önemli bir artış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.22).
- En uzun süreyle yaşanan yere göre eğitim öncesi bilgi düzeylerinin değişiklik göstermediği saptanmış olup, eğitim sonrası bilgi düzeyleri en yüksek olan öğrencilerin en uzun süreyle yaşadıkları yerin il ve ilçe olduğu görülmüştür. Eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre en uzun süreyle yaşadıkları yer yurt dışı olan öğrenciler dışında diğer tüm gruplarda önemli bir artış olduğu bulunmuştur (Tablo 4.23).
- İkamet ettikleri yere göre eğitim öncesi bilgi düzeyleri en düşük olan öğrencilerin kendi evinde barınan, en yüksek olanların ise yatılı okul ve akrabasının evinde barınan öğrenciler olduğu belirlenmiştir. İkamet edilen yere göre eğitim sonrası bilgi düzeylerinin ise değişiklik göstermediği görülmüştür. Öğrencilerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre diğer (babaanne/dede yanında) yerde kaldığını belirten öğrenciler dışında, tüm gruplarda önemli bir artış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.24).
- Flört ilişki yaşayan öğrencilerin eğitim öncesi bilgi düzeylerinin yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmış olup, flört ilişkisi yaşama durumlarına göre eğitim sonrası bilgi düzeyleri değişiklik

göstermemiştir. Eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre önemli bir artış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.25).

- Üreme sağlığı ile ilgili bilgi aldığını ifade eden öğrencilerin eğitim öncesi bilgi düzeylerinin bilgi almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim sonrası bilgi düzeylerinin değişiklik göstermemiştir. Eğitim sonrası öncesine göre bilgi düzeylerinde önemli bir artış olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.26).
- CSÜS bilgi düzeyini yeterli bulan öğrencilerin bulmayanlara göre eğitim öncesi bilgi düzeyleri daha yüksek olarak belirlenmiştir. Eğitim sonrası bilgi düzeyleri değişiklik göstermemiştir. Eğitim sonrası bilgi düzeylerinde öncesine göre önemli bir artış olduğu görülmüştür (Tablo 4.27).

6.2. Öneriler

- Gelecekte üreme ve cinsel açıdan sağlıklı bir yaşama, aynı zaman da sağlıklı bir toplumsal role sahip olunabilmesi için CSÜS eğitim ve hizmetlerinin ulaştırılmasına ve karşılanmasına yönelik önceliğin ve önemin adolesanlara verilmesi,
- CSÜS konusunda farklı bölgelerde özellikle kırsal kesimde yaşayan adolesanların öncelikli ihtiyaçlarının tespit edilmesi, bölgeler arası farkların azaltılmasına ilişkin çalışmaların desteklenmesi,
- CSÜS konusunda kendi bedeni ile ilgili kararları verebilmesi açısından özellikle kız adolesanlarda üreme sağlığı ve haklarına ilişkin farkındalığın artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması,
- Adolesan dönemine yönelik olumsuz duygusal tepkileri önleme ve baş edebilmelerini sağlamak için döneme özgü danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması,
- Adolesanların üreme organları ve fizyolojisine ilişkin yetersiz olan bilgilerinin artırılmasına yönelik doğru eğitim teknikleri ve materyallerinin kullanıldığı çalışmaların artırılması ve desteklenmesi,
- Aile planlaması eğitimlerinde kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgilendirilmenin yanı sıra danışmanlığın ön plana çıkarılarak istenilen düzeyde davranış ve tutum değişikliğinin sağlanmasına yönelik çalışmaların yapılması ve acil kontraseptif yöntemler konusunda yetersiz olan bilgilerinin güçlendirilmesi,
- CYBH bulaş, belirti, risk faktörleri, korunma ve tedaviye ilişkin ayrıntılı bilgilendirme ve istenilen düzeyde davranış ve tutum değişikliği kazandırmaya yönelik eğitim ve danışmanlığın karşılanmasına ilişkin çalışmaların yapılması,

- Kadınların sahip olduğu yasal haklar konusunda adolesanlara yönelik farkındalık ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılması,
- Şiddet ve şiddet türlerine ilişkin kavramların yetersiz oranda bilinmesi ve algılanması nedeniyle konuya ilişkin eğitim çalışmalarının yapılması,
- Sağlık kuruluşlarında CSÜS hizmeti veren ebe ve hemşirelerin konuyla ilgili bilgi düzeylerini artırmaya yönelik hizmet içi eğitimlerinin güçlendirilmesi, adolesana danışmanlık ve yaklaşımdaki rollerinin gözden geçirilmesi, daha aktif görev almalarının sağlanması,
- Formal eğitim müfredatında CSÜS konularının yer aldığı derslerin içeriğinin adolesanların ihtiyaçları doğrultusunda genişletilmesi ve bu eğitimin konuyla ilgili uzman kişilerce verilmesi,
- Eğitim kurumlarında CSÜS hizmeti veren öğretmen ve öğretmen adaylarının eğitimi, gerekli eğitim araç gereçleri ve dokümanlarının hazırlanması ve kullanıma sunulması, geliştirilen örgün eğitim programlarının akran eğitimi uygulamaları ile zenginleştirilip desteklenmesi,
- Adolesanların sosyal, kültürel, dini ve gelişimsel özellikleri göz önünde bulundurularak, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin gizlilik içerisinde, ücretsiz ve yargılamayan bir tutum içinde sunulması,
- CSÜS konusunda kısa süreli ve bir seferliğine yapılan eğitimlerin sonuçlarını gösteren çalışmaların yanı sıra belli bir zaman dilimi içerisinde kazanılan bilgi ve becerilerin kalıcı olup olmadığını ve bu bilgileri tutum ve davranışlarına ne kadar yansıtabildiklerini değerlendiren çalışmaların artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

Açıklın, İ. (2004). *Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmetleri*. Türkiye ve Avrupa Birliğinde Nüfus, Uluslar Arası Göç ve Üreme Sağlığı Uluslararası Konferansı Özet Kitabı. İstanbul: TAP Vakfı.

Açikel, C., Babayiğit, M.A., Kılıç, S., Hadse, M., & Bakır, B. (2005). *Genç Erişkin Erkeklerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Düzeyleri*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4 (1): 16-24.

Adalı, T., & Koç, İ. (2011). *Menarcheal Age İn Turkey: Secular Trend and Socio-Demographic Correlates*. Turkey: Informa Health Care, 38 (3): 345-353. Erişim Tarihi: 05.12.2013, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/03014460.2011.552891>.

Akkaş, S., & Türkistanlı, E. (1993). *Menstruasyon Konusuna İlişkin Verilen Modüler Eğitimin Değerlendirilmesi*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi, 9 (1):33-39.

Akın, A. (2006). *Genç-Dostu Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı Hizmet Modeli ve İlgili Araştırmaların Sonuçları*. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

Akın, A. (2014). Değişen Dinamikler ve Üreme Sağlığında Ebenin Rolü, 1. Ebelik ve Doğum Kongresi Bildiri Kitapçığı, 21-22 Mart 2014, İzmir.

Akın, A., & Demirel, S. (2003). *Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri*. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Halk Sağlığı Özel Eki, 25 (4): 73-82.

Akın, A., & Oktay Koçoğlu, G. (2002). *Üreme Sağlığı Uluslar Arası Kararlar ve Türkiye Uygulamaları*. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, (3).

Akın, A., & Özvarış, Ş.B. (2004). *Adolesanların/ Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi (2003)*. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara. Erişim Tarihi: 05.12.2013, <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/adolesan.pdf>.

Akın, A., Özvarış, Ş.B., Eroğlu, K., & Mihçioğur, S. (2006). *Üniversite Gençlerinin Cinsel ve Üreme Sağlığı Beş Üniversitesi Çalışması*. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Sağlık Sosyal Yardım Vakfı/ Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi.

Akın, A., & Sezgin, B. (1998). *Adolesan Üreme Sağlığı*. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 8 (3-4): 27-32.

Akın, K.A. (2006, 3 Mart). Finlandiya’da gençlerin cinsel sağlık hizmetlerine erişimi. Genç-Dostu Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Uluslararası Katılımlı Sempozyumunda sunuldu, Finlandiya.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Akyol, P. (2006). Isparta'daki kız çocuklarında ortalama puberte ve menarş başlama yaşlarının saptanması ve menarş başlama yaşını etkileyen faktörler ile menstrual siklus özelliklerinin belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.

Akyürek, C., & Çiçek M.N. (Ed.). (2002). *Kadın Hastalıkları, Doğum ve Kadın Sağlığı Yıllığı*.1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Yayınları.

Alikaşifoğlu, M. (2008, 01 Mart). Ergenlerde Davranışsal Sorunlar, Adolesan Sağlığı II. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumunda sunuldu, İstanbul.

Altıparmak, S., Karadeniz, G., Adıgüzel, B., Azataş, G., & Gök, E. (2006). *Kız Ergenlerin Ergenlik Fizyolojisine İlişkin Bilgi Düzeyleri*. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, 3 (9): 55-59.

Araptarlı, N., (1988). Avcılar sağlık ocağı bölgesindeki genç kızların âdet görme gebelik ve aile planlaması hakkındaki bilgi, tutum ve görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul.

Arbak, P., Erdem, F., Karacan, Ö., & Özdemir, Ö. (2000). *Düzce Lisesi Öğrencilerinde Sigara Alışkanlığı*. Solunum Dergisi, 2: 17-21.

Ardahan İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü. (2013). Ardahan kültür turizm, Erişim Tarihi: 05.02.2013, <http://www.ardahankulturturizm.gov.tr/>.

Ardahan İl Milli Eğitim Müdürlüğü. (2013). İlimiz/Okullar/Kurumlar, Erişim Tarihi: 05.02.2013, <http://ardahan.meb.gov.tr/>.

Ardıç, F. (1992). Ankara'nın iki lisesindeki adolesanların üreme sağlığı konusunda bilgi ve tutumları üzerine bir çalışma, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Arıkan, D., Tortumluoğlu, G., & Özyazıcıoğlu, N. (2004). *Öğrencilere Verilen Planlı Eğitimin Menstruasyon Hijyen Davranışlarına Etkisi*. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, ISSN: 1303-5134.

Asgharnia, M., Faraji, R., Sharami, H., Yadak, M., & Oudi, M. (2009). *A Study of Menarcheal Age in Northern Iran (Rasht)*. Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Islamic Republic of Iran. Oman Med J., 24 (2): 95-98.

Aslan, D. (2004). *Beden Algısı ile İlgili Sorunların Yaratabileceği Beslenme Sorunları*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13 (9): 326-329.

Aslan, Ş. (1997). Lise düzeyi kız çocuklarında menstruasyon dönemi bilgi ve özellikleri, Bilim Uzmanlığı Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Atış, F. (2010). Ebelik/ hemşirelik 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

Aydın, D. (2013). *Adolesan Gebelik ve Adolesan Annelik*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16: 250-254.

Aydın, İ. (2004). *Üniversite Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Bilgileri ve Uygulamaları*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7 (3): 26-33.

Ayhan, A. & Bozdağ, G. (Ed.). (2002). *Benson & Pernoll*. Obstetrik ve Jinekoloji. Ankara: Palme Yayıncılık.

Aykut, M., Günay, O., Gün, İ., Tuna, R., Balcı, E., Özdemir, M., & Öztürk, Y. (2007). *Biyolojik, Sosyo-Demografik ve Nutrisyonel Faktörlerin Dismenore Prevalansına Etkisi*. Erciyes Tıp Dergisi, 29 (5): 393-402.

Bahçecik, N. & Kavaklı, A. (1993). *Çocuk İstismarı ve İhmali*. Hemşirelik Bülteni, 7: 23-31.

Balkaya, N.A. (Ed.). (2008). *Kadın Sağlığı*. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.

Baiden, F., Awini, E., & Clerk, C. (2002). *Perception of University Students in Ghana About Emergency Contraception*. Contraception, 66: (1), 23-26.

Baska, T., Warren, C.W., Baskova, M., & Jones, N.R. (2009). *Prevalance of Youth Cigarette Smoking and Selected Social Factors in 25 European Countries: Finding From The Global Youth Tobacco Survey*. Int J Public Health. Switzerland, 54: 439445.

Başer, M. (2000). *Adolesan Cinselliği ve Gebelik*. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1):50-54.

Beck, W.W. (Ed.). (1997). *NMS-Obstetrics and Gynecology (Kadın Hastalıkları ve Doğum)*, 4. baskı, İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti.

Berek, J.S. (Ed.). (1998). *Novak's Gynecology (Novak Jinekoloji)*, 9. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.

Bertan, M. & Güler, Ç., (1995). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Güneş Kitapevi.

Bevan, J.A., Maloney, K.W., Hillery, C.A., Gill, J.C., Montgomery, R.R., & Scott, J.P. (2001). *Bleeding Disorders: A Common Cause of Menorrhagia in Adolescents*. J Pediatr, 138: 856-861.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Beydağ, K.D. (2007). *Sağlık Yüksekokulunda Öğrenim Gören Bir Grup Üniversite Öğrencisinin HIV/AIDS Konusundaki Bilgi Düzeyleri*. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (1),59-68.

Beydağ, K.D., & Karaoğlan, H. (2007). *Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi*. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (2): 106-111.

Bhan, N., Mahajan, P., & Sondhi, M. (2004). *Awareness Regarding Sex Among Adolescent Girls (16-20 years)*. Anthropologist, 6 (2): 101-103.

Biri, A., Korucuoğlu, Ü., Yılmaz, E., Şimşek, Ç., Aksakal, E.N., & İlhan, M. (2007). *Adolesan Kızların Cinsel Bilgi Gereksinim Durumlarının Belirlenmesi*. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 4 (2): 104-107.

Boran, P., Gökçay, G., Devocioğlu, E., & Eren, T. (2013). *Çocuk Gelinler*. Marmara Medical Journal, 26 (58-62).

Bozkurt, N., Korucuoğlu, Ü., Aksakal, F.N., Biri, A., Banu, Ç., Maral, I., & Tıraş, B. (2006). *Turkish Adolescents Knowledge on and Attitude Toward Emergency Contraception*. J Pediatr Adolescent Gynecology, 19; 391-395.

Brieger, W.R., Delano, G.E., Lane, C.G., Oladepo, O., & Oyediran, K.A. (2001). *West African Youth Initiative: Outcoma of a Reproductive Health Education Program*. Journal Of Adolescent Health, 29: 439-446.

Bulut, A. (2004). *Gençlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi: Türkiye'de Cinsel Eğitim Kavramı*. Çocuk Dergisi, 4 (1): 8-10.

Bulut, A., Nalbant, H., & Çokar, M. (2002). *Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi: Ergenler ve Sağlık Durum Raporu*. Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi. İstanbul.

Bulut, F. (2006). *Adolesan kızların cinsellikle ilgili konularda anneleriyle olan iletişimlerini değerlendirmeleri, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas*.

Bulut, F., & Gölbaşı, O.Z. (2009). *Adolesan Kızların Cinsellikle İlgili Konularda Anneleri ile Olan İletişimlerinin Değerlendirilmesi*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8 (1).

Bulut, S., Gürkan, A., & Sevil, Ü. (2008). *Adolesan Gebelikler*. Aile ve Toplum Dergisi, 13: 37-44.

Burnett, A. (2000). *Clinical Obstetrics and Gynecology. A Problem-Based Approach*. Blackwell Publishing. Somerset, New Jersey, U.S.A.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Büyükgebiz, A. (Ed.). (2004). *Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı. Pubertenin Değerlendirilmesi*, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Basımevi.

Carrea, M., Kaye, J.W., Philliber, S., & West, E. (2000). *Knowledge About Reproduction, Contraception and Sexually Transmitted Infections Among Young Adolescents in America Cities*. *Social Policy*, 30 (3): 41.

Caron, F., Godin, G., Otis, J., & Lambert, L.D. (2004). *Evaluation of a Theoretically Based AIDS/ Std Peer Education Program on Postponing Sexual Intercourse and on Condom Use Among Adolescents Attending High School*. *Health Education Research Theory & Practice* Pages; 19 (2):185-197.

Chandra-Mouli, V., Camacho, A.V., & Michaud, P.A. (2013). *WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive out come among adolescents in developing countries*. *Journal of Adolescent Health*, 52 (5):517-522.

Chamberlain, G., & Fairley, H.D. (2005). *Lecture Notes Obstetrics and Gynaecology*. (R. Has, Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Christie, D. & Viner, R. (2003). *ABC of Adolescence Adolescent Development*. *Clinical Review*.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). (2000). *Cinsel Eğitim CETAD Günleri-II Toplantı Özel Bilgileri*, 24-26 Kasım 2000, İstanbul.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). (2006). *Gençlik ve Cinsellik Bilgilendirme Dosyası-7. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal Ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi*, Haziran. Erişim Tarihi: 08.05.2015, http://www.cetad.org.tr/Cetaddata/Book/32/269201116835-Bilgilendirme_Dosyasi_7.Pdf.

Civil, B., & Yıldız, H. (2010). *Erkek Öğrencilerin Cinsel Deneyimleri ve Toplumdaki Cinsel Tabulara Yönelik Görüşleri*. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3: 58-64. Erişim Tarihi:12.06.2014, <http://www.deuhyoedergi.org>.

Corbett, O.P., Mitchell, P.C., Taylor, S.J., & Kemppainen, J. (2006). *Emergency Contraception: Knowledge and Perceptions in a University Population*. *Journal of American of Nurse Practitioners*, 18: 161-168.

Coşkun, A. (Ed.). (1996). *Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği el kitabı*. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.

Coşkun, A., & Karanisoğlu, H. (1992). *Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği*. Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayınları.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Coulter, R.P. (2003). *Boys Doing Good: Young Men and Gender Equity*. Educational Review, 55 (2): 135-145.

Çakmak, A.Z. (2006). *Türkiye' de ve Dünyada Cinsel Sağlık Eğitimi Önemi, Sorunlar*. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Rolü. *Androloji Bülteni*, 27.

Çelik, P., Esen, A., Yorgancıoğlu, A., Şen, F.S., & Topçu, F. (2000). *Manisa İlinde Lise Öğrencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları*. *Toraks Dergisi*, 1: 61-66.

Çetinkaya, S., Arslan, S., Nur, N., Demir, Ö.F., Özdemir, L., & Sümer, H. (2005). *Sivas İl Merkezi'nde Sosyoekonomik Düzeyi Farklı Üç İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Kişisel Hijyen Alışkanlıkları*. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14: 229-36.

Çimen, S. (2003). 15-19 yaş grubu gençlerde riskli sağlık davranışları ölçeğinin geliştirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Çok, F. (2004). Ergenler, Medya ve Cinsellik, Medya ve Cinsellik -CETAD, Cinsellik ve Cinsel Tedaviler V. Ulusal Kongresi "Farklı Yüzleriyle Cinsellik", 24 - 26 Mayıs 2004, İstanbul.

Coşkun, A. (2005). *Adolescent Sexual and Reproductive Health: An Overview and A Proposal for Further Research*. Training in Sexual Health Research. Geneva.

Coşkun, A. (2006). Hacettepe Üniversitesi Beytepe yerleşkesinde okuyan son sınıf öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusundaki bilgi görüş ve davranışları ve bunlar ile ilişkili faktörler, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Coşkun, Margirit, A., & Yakıt, E. (2014). *Toplumsal Açından Çocuk Yaşta Evlilikler Gerçeği: Hemşire ve Ebenin Sorumluluğu*. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (3): 3-10.

Çuhadaroğlu, F. (Ed.). (2003). *Psychosocial Development in Adolescence*. International Children's Center. Adolescence and Adolescent Reproductive Health: Teaching Materials for the Training Courses. Ankara: Meteksan A.Ş.

Çuhadaroğlu, F., & Tüzün Özgüner, Z. (2000). *Cinsel Kimlik Gelişimi ve Bozuklukları, Cinsel Kötüye Kullanma*. *Katkı Pediatri Dergisi, Adolesan Sayısı*, 21(6):877883.

Dağ, H., Dönmez, S., Kavlak, O., & Şirin, A. (2012). *Akran Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusundaki Bilgi Düzeylerine Etkisi*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (1): 10-17.

Delavar, M.A., & Hajian-Tilaki, K.O. (2008). *Age at Menarche in Girls Born From 1985 to 1989 in Mazandaran*. Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*, 14: 90-94.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Demir, G. (2006). Selçuk Üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Demir, G., & Şahin, T.K. (2014). *Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgileri*. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4 (3): 19-24.

Demirbağ, B.C., Çan, G., Köksal, İ., & Kaya, S. (2013). *Üreme Sağlığını Koruma ve Geliştirmede Farklı Yaklaşım: Anne Eğitiminin Kızlarına Aktarılmasının Değerlendirilmesi*. Electronic Journal of Vocational Colleges, Mayıs 2013, 136-148. Erişim Tarihi:18.11.2015,http://docplayer.biz.tr/3927523-Ureme-sagliginikoruma-ve-gelistirmede-farkli-yaklasim-anne-egitiminin-kizlarina-aktarilmasinin-degerlendirilmesi.html.

Demirel, E. (2004). Spor yapan ve yapmayan genç kızlarda menarş yaşı ve bedensel kitle indekslerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Demirel, S., & Terzioğlu, F. (2003). Gaziantep İl Şahinbey İlçesi ilköğretim okullarında öğrenim gören 5. ve 6. sınıf kız öğrencilerin menstruasyon fizyolojisine ilişkin bilgilerinin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, (2): 47-60.

Demirezen, E., & Coşansu, G. (2005). *Adolesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 14 (8):174178.

Demirgöz, M., & Canbulat, N. (2008). *Adolesan gebelik*. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 28 (6):947-52.

Demirhan, H., Özen, İ., Bostancı, M., & Zencir, M. (2002). *Pamukkale Üniversitesi Kredi ve Yurtlar Kurumu Kız Öğrencilerinde Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Bir Araştırma*. Sağlık ve Toplum Dergisi,12 (3): 81-84.

Demirtaş, B. (2005). *Bir Üniversitenin Eczacılık Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Bilgileri*. HIV/AIDS Dergisi, 13 (21): 13-18; 18 (4), 25-3.

Derman, O. (Ed.). (2003). *Physical Growth and Sexual Development in Adolescence*. International Children's Center Adolescence and Adolescent Reproductive Health: Teaching Materials for the Training Courses. Ankara: Meteksan A.Ş.

Derman, O. (2008, Mart). Ergenlerde Psikososyal Gelişim. Adolesan Sağlığı 2, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumunda sunuldu, İstanbul.

Derya, A.Y. (2011). *Adolesan Dönem Kadın Üreme Sağlığı Sorunları*. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 23-29.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Diiorio, C., Kelley, M., & Hockenbery-Eaton, M. (1999). *Communication About Sexual Issues: Mothers, Fathers, and Friends*. Journal of Adolescent Health, 24 (3): 181-189.

Dixon-Mueller, R. (2011). Research Issues in Developing Countries. The Sexual and Reproductive Health of Younger Adolescents WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 26-29.

Donati, S. (2000). Sex Education in Secondary Schools: An Italian Experience. Department of Epidemiology and Biostatics, Roma. Erişim Tarihi: 17.10.2015, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(99\)00081-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(99)00081-6)

Duberstein, L.L., Santelli, J.S., & Singh, S. (2007). *Changes in Formal Sex Education: 1995-2002*. Perspective on Sexual and Reproductive Health, 38(4): 182-189.

Dündar, B., Anıl, H., Akyol, P., Eren, E., & Dündar, N. (2008). *Isparta'daki Kız Çocuklarında Ortalama Menarş Yaşının ve Menarşı Etkileyen Etmenlerin Saptanması*. Türk Pediatri Arşivi, 43 (2): 50-54.

Dye, C., & Dawn, M.U. (2006). *Moderating Effects of Gender on Alcohol Use; Implications for Condom Use at First Intercourse*. Journal of School Health, 76 (3): 111-116.

Ege, E., Timur, S., & Zincir, H. (2005). *Ebelik Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Eğitimi Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 14 (9): 20-22.

Ekşi, A. (1986). *Üniversiteli gençler*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Ekşi, A. (1990). *Çocuk, genç, anne-babalar*. Ankara: Bilgi Yayınevi.

Ekşi, A. (1999). *Ben hasta değilim. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

El-Defrawi, M.H., Lotfy, G., Dandash, K.F., Refaat, A.H., & Eyada, M., (2001). *Female Genital Mutilation and Its Psychosexual Impact*. J Sex Marital Ther, 27: 465-73.

El-Gilany, H.A., Badawi, K., & El-Fedawy, S. (2005). *Menstrual Hygiene Among Adolescent Schoolgirls in Mansoura, Egypt*. Reproductive Health Matters, 13 (26): 147-152.

Elnashar, A., & Abdelhady, R. (2007). *The Impact Of Female Genital Cutting on Health of Newly Married Women*. Int J Gynaecol Obstet, 97: 238-244.

Ercan, O. (2005). *Adolesanın Psikososyal Gelişimi*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 43: 17-21.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Erdoğan, E. (1990). Ergenlik dönemindeki gençlerin sosyal ve psiko-seksüel gelişimleri, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Erefe, İ., Bayık, A., Bahar, Z., & Özsoy, S.A. (2003). Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir.

Erenel, A.Ş., & Şentürk, İ. (2007). *Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin dismenore yaşama durumları ve dismenore ile baş etmeye yönelik uygulamaları*, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 48–60.

Ersin, F. (2008). Gençlere verilen üreme sağlığı eğitiminin üreme sağlığı bilgi ve davranışlarına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Ertem, Ü., & Yazıcı, S. (2006). *Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon*. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, 3 (9):7-12.

Eryılmaz Yıldız, H., & Çalı, Ş. (1994). Kadıköy İlçesindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Menarş Yaşı ve menstruasyona İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları, 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongresi Kitabı, 12-16 Eylül 1994, s 350-357, Didim.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ace) study*. American Journal of Preventive Medicine, 14 (4): 245-258.

Freud, S. (1993). Cinsiyet ve Psikanaliz, (S.Hilav, Çev.) İstanbul: Varlık Yayınevi.

Friedman, H.L. (1992). *Changing Patterns of Adolescent Sexual Behavior: Consequences for Health and Development*. Journal of Adolescent Health, 13: 345-350.

Geçici, F. (2011). Gaziantep Üniversitesi öğrencilerinin cinsellik ve üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Gendel, Es., & Bonner, Ej. (Ed.). (1992). Sexual Dysfunction, Gender Identity Disorders and Parafilias. Review of General Psychiatry. Appleton and Lange. Connecticut, 306-26.

Giray, H., & Kılıç, B. (2004). *Bekâr Kadınlar ve Üreme Sağlığı*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13(8): 286-289.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Godha, D., Hotchkiss, D.R., & Gage, A.J. (2013). *Association Between Child Marriage and Reproductive Health Outcomes and Service Utilization: A Multi-Country Study From South Asia*. *Journal of Adolescent Health*, 52: 552-558.

Gökengin, D., Ertem, E., & Sertöz, R. (2001). *Lise Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Bilgi Düzeyleri*. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir.

Gökengin, D., Yamazhan, T., Özkaya, D., Aytuğ, S., Ertem, E., Arda, B., & Serter, D. (2003). *Sexual Knowledge, Attitudes and Risk Behaviors of Students in Turkey*. *The Journal of School Health*, 73 (7): 258-263.

Gökkoca, Z. (2001). *Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler*. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10 (10): 374-377.

Göksel, T., Cirit, M., & Bayındır, Ü. (2001). *İzmirli Lise Öğrencilerinin Sigara Alışkanlığını Etkileyen Faktörler*. *Toraks Dergisi*, 2 (3): 49-53.

Gölbaşı, Z. (2002). *Adolesan kızlara yönelik okula dayalı üreme sağlığı eğitim programının etkinliği*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Gölbaşı, Z. (2003). *Sağlıklı Gençlik ve Toplum İçin Bir Adım: Cinsel Sağlık Eğitimi*. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2 (6): 33-40.

Gölbaşı, Z. (2005). *Adolesan Dönemi Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler*. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1):100-108.

Gölbaşı, Z., Doğaner, G., & Erbaş, N. (2012). *6-8. Sınıf Adolesan Kızlara Akran Eğitimi Yöntemiyle Uygulanan Menstruasyon Sağlığı Eğitiminin Bilgi ve Davranışlar Üzerindeki Etkisi*. *TAVF Preventive Medicine Bullettin*, 11(2).

Gölbaşı, Z., & Eroğlu, K. (2003). *Ankara İl Merkezi Ortaöğretim Okullarındaki Öğrencilerin Cinsel Eğitime İlişkin Görüşleri*. *Klinik Bilimler & Doktor*, 9 (6):759-765.

Gülay, M. (Ed.). (2005). *Adolesan Sağlığı*. İzmir: Pratisyen Hekimlik Derneği Yayını.

Güler, Ç. (1987). *Ana sağlığı ve Aile Planlanması*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.

Güler, G., Bekâr, M., Güler, N., & Kocataş, S. (2005). *İlköğretim Okulu Kız Öğrencilerinde Menstruasyon Dönemi Hijyeni*. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14 (6): 135-139.

Güler, S. (2005). *Grup rehberliği ile uygulanan ergenlerde cinsel sağlık eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumları üzerindeki etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, Bolu.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Güler, N., Bekâr, M., & Ulusoy, H. (2004). *Lise Öğrencilerinin HIV/AIDS Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*. HIV/AIDS Dergisi, 7 (3): 87-91.

Gülersoy, Ö.N. (2003). 1998 TNSA verilerine göre Türkiye'deki evli erkeklerin üreme sağlığı konusundaki bilgi ve tutumları, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Güraksın, A., Ezmeci, T., İnandı, T., Vançelik, S., & Tufan, Y. (1998). *Erzurum İl Merkezinde Ortaokul ve Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı*, ATÜD, 30: 89-93.

Gürkan, Ş.Ç. (2009). Lise öğrencilerinde cinsel/üreme sağlığı sorunları ve risk davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Gürsoy, E. (2010). *Cinsel Sağlık Eğitiminin Önemi*. Aile ve Toplum Dergisi, 6(23): 29-36, ISSN: 1303-0256.

Hart, D.M., & Norman, J. (2003). *Resimli Jinekoloji*. 5. baskı, (A.S.Batioğlu, L. Mollamahmutoğlu, Çev.) Ankara: Güneş Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti.

Hassan, E.A., & Creatsas, G.C., (2000). *A development milestone or risk-taking behavior? The role of health care in the prevention of sexually transmitted diseases*. Journal of Peadiatric and Adolescent Gynecology, 13 (3):119-124.

Haznedaroğlu, D. (2006). Cinsel Davranışlar ve Cinsel Sağlık Hakkında Gençler Neler Biliyor? Uluslararası Katılımlı "Genç-Dostu CS/ÜS Hizmetleri" Sempozyumu Sunum Kitapçığı, 1-3 Mart 2006, s 55. Ankara.

Hubbard, M.B., Giese, M.L., & Rainey, J. (1998). *A Replication Study of Reducing the Risk; a Theory-Based Sexuality Curriculum for Adolescents*. The Journal of School Health, 68 (6),1-8.

ICC. (2003). Adolescence and Adolescent Reproductive Health. International Children's Center (ICC), Teaching Materials for the Training Courses. Ankara.

ICC, YKGV, & UNFPA. (2002-2005). Seçilmiş Üniversitelerde Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Modeli Projesi, Uluslararası Çocuk Merkezi (ICC), İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (YKGV), UNFPA.

International Center for Research on Women (ICRW). (2007). New insights on preventing child marriage. A global analysis of factor sand programs. 6-10. Erişim Tarihi: 14.11.2014, <http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/1815.pdf>.

Ip, W.Y., Janita, P., & Chau, C. (2001). *Knowledge of and Attitudes Toward Sex Among Chinese Adolescents*. Western Journal of Nursing, 23 (2): 211-222.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Işık, A. (1989). Adolesanlarda menstruel döneme ilişkin özelliklerin ve normal dışı genital akıntı durumunun incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

İnce, N. (2001). *Adolesan Dönemde Menstruel Sendrom*, T Klin Tıp Bilimleri, 21: 369-373.

Jean Emans, S., Laufer, M.R., & Goldenstein, D.P. (1998). *Pediatric and adolescent gynecology*. Philadelphia USA. Lippincott Williams & Wilkins.

Jolly, M.C., Sebire, N., Haris, J., Robinson, S., & Regan, L. (2000). *Obstetric Risks of Pregnancy in Women Less Than 18 Years Old*. *Obstet Gynecol*, 96: 9626.

Kalaça, S. (1995). Toplum sağlık gönüllülerinin gençlerin insan vücudu ve üreme ile ilgili bilgileri üzerine etkisinin değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kamacı, M., Önder, Y., & Akman, N. (1997). *Adolesanlardaki Primer Dismenorenin Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi*. *Van Tıp Dergisi*, 4 (3): 154-157

Kapıcıoğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, U., & Yüksel, D. (2008). *Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması*. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9 (1): 47-54.

Karababa, A., Arı, G., Berktaş, S., Çolakoğlu, S.M., Deveci, Ö., Özbaş, E., Tonguç, E., & Türker, E. (1993). Lise Öğrencilerinin Ergenlik Konusundaki Bilgi Düzeyleri, 3. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, 5-7 Mayıs, 1993, s 167-171. Kayseri.

Karabulut, Ö.Ö. (2003). Aile planlaması konusunda üniversite öğrencilerinin akran eğitimi etkinliklerinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Karabulutlu, Ö., & Kılıç, M. (2011). *Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (2): 39-45.

Kara Ulu, N., Demir, H., Taşar, A.M., & Dallar B.Y. (2014). *Ankara'da Düşük Sosyoekonomik Düzeyi Olan Bir Bölgede Ergenlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri*. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 1: 32-38.

Karakaya, E. (2004). Adolesan evli kadınlarda üreme sağlığı ve sosyoekonomik kültürel özellikler, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Karakoç, A., Güngör, F., & Ocakçı, A.F. (2014). *Türk Adolesanlarda Menarş ve İlk Duygusal Tepkiler*. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13 (1).

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Karakuş, A. & Yanikkerem, E. (2014). *Adolesan Cinselliğini Etkileyen Faktörler*. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi,1(1).

Kaya, F., Serin, Ö., & Genç, A. (2007). *Eğitim Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yaşamlarına İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi*, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (6): 441-448.

Kaynar, B., Beydağ (Taşçı), D.K., & Özer, G.F. (2008). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler, 4. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Poster Bildirisi, 5-6 Mayıs 2005, Ordu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3 (8): 21-33.

Kavaklı, A. (1992). *Çocukluk yaşlarında büyüme ve gelişme*, İstanbul: Hilal Matbaacılık.

Keskinoğlu, P., Bilgiç, N., Pıçakçefe, M., Giray, H., Karakuş, N., & Günay, T. (2007). Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. J Pediatr Adolesc Gynecol, 20 (1):19-24.

Kınık, E. (2001). *Adolesanlarda Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme*, 2. Uluslararası Adolesan ve Sorunları Kongresi Program ve Sunu Özetleri Kitabı, 27-30 Eylül 2001, s 141-144. Kapadokya.

Kırmızıtoprak, E. (2007). *Gençlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.

Kırmızıtoprak, E., & Şimşek, Z. (2011). *Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Ve Güvenli Cinsel Yaşam Konusunda Gençlerin Bilgi Ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi*, TAF Preventive Medicine Bulletin, 10 (4): 463-472.

Kim, Y.H., Park, N.C., Park, H.J., & Yun, E.Y. (2011). Factors Associated with the Timing of First Sexual Intercourse Among College Students in Busan, Korea. Korean Journal of Andrology, 29: 134-143.

Kirby, D. (2005). Impact of sex and HIV education programs on sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries, (Youth Research Working Paper No.2). Research Triangle Park, NC: Family Health International. Erişim Tarihi: 08.08.2015, https://www.iywg.org/sites/iywg/files/youth_research_wp_2.pdf.

Klein, JD. (2005). *American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence*. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues, Pediatrics, 116: 281-286.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Kocakaya, K.A. (2005). Lise yaş grubu gençlerin kişisel hijyen alışkanlıkları ile ilgili bilgi, tutum, davranışları ve verilen eğitimin etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.

Koç, M. (2004). *Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri*. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2 (17): 231-256.

Koçyıldırım, Ş., Kayışoğlu, H., Köse, B., Özşenel, F., Pişi, B., & Seyhan, E. (1998). Ortaöğretim gençliğinin cinselliğe bakış açısı, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Ankara.

Koluçak, S. (2007). İnönü Üniversitesi öğrencilerinin cinsel/üreme sağlığı konusunda bilgi, tutum ve uygulamaları ve bunları etkileyen faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

Koluçak, S., Güneş, G., & Pehlivan, E. (2010). *İnönü Üniversitesi Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Konularında Bilgi Düzeyleri ve Hizmetten Beklentileri*, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17 (1): 7-14.

Korkmaz, O. (2011). Üniversite çağındaki ergenlerin cinsel bilgi, tutum ve davranışları 2008-2010, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.

Koyun, A., Özpulat, F., & Özvarış, B.Ş. (2013). *Bir Eğitim Programı Geliştirme ve Değerlendirme Süreci: Ortaöğretim Kız Öğrencileri için "Genital Hijyen" Eğitim Programı*, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (4): 443.

Kul, S., Özboyacı, A., Çift, T., Sözen, E., & Topbaş, M. (2006). *Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesi Fen Bilgisi ve Müzik Öğretmenliği Bölümü Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkında Bilgileri*. Öğrenci Sağlık Dergisi, 2 (1): 14-20.

Küçükşahin, N. (2009). Kırsal bölgedeki 15-24 yaş grubu kızlarda üreme sağlığı, sorunları ve gereksinimleri, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Larsson, M., Tyden, T., Hanson, U., & Nordin, E.H. (2007). *Contraceptive use and associated factors among swedish high school students*. European Society of Contraception, 12 (2): 119-124.

Letourneau, N.L., Stewart, M., Barnfather, A.K. (2004). *Adolescent Mothers: Support Needs, Resources, and Support-Education Interventions*. Journal Of Adolescent Health, 35 (6): 509-25.

Lou, CH., Wang, B., Shen, Y., & Gao, E.S. (2004). *Effects Of Community Based Sex Education and Reproductive Health Service Program on Contraseptive Use of Unmarried Youths In Shanghai*, Journal of Adolescent Health, 34: 433-440.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Madazlı, R. (2008, Mart). Adolesan Gebelikleri. Adolesan Sağlığı 2. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumunda sunuldu, İstanbul.

Mangiaterra, V., Pendse, R., McClure, K., & Rosen, J. (2008). *Adolescent Pregnancy*. MPS Notes World Health Organization, 1 (1): 1-4.

Marvan, M.L., Vacio, A., & EspinozaHernandez, G. (2001). *A Comparison of Menstrual Changes Expected by Premenarcheal Adolescent and Changes Actually Experienced by Post-Menarcheal Adolescent in Mexico*. Sch Health, 71 (9): 458-461.

Mason, E. (2011). Guidelines for Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries. Geneva, World Health Organization, 1-8.

Metcalf, T. (2004). Sexual health: Meeting Adolescents' Needs. Nursing Standart, 18 (46): 40-43.

Mihçioğur, S. (2004). Hacettepe Üniversitesi Beytepe yerleşkesi öğrenci sağlık merkezinde cinsel ve üreme sağlığı hizmet modeli oluşturma araştırması, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Mihçioğur, S. (2006, 15-16 Aralık). Üniversite Öğrencilerine Üreme Sağlığı/ Cinsel Sağlık Hizmet Modeli Oluşturma Araştırması, Hacettepe Üniversitesi, Beytepe Kampüsü, Öğrenci Sağlık Merkezi Üniversite Sağlık Merkezleri 2 Sempozyumunda sunuldu, Ankara.

Mihçioğur, S., Kiran, S., Özkızıklı, E., Al, A., & Akın, A. (2007). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Merkezlerinde Genç-Dostu Sağlık Hizmet Modeli. Hacettepe Tıp Dergisi, 38 (3):153-158.

Miller, K.S, Kotchick, B.A, & Dorsey, S. (1998). Family communication about sex: What are parents saying and are their adolescents listening? Family Planning Perspectives, 30 (5):218-222,235.

Nalbant, H., & Bulut, A. (2001). *Gençler ve Üreme Sağlığı*. Aktüel Tıp Dergisi, 6(1): 30-36.

Nelson, S. (Ed.). (1997). Women's Sexuality. Women' s Sexual Health. London.

Nour Nawal, M. (2009). *Child Marriage: A Silent Health and Human Rights Issue*. Reviews in Obstetrics and Gynecology, 2 (1): 51-56.

Olesen, T.B., Jensen, K.E., Nygard, M., Tryggvadottir, L., Sparen, P., Hansen, B.T., Llaw, K., & Kjar, S.K. (2011). Young Age at First Intercourse and Risk-Taking Behaviours—A Study of Nearly 65 000 Women in Four Nordic Countries European Journal of Public Health, 22: 220–224.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Olsen, J., Weed, S., Nielsen, A., & Lensel, L. (1992). *Student Evaluation of Sex Education Programs Advocating Abstinence*, *Adolescence*, 27 (106): 369-381.

Oral, E. (2008). *Adolesan Dönemde Anormal Uterin Kanama*, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.

Ögel, K., Eke, C., Erdoğan, N., Taner, S., & Erol, B. (2005). *İstanbul'da Gençler Arasında Cinsellik Araştırması Raporu*. (Yeniden Yayın No:16), İstanbul. Erişim Tarihi:26.05.2015, <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/cinsellikrapor.pdf>

Öncel, S. (2002). *2001 Yılı Ebelik Teması: Bütün Kadınlar Uygun Sağlık Bakımı Almada Eşittir*. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6 (1): 49-53.

Öncel, S., Yılmaz, M., & Ak, G. (2003). *Kız Öğrencilerin Menstruasyona İlişkin Bilgi ve Davranışları*. Hemşirelik Forumu; 6 (2): 24-33.

Öner, S., & Yapıcı, G. (2010). *Adolesan Gebeliklere Bakış*. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 8 (1): 30-39.

Özalp, S., Tanır, H.M., Iğın, H., Karataş, A., Iğın, B. (2012). *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp ve Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*, *Düzce Tıp Dergisi*, 14 (3): 18-21.

Özan, S., Aras, Ş., Şemin, S., & Orçın, E. (2004). *Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranış Özellikleri*. Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Dergisi, 18 (1): 27-39.

Özcebe, H. (2000). Kırsal alanda adolesan ve gençlerin üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeyinin saptanması ve bilgi düzeyinin artırılması için bir müdahale: adolesan ve genç sağlık gönüllüsü, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Özcebe, H. (2002). *Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım*, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11: 374- 377.

Özcebe, H. (2003). Ergen neden öncelikli bir gruptur? 3. Uluslararası Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Kongresi Kitabı, Nisan 2003, s 92-94. Ankara.

Özcebe, H. (2005). Adolesanlarda Üreme ve Cinsel Sağlık Eğitimi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Nisan 2005, s 102-104. Ankara.

Özcebe, H. (2007). Cinsel Sağlık Eğitimi, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Nisan 2007, s 126. Ankara.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

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

Özcebe, H., & Akın, L. (2003). *Effects of Peer Education on Reproductive Health Knowledge for Adolescents Living in Rural Areas of Turkey*. Journal of Adolescent Health, 33: 217-218.

Özcebe, H., Akın, L., & Aslan, D., (2004). *A Peer Education Example on HIV/AIDS at a High School in Ankara*, The Turkish Journal of Pediatrics, 45: 54-59.

Özcebe, H., & Dam, A. (2005). *Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri katılımcı kitabı*, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü.

Özcebe, H., Ünalın, T., Türkyılmaz, S., & Coşkun, Y. (2007). *Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması*. Ankara: Nüfusbilim Derneği, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA).

Özdemir, L., Ayvaz, A., & Poyraz, Ö. (2003). *Cumhuriyet Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri*, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (1): 10-14.

Özgür, G., Yörükoğlu, G., & Arabacı, L.B. (2011). *Lise Öğrencilerinin Şiddet Algıları, Şiddet Eğilim Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2 (2): 53-60.

Özkan, H. (1994). *Üniversite gençliğinin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmaya ilişkin yaklaşımları*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özkan, H. (2005). *Erciyes Üniversitesi öğrencilerinin cinsellik konusundaki bilgi ve tutumlarının saptanması*, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Özlece, F. (2006). *Kayseri il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinin aile planlamasına ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Özvarış, Ş.B. (2005). *Adolesanlarda Üreme ve Cinsel Sağlığı*, Sosyal Pediatri Dergisi (Özel Sayı Eylül), 124-129.

Özvarış, S.B., & Akın, A. (1998). *Üreme Sağlığı*, Sağlık ve Toplum Dergisi, 8 (3-4): 23-26.

Özvarış, Ş.B., Koler, N., Erbay, A., & Genç, S. (1995) *Adolesanların Cinsel Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 5 (2): 2-8.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Parlaz, A., Tekgül, N., Karademirci, H., & Öngel, K. (2012). Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci. *Turkishfamilyphysician*. 3(2): 10-16. Erişim Tarihi:01.11.2015, <http://turkishfamilyphysician.com/upload/2012-4/10-16.pdf>.

Pataki, C.S. (Ed.). (2007). *Normal Ergenlik*. Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry (H. Aydın, A. Bozkurt, Çev.) 4.cilt (8. Baskı). Ankara: Güneş Kitabevi.

Patton, D.D., & Harris, J.R. (2007). Ergenlik Gelişimi ve Tarama (M.M. Mazıcıoğlu, Çev.), *Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi* (A. Kut, İ. Tokalak, M.G. Eminsoy, Çev.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

Pekcan, H. (Ed.). (2006). *Adolesan (Delikanlı) Sağlığı*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

Pernoll, M.L. (1994). *Pediatric ve Adolesan Jinekolojisi, Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi* (T. Özcan, Çev.) İstanbul: Sistem Yayıncılık Mat. San. Tic. A.Ş.

Pernoll, M.L. (Ed.). (2002). *Handbook of Obstetrics & Gynecology* (Paperback), *Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı*. Ankara: Palme Yayıncılık Ltd. Şti.

Pınar, G. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Cinselliğe Bakış Açıları ve Cinsel Sağlık Bilgisi (Bildiri), 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan, Ankara.

Pınar, G. (2008). Üniversite Gençlerine Yönelik Geliştirilen Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitim Programının Etkinliği, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Pınar, G., Çolak, M., & Öksüz E. (2011). *Premenstrual Syndrome in Turkish College Students and Its Effects on Life Quality*. *Sex Reprod Healthc*, 2 (1): 21-27.

Pınar, G., Doğan, N., Ökdem, Ş. & Öksüz, E. (2009). *Özel Bir Üniversitede Okuyan Öğrencilerin Cinsel Sağlıkla İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları*, *Tıp Araştırmaları Dergisi*; 7 (2): 105-13.

Piaget, J. (1937). *The Birth of Intelligence in the Children*. Oxford, England. Delachaux and Niestle, 429.

Pooladkhan, S.H. & Valai, N. (2000). *Age and stages of puberty in female students of Kashan in curriculum year 1999-2000*. *Kashan University of Medical Science & health services (FEYZ)*; 11: 45-38.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamentals of Nursing*. USA, 6: 205-213.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Raffaelli, M., Bogenschneider, K., & Flood, M.F. (1998). *Parent-Teen Communication About Sexual Topics*. Journal of Family Issues, 19: 315-333.

Rahman, R. (1986). Sağlık meslek lisesi birinci ve son sınıf öğrencilerinin menstruasyon hijyenine ilişkin bilgi ve uygulamalarının karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Raj, A., Saggurti, N., Balalah, D., & Silverman, J.G. (2009). *Prevalence of Child Marriage and Its Effect on Fertility and Fertility-Control Outcomes of Young Women in India: A Cross-Sectional*. Observational Study Lancet, 373: 1883-1889.

Reyhanoğlu, Ö.S. (2010). Üreme sağlığı akran eğitimleri projesi kapsamında eğitim almış gençlerin cinsel sağlık/ üreme sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Programı, Ankara.

Rocheblau, S. (1980). *Erişkinlik Psikolojisi*, (B. Onur, Çev.), 1. Baskı. Ankara: Maya Matbaacılık.

Sabancı, M. (2004). Balıkesir'deki dört genel lisedeki ikinci sınıf öğrencilerinin üreme sağlığı bilgileri ve cinsel yaşama ilişkin bazı yaklaşımlarının saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2003). *Adolescence and Adolescent Reproductive Health Teaching Materials for the Training Courses ICC*, UNFPA, Ankara, Turkey.

Sağlık Bakanlığı. (2004). *Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı*. Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2005). *Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı*. Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2006). Türkiye Hastalık Yükü Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (Yayın No: 701). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2007). Avrupa Birliği Türkiye Üreme Sağlığı Projesi Üreme Sağlığı Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Hizmet İçi Eğitim Modülü. Ankara, Türkiye.

Saka, H.N., & Neyzi, O. (2005). *Puberte Başlangıç Yaşı Değişiyor Mu?* Türk Pediatri Arşivi, 40: 7-14.

Santelli, J.S., Morrow, B., Anderson, J.E., & Duberstein, L.L. (2006). *Contraceptive use and Pregnancy Risk Among United States High School Students, 1991-2003*. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38 (2):106-111.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Saralioğlu, F., Yurdakök, M., Kutluk, T. & Çalikoğlu, S., (1993), *Çocuk Hastalıkları Tanı ve Tedavi*, Ankara: Barış Kitabevi.

Saroj, P., Rajesh, K., Indarjeet, W., & Arun, A., (2005). *Reproductive Health Education Intervention Trial*. Indian Journal Pediatrics, 72.

Schalet, A. (2004). *Must We Fear Adolescent Sexuality?* Medscape General Medicine, 6 (4): 44.

Schover, L.R., Jenkins, R., Sui, D., Adams, J.H., Marion, M.S., Jackson, K.E. (2006). *Randomized Trial of Peer Counseling on Reproductive Health in African American Breast Cancer Survivors*. Journal of Clinical Oncology, 24 (10): 1620-26.

Sevil, Ü., Ertem, G., Kavlak, O., Çoban, A., & Atan, Ş. (2004). *Hemşirelik Yüksek Okulu Birinci ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Cinselliğe Bakış Açıları ve Cinsel Eğitim Konusundaki Görüşlerinin Karşılaştırılması*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20 (1): 11-22.

Sevil, Ü. (Ed.). (2008). *Kadın sağlığı*, İstanbul.

Seyrek, V. (2005). *Gençlik ve danışma merkezinde hizmet sunumu*. 4. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, 20-23 Nisan 2005, s 92-93. Ankara.

Sezgin, B. (2000). *Ankara'daki sağlık meslek liselerindeki dördüncü sınıf öğrencilerinin üreme sağlığı bilgileri ve cinsel yaşama ilişkin bazı yaklaşımlarının saptanması*, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Smith, P.B., Chacko, M.R., & Bermudez, A. (1989). *Contraceptive and sexuality knowledge among inner-city middle school students from minority groups*. The School Counselor, 37 (2): 103-8.

Song, Y.E., Pruitt, B.E., McNamara, J., & Colwel, B. (2000). *A Meta Analysis Examining Effects of School Sexuality Education Programs On Adolescent's Sexual Knowledge 1960-1997*. Journal of School Health, 70 (10): 413-417.

Sorhaindo, A., Becker, D., Fletcher, H., & Garcia, S.G. (2002). *Emergency Contraception among University Student in Kingston, Jamaica. A survey of Knowledge, Attitudes and Practices, Contraception*; 66 (4): 261-268.

Speizer, I.S., Magnani, R. J., Colvin, C.E. (2003). *The Effectiveness Of Adolescent Reproductive Health Interventions in Developing Countries: A Review Of The Evidence*. Journal of Adolescent Health, 33 (5): 324-348.

Staggenborg, S. & Gender, (1998), *Family and Social Movements*, Pine Forge Press, California.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Stang, J., & Story, M. (2005). Adolescent Growth and Development. J. Stang, M. Story (Ed.). Guidelines for Adolescent Nutrition Services. (s.1-8). Erişim Tarihi: 30 Aralık 2013, http://www.epi.umn.edu/let/pubs/img/adol_ch1.pdf.

Stacic, S. (2005). A qualitative assessment of a sexual and reproductive health peer education network in eastern Europe and central Asia, Doctorate Thesis of Qualification, Columbia University, New York, A.B.D.

Stock, J.L., (1997), *Adolecent Pregnancy and Sexual Risk Taking Among Sexually Abused Girls*. Family Planning Perspectives, 29 (5): 200-227.

Sule, T., & Ukwenya, E. (2007). *Menstrual Experiences of Adolescents in a Secondary School*. Turkish-Germany Gynecol Assoc, 8 (1): 7-14.

Sungur, M. (Ed.). (2003). *Cinsel Eğitim, Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul, 45-57.

Şahiner, G., (2007). Toplumsal cinsiyet ve kadına karşı şiddetin kadınların üreme sağlığına ilişkin hizmetlerden faydalanmasına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Şahintürk, H. (1999). İlköğretim döneminde öğrenim gören kız çocuklarında menarş ve menstruasyon hijyenine ilişkin bilgi ve uygulamaların belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Şatiroğlu, H. (2008). *Ergenlikte Cinsellik*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 63: 41-46.

Şenol, V., Gündüz, E., & Öztürk, A. (2010). *Kayseri İlinde Adolesan Kızların Menarş ve Menstruasyon Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları*. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 20 (2): 77-83.

Şıpkın, S. (2007). Sağlık Yüksekokulunda Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Genital Hijyen Alışkanlıklarının Belirlenmesi,1. Ulusal Ebelik Kongresi, 20-22 Haziran, s 35. Sakarya.

Şimşek, A.Ç. (2006). On birinci sınıf öğrencilerinin kişisel bakım ve sağlığın korunmasına yönelik davranışlarının incelenmesi (üç lise örneği). Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Şimşek, E. (2008). Sağlık Bakanlığı'nın Adolesan Sağlığına Yaklaşımı, Adolesan Sağlığı 2 Sempozyum Dizisi No:63, Mart 2008, s 23-27.

Şimşek, Z., Koruk, İ., & Altındağ, A. (2007). *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları*, Toplum Hekimliği Bülteni, 26 (3): 19-24.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Tanner, J.M. (1962). Growth at Adolescence. With a general consideration of the effects of hereditary and environmental factors upon growth and maturation from birth to maturity, (2nd ed.). Oxford, Blackwell Scientific.

Tapan, M. (1995). İzmir ilinde adolesanlarda aile hayatı üreme sağlığı konusunda bilgi ve tutum araştırması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Tartaç, Y. & Özkan, S. (2011). *Öğrencilerin Menstruel Hijyen Bilgi ve Tutumları*. Gazi Med J., 22: 27-32.

Taşçı, A.İ. (2002). Cinsel Eğitim, İz Yayıncılık, 1. Basım, İstanbul.

Taşçı, E., Atan, Ş.Ü., Durmaz, N., Erkuş, H., & Sevil, Ü. (2005). *Kız Meslek Lisesi Öğrencilerinin Madde Kullanma Durumları*. Bağımlılık Dergisi, 6(3): 122-128.

Taşçı, K.D. (2006). *Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Semptomlarının Değerlendirilmesi*, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5 (6).

Taşkın, L. (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. *Üreme Sistemi Enfeksiyonları ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

Taşkın, L. (2005), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara: Sistem Ofset.

Taylor-Seehafer, M. & Rew, L. (2000). *Risky Sexual Behavior Among Adolescent Women*. Journal of the Society of Pediatric Nurses, 51: 151-163.

Tekgül, B.N., & Uslu Tek, P. (Ed.). (2005). Puberte. Adolesan Sağlığı. İzmir: Pratisyen Hekimlik Derneği yayını.

Tekgül, N., Saltık, D., Şen, Y., & Kurt, S. (2005). *15-49 Yaş Kadınlarda Ortalama Menarş Yaşı*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 14 (4): 76-79.

Tekin, Y. (2006). Kadın Hastalıkları ve Doğum. Ankara: Klinisyen Tıp Kitapevleri.

Thomas, C. (2009). Forced and early marriage: A focus on central and Eastern Europe and former Soviet Union countries with selected laws from other countries United Nations Division for the Advancement of Women United Nations Economic Commission for Africa. Erişim Tarihi: 20.09.2014, http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2009/Expert%20Paper%20EGMGPLHP%20_Cheryl%20Thomas%20revised_.pdf.

Timur, S. (2010). *Bir Üniversite Öğrenci Yurdunda Kalan Kız Öğrencilerin Genital Hijyen Davranışları*, E-Journal of New World Sciences Academy, 5: 39-48.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Toker, S.O. (2005). *Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi*, Aile ve Toplum Dergisi, 8 (2).

Tokuç, B., Eskiocak, M. & Saltık, A., (2002). Acil Kontrasepsiyon. 11 (3):94-97.

Topbaş, M., Çan, G., & Kapucu, M. (2003). *Trabzon'da Bazı Liselerdeki Adölesanların Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri*, Gülhane Tıp Dergisi, 45 (4): 331-337.

Topbaş, M., Çan, M.A., Çan, G., & Kapucu, M. (2005). *Trabzon'da Bazı Liselerdeki Öğrencilerin Adölesanlarda Görülen Vücut Değişiklikleri İle Kadın Ve Erkek Genital Sistem Anatomisi Hakkındaki Bilgi Düzeyleri*. Sağlık ve Toplum Dergisi, 1: 101-105.

Tosun, A. (1999). Atatürk Üniversitesi'nde okuyan öğrencilerin üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Tuna, A. (2002). Üniversite Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesini Öğrenmelerinde Akran Eğitim Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Turan, H.S. (2005). 1. Basamak Sağlık Kurumlarında Üreme Sağlığı Danışmanlığı, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Bildirisi, 20-23 Nisan 2005, s 51-52. Ankara.

Turan, T., & Ceylan, S. (2007). *11-14 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Menstruasyona Yönelik Bilgileri Ve Uygulamaları*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (6): 41-46.

Turfaner, N., Can, G., Köksal, S., Öçer, F., Sipahioğlu, F. (2006). Genç Kızlarda Menarş Yaşını Etkileyen Faktörler, 1. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, 28 Kasım-1 Aralık 2006, s 368-369. Ankara.

Turner, G., & Shepherd J. (1999). A metot in search of a theory: peer education and health promotion. Health Education Research, 14 (2): 235-247. Erişim Tarihi: 15.02.2013, doi: 10.1093/her/14.2.23.

Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırması Komisyonu. (2007). Türkiye'de Ortaöğretime Devam Eden Öğrencilerde ve Ceza ve İnfaz Kurumlarında Bulunan Tutuklu ve Hükümlü Çocuklarda Şiddet ve Bunu Etkileyen Etkenlerin Saptanması. Araştırma Raporu, Ankara,19-22: 56-58.

Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2015). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Erişim Tarihi: 07.01.2016, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2012). Türkiye’de Kadının Durumu, Ekim, Ankara.

Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Ankara.

Türkiye Cumhuriyeti Ardahan Valiliği. (2016). Ardahan Valiliği İlimiz Rehberi, Erişim tarihi:21.03.16, <http://www.ardahan.gov.tr/>.

Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2009). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. Ankara: Elma Teknik Basım, Erişim Tarihi 04.06.2014, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/>.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA). (2005). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015. Ankara; Damla Matbaacılık.

Türkiye İstatistikleri Kurumu. (2008). Ölüm İstatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu, Erişim Tarihi: 05.03.2014, <http://www.tuik.gov.tr/>.

Türkiye İstatistikleri Kurumu. (2012). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Türkiye İstatistik Kurumu, Erişim Tarihi: 05.03.2014, <http://www.tuik.gov.tr/>.

Türkiye İstatistikleri Kurumu. (2013a). Dünya Nüfus Günü, 2013. Türkiye İstatistik Kurumu, Erişim Tarihi:11.07.2013, <http://www.tuik.gov.tr/>.

Türkiye İstatistikleri Kurumu. (2013b.). İstatistiklerle Kadın, 2013. Türkiye İstatistik Kurumu, Erişim Tarihi: 05.03.2014, <http://www.tuik.gov.tr/>.

Türkiye İstatistikleri Kurumu. (2013c). İstatistiklerle Gençlik, 2013. Türkiye İstatistik Kurumu, Erişim Tarihi: 16.05.2014, <http://www.tuik.gov.tr/>.

Türkiye İstatistikleri Kurumu. (2013d.). Türkiye İstatistik Yıllığı, 2013. Türkiye İstatistik Kurumu, Erişim Tarihi: 16.05.2014, <http://www.tuik.gov.tr/>

Türkiye İstatistikleri Kurumu. (2014a). Doğum İstatistikleri, 2014. Türkiye İstatistik Kurumu, Erişim Tarihi: 17.04.2015, <http://www.tuik.gov.tr/>.

Türkiye İstatistikleri Kurumu. (2014b). Temel İstatistikler, Nüfus ve Demografi, Nüfus İstatistikleri, Yıllara Göre İl Nüfusları, Erişim Tarihi: 17.04.2015, <http://www.tuik.gov.tr/>.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Cumhuriyeti başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Avrupa Birliği, Ankara.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Cumhuriyeti başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Avrupa Birliği, Ankara.

Ulaş, G. (1998). Kastamonu ili merkez ilçesindeki lise öğrencilerinin vücut hijyenine ilişkin alışkanlıklarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Ulukol, B. (1997). *İki Farklı Lisede Okuyan Ergenlerin Davranış Özellikleri*. Sağlık ve Toplum, 11 (2): 56-61.

United Nations International Children's Emergency Fund. (2005). *Eğitimli Anneler*. UNICEF Türkiye Bülteni, (3):8.

United Nations Population Fund. (2003). *State of World Population*. Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights. New York, UNFPA.

United Nations Population Fund. (2013). Dünya Nüfusunun Durumu, Erişim Tarihi: 02.05.2015, <http://www.unfpa.org.tr/v2/pages/posts/duyena-nuefusunun-durumu-2013-423.php>.

Uzun A.K., & Orhon, F.Ş. (2013). Adolesan Gebeliklerin Anne ve Bebek Sağlığına Olan Etkileri, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası; 66(1), Erişim Tarihi: 06.03.2015, DOI:10.1501/ Tıpfak_000 000836.

Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi. (2010). Toplum Gönüllüleri Vakfı. Erişim Tarihi: 21.07.2016, http://ureme.tog.org.tr/abs/templates/bos_sayfa.asp?articleid=206&zoneid=30.

Ürünsak F, Kadayıfçı O, & Çil F. (2004). *Pubertal Sorunlar; Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.

Ünsal, A. (2010). *Üniversitede Okuyan Kız Öğrencilerin Genital Hijyen Davranışları*. FSHD, 5 (13): 79-93.

Vaughan, P.W., Rogers, E.M., Singhal, A., & Swalehe, R.M. (2000). *Entertainment-education and HIV/AIDS prevention: A field experiment in Tanzania*. J Health Commun, 5 (Suppl): 81–100.

Vicdan, K., Kükner, S., Dabakoğlu, T., Ergin, T., Keles, G., & Gökmen, O. (1996). *Demographic and Epidemiologic Features of Female Adolescents In Turkey*, Journal of Adolescent Health, 18 (1): 54-8.

Violence Against Women. (1996). Consultation, 5-7 February, 1996. Geneva. FRH/WHD/96.27.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Wilson, D.M., Killen, J.D., Hayward, C., Robinson, T.N., Hammer, L.D., & Kraemer, H.C. (1994). *Timing and rate of sexual maturation and the on set of cigarette and alcohol use among teenage girls*. Arch Pediatr Adolesc Med, 148 (8): 789-795.

World Health Organization. (1977). *Health Needs of Adolescent*, WHO tech. Rep ser, Geneva, 609.

World Health Organization. (2001). *Department of Child and Adolescent Health and Development. The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development*.

World Health Organization. (2002). *Adolescent Friendly Health Services An Agenda for Change*, WHO/FCH/CAH/02.14, Geneva, Switzerland.

World Health Organization. (2007). *Adolescent Sexual and Reproductive Health*.

World Health Organization. (2009). *Publication World Health Statistics*

World Health Organization. (2012). *Early Marriages, Adolescent and Young Pregnancies. Report by the Secretariat. A 65/13*. Geneva, Switzerland.

World Health Organization. (2013). *World Health Statistics*. Geneva, World Health Press.

World Population Day. (2014). *2014 Dünya Nüfus Günü "Gençlere Yatırım" Erişim Tarihi:17.05.2015*, <http://www.un.org.tr/news/WPD2014BilgiNotu.pdf>.

Yaman Efe, Ş. (2003). *Üniversite son sınıf öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi ve davranışları*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yavan, T. (2000). *Şırnak ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların demografik özellikleri ve üreme sağlığı sorunlarının saptanması*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yavuzer, H. (2006). *Çocuk Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitapevi.

Yeni, E. (2004). *Kadında Sirkumsizyon ve Genital Mutilasyon*. Androloji Bülteni, 8: 261-263.

Yeni Türk Medeni Kanunu. (2001). Madde (124), Erişim Tarihi: 12.03.2013, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html>.

Yeşilyaprak, B. (1993). *Kişilik Gelişiminde Ailesel Faktörlerin Etkisine İlişkin Bir Araştırma*. Aile ve Toplum Bilim Kültür Araştırma Dergisi, 3 (1):3-7.

KAYNAKLAR DİZİNİ (DEVAM EDİYOR)

Yıldırım, B., Baş, Y., Müftüoğlu, E., Aşıkoğlu, P., Ortakaya, Z.E., & Kulaç, E. (2007). Adölesanlarda Üreme Sağlığı Konusunda Bilgilendirmenin Arttırılması, 1. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, 28 Kasım-01 Aralık 2006, s 347-348. Ankara.

Yıldırım, M. (2002). *Klinik Jinekoloji*, 3. Baskı. Ankara: Çağdaş Medikal Kitabevi.

Young, F.B. (2002). *Vaginal Health*, Nursing Standart, 16 (23): 47-55.

Young Pistella, C.L., & Bonati, F. (1998). *Comminication about sexual behaviror among adolescent women, their family and peers*. Families in Society: The journal of Contemporary Human Services, 79: 206-310.

Y-PEER. (2005). *Standards for Peer Education Programmes*. UNFPA and Family Health International. New York, A.B.D.

Yücel, O., Yücel, N., & Kaya, H. (1996). *Elazığ Bölgesinde Menarş Yaşı*. Jinekoloji-Obstetrik Dergisi. 6 (1):68-70.

Yücel, U., Çakır Koçak., Y. & Çeber, E., (2009). Adölesanlarda Karşılanmayan Aile Planlaması Hizmet Gereksinimi, 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 23-25 Nisan 2009, Ankara.

Zeyneloğlu, S. (2008). Ankara'da hemşirelik öğrenimi gören üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

EKLER DİZİNİ

EK - 1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sevgili Öğrenciler,

Yaşamımız boyunca sürekli bir gelişim ve değişim içerisindeyiz. Bu süreç içerisinde çeşitli dönemlerden geçmekteyiz. Bütün bu dönemler içerisinde adolesan dönemi; sağlıkla ilgili bilgilerin, becerilerin, davranışların ve değerlerin oluşturulabileceği en önemli ve kritik dönemlerden biridir.

Bu nedenle sizlerin üreme sağlığı sorunlarınızı ve üreme sağlığına yönelik eğitim gereksinimlerinizi saptamak amacıyla bir araştırma yapılması planlanmıştır. Vereceğiniz yanıtlar sizlere sunulacak üreme sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesinde kaynak oluşturacaktır.

Bu çalışma, Ardahan İl merkezi sınırları içinde yer alan İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ortaöğretim kurumlarında 9, 10, 11 ve 12. sınıflarda öğrenim gören kız öğrencilerin (yaklaşık 1600 kız öğrenci) üreme sağlığı bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve verilen eğitim ile üreme sağlığı bilgi düzeyi ve tutumlarının geliştirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Araştırma süresince sizlere iki oturumda eğitim verilecektir. Eğitimler rehberlik derslerinde iki ders saati (yaklaşık 80 dk) süresince gerçekleştirilecektir. Verilen eğitimin etkinliği sizlere eğitim öncesi ve sonrası dağıtılan ve doldurulması istenen anket formları ile değerlendirilecektir. Anket formunda size kişisel bilgileriniz ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi, tutum ve düşüncelerinize yönelik sorular sorulacaktır. Anket formunun doldurulması yaklaşık 40 dk sürecektir. Anketi sınıf ortamında kendi başınıza doldurmanızı bekliyoruz. Lütfen isminizi yazmayınız ve mümkün olduğunca doğru bildiğiniz yanıtları vermeniz bizim için önemlidir. Her bir soruyu eksiksiz olarak doldurmanız araştırmanın gerçekleştirilmesi ve sonuçlarının güvenilirliği için gereklidir. Anket formunda belirtilen durumların sizde olup olmaması araştırmaya katılmanıza engel değildir.

Bu çalışmaya katılmanız tamamen aileniz ve sizin isteğinize bağlıdır. Gönüllü olarak katılacağınız bu çalışmada sizinle ilgili bilgileri doğru vermekle sorumlu olacaksınız. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan ayrılmanız cezaya ya da sizin yararınıza engel olan bir duruma yol açmaz. Araştırmada kimlik bilgileriniz alınmayacaktır. Verdiğiniz bilgiler araştırma dışında

herhangi bir neden için kullanılmayacaktır ve gizli tutulacaktır. Araştırmada gerek duyduğunuz her an bizlerden bilgi alabilirsiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Sıla AVDAN

Tel: 0536 690 77 12

ÇALIşMAYA KATILMA ONAYI

Araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla kabul ediyorum.

Gönüllü,

Ad-Soyad:

Tarih:

İmza:

Sayın Veli,

Çocuklarınız yaşamı boyunca sürekli bir gelişim ve değişim içerisinde. Bu süreç içerisinde çeşitli dönemlerden geçmektedir. Bütün bu dönemler içerisinde adolesan dönemi; sağlıkla ilgili bilgilerin, becerilerin, davranışların ve değerlerin oluşturulabileceği en önemli ve kritik dönemlerden biridir. Bu nedenle çocuklarınızın üreme sağlığı sorunlarını ve üreme sağlığına yönelik eğitim gereksinimlerini saptamak amacıyla bir araştırma yapılması planlanmıştır. Çocuklarınızın vereceği yanıtlar onlara sunulacak üreme sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesinde kaynak oluşturacaktır.

Bu çalışma, Ardahan il merkezi sınırları içinde yer alan İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ortaöğretim kurumlarında 9, 10, 11 ve 12. sınıflarda öğrenim gören kız öğrencilerin (yaklaşık 1600 kız öğrenci) üreme sağlığı bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve verilen eğitim ile üreme sağlığı bilgi düzeyi ve tutumlarının geliştirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Ardahan İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve okul idarelerinden gerekli izinler alındıktan sonra eğitimler rehberlik derslerinde iki ders saati (yaklaşık 80 dk) süresince gerçekleştirilecektir. Verilen eğitimin etkinliği çocuklarınıza eğitim öncesi ve sonrası dağıtılan ve doldurulması istenen anket formları ile değerlendirilecektir. Araştırma kapsamında velisi bulunduğunuz öğrencinin vereceği cevaplar araştırma dışında herhangi bir neden için kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Gönüllü olarak katılacakları bu çalışmada hiçbir şekilde öğrencinizin ismi açıklanmayacaktır. Araştırmayla ilgili gerek duyduğunuz her türlü bilgiyi bizlerden alabilirsiniz. Çalışmaya olan katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmaya başlamadan önce öğrenci velisi olarak yukarıda belirtilen tüm açıklamaları okudum. Bu açıklamalar doğrultusunda velisi bulunduğum öğrencinin söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmasını kabul ediyorum.

Gönüllü Velisi,**Ad-Soyad:****Tarih:****İmza:****Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık****Bilimleri Enstitüsü****Yüksek Lisans Öğrencisi****Sıla AVDAN****Tel: 0536 690 77 12**

EK - 2 Soru Formu

ANKET FORMU NO:

Bu çalışmada, Ardahan ili ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören kız öğrencilerin üreme sağlığı bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve verilen eğitim ile üreme sağlığı bilgi düzeyi ve tutumlarının geliştirilmesi amaçlanmıştır. Anket formuna lütfen isminizi yazmayınız. Tüm yanıtlarınız saklı tutulacaktır, sadece bilimsel veri amaçlı kullanılacaktır. Her bir soruyu eksiksiz olarak doldurmanız araştırmanın gerçekleştirilmesi için yeterli ve önemlidir. İçtenlikle vereceğiniz yanıtlar için teşekkür ederim.

KİŞİSEL BİLGİLERE YÖNELİK SORULAR

1. Kaç yaşındasınız?

2. Boyunuz:

3. Kilonuz:

4. Kaç kardeşiniz (Sizin dışınızda).

1) Kardeşim yok

2) Varsa sayısı

5. Ailenizin kaçınıcı çocuğu olduğunuzu belirtiniz

1) İlk

4) Dördüncü

2) İkinci

5) Beşinci ve Sonrası.....

3) Üçüncü

6. Anne ve babanızın medeni durumunu nasıl tanımlarsınız?

1) Anne baba evli-birlikte yaşıyor

5) Anne baba boşanmış

2) Anne yaşıyor, baba ölü

6) Anne yeniden evlenmiş

3) Baba yaşıyor, anne ölü

7) Baba yeniden evlenmiş

4) Anne baba boşanmamış fakat ayrı yaşıyor

8) Diğer Belirtiniz

7. Anneniz kaç yaşında?

8. Annenizin eğitimi nedir?

- 1) Okur-yazar değil
- 2) Okur-yazar
- 3) İlkokul
- 4) Ortaokul
- 5) Lise
- 6) Yüksekokul / Üniversite

9. Anneniz ne iş yapıyor?

- 1) Ev hanımı
- 2) Memur
- 3) İşçi
- 4) Esnaf
- 5) Ücretsiz aile işçisi
- 6) Diğer Belirtiniz

10. Babanız kaç yaşında?

11. Babanızın eğitimi nedir?

- 1) Okur-yazar değil
- 2) Okur-yazar
- 3) İlkokul
- 4) Ortaokul
- 5) Lise
- 6) Yüksekokul / Üniversite

12. Babanız ne iş yapıyor?

- 1) Herhangi bir işi yok
- 2) Memur
- 3) İşçi
- 4) Esnaf
- 5) Çiftçi
- 6) Diğer Belirtiniz

13. Aile yapınız?

1. Çekirdek Aile (Anne, baba, kardeşler)
2. Geniş Aile
3. Parçalanmış Aile (Anne baba ayrı)

14. Ailenizin geliri size göre nasıldır? Ortalama aylık gelir:.....TL

- 1) Düşük
- 2) Orta
- 3) Yüksek

15. Sağlık güvenceniz var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

16. Bu yaşınıza kadar en uzun süreyle nerede yaşadınız?

- 1) İl
- 2) İlçe
- 3) Köy
- 4) Yurt Dışı

17. Şuan nerede kalıyorsunuz?

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| 1) Kendi evimde | 4) Yurтта |
| 2) Akrabamın evinde | 5) Diğer Belirtiniz |
| 3) Yatılı okul | |

18. Şuan kiminle yaşıyorsunuz?

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1) Anne- baba | 6) Üvey baba-anne-kardeş/kardeşler |
| 2) Anne-baba-kardeş / kardeşler | 7) Akriba |
| 3) Anne-kardeş/kardeşler | 8) Arkadaş |
| 4) Baba-kardeş/kardeşler | 9) Diğer Belirtiniz |
| 5) Üvey anne- baba-kardeş/kardeşler | |

19. Ailenizden günlük ne kadar harçlık alıyorsunuz?

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1) Harçlık almıyorum | 4) 20-30 TL |
| 2) 10 TL ve altı | 5) 40-50 TL |
| 3) 10-20 TL | 6) 50 TL ve üzeri |

20. Harçlığınız dışında gelirinizin olup olmadığını belirtiniz.

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1) Gelirim yok | 4) Çalışarak kazanılan para |
| 2) Burs alıyorum | 5) Diğer Belirtiniz |
| 3) Yakın akriba ve aile bireylerinden düzenli olarak alınan paralar | |

21. Gelir elde eden bir işte çalışıyor musunuz?

- | | |
|-------------------------|----------|
| 1) Evet Belirtiniz..... | 2) Hayır |
|-------------------------|----------|

22. Sosyal etkinlik / kendini geliştirme adına neler yapıyorsunuz?

- 1) Kurslara gidiyorum Ne kursu açıklayınız.....
- 2) Kitap / ansiklopedi dergi vb. okuyarak kendimi geliştiriyorum.
- 3) Arkadaş gruplarıyla oturmaları katılıyorum/ eğlence yerlerine gitme (Kafeterya vb.)
- 4) Sinema/ tiyatroya/ konsere gitme.
- 5) Televizyon izleme Hangi programlar açıklayınız.....
- 6) Hiçbir şey yapmıyorum.
- 7) Diğer Belirtiniz.....

23. Sigara içtiniz mi / içiyor musunuz?

- 1) Hayır asla
- 2) Evet ama sadece bir kez
- 3) Birkaç kez
- 4) Birkaç kezden fazla
- 5) Sürekli İlk kez kaç yaşında.....Günde ne kadar...../ kaç tane.....

24. Yaşamınızda hiç alkol aldınız mı?

- 1) Hayır asla
- 2) Evet ama sadece bir kez
- 3) Birkaç kez
- 4) Birkaç kezden fazla
- 5) Çok sık aralıklarla/ sürekli Günlük ne kadar tüketiyorsunuz.....

25. Alkol ve sigara dışında zararlı madde kullanıyor musunuz?

- 1) Hayır
- 2) Evet Ne zamandan beriNe kullanıyorsunuz
- 3) Bazen Ne sıklıklaNe kullanıyorsunuz

PERİNE VE MENSTRÜEL HİJYEN ALIŞKANLIKLARINA YÖNELİK KİŞİSEL BİLGİ SORULARI

26. Genital bölgeyi (Dış üreme organları) temizleme şekliniz nedir?

- 1) Genital bölgeyi sadece suyla temizliyorum.
- 2) Genital bölgeyi su ve sabunla temizliyorum.
- 3) Genital bölgeyi suyla temizliyorum ve tuvalet kâğıdı ile kuruluyorum.
- 4) Genital bölgeyi suyla temizliyorum ve herhangi bir bez ile kuruluyorum.
- 5) Genital bölgeyi su ve sabunla temizliyorum, tuvalet kâğıdı kuruluyorum.
- 6) Genital bölgeyi su ve sabunla temizliyorum, herhangi bir bez ile kuruluyorum.
- 7) Genital bölgeyi sadece kuruluyorum.
- 8) Genital bölgeyi bazen temizliyorum.
- 9) Genital bölgeyi temizlemiyorum.

27. Genital bölgeyi (Dış üreme organları) temizliğinizin yönü nedir?

- 1) Önden arkaya doğru
- 2) Arkadan öne doğru
- 3) Dikkat etmiyorum

28. Genital bölgeyi (Dış üreme organları) temizleme öncesi ve sonrası el yıkama durumunuz nedir?

- 1) Tuvaletten önce ve sonra
- 2) Sadece tuvaletten önce
- 3) Sadece tuvaletten sonra
- 4) Dikkat etmem

29. Kullandığınız iç çamaşırı türünüz nedir?

- | | |
|------------|--------------------------|
| 1) Pamuklu | 3) Saten |
| 2) Naylon | 4) Diğer Belirtiniz..... |

30. Kullandığınız iç çamaşırı rengi nedir?

- | | |
|----------|-----------|
| 1) Beyaz | 2) Renkli |
|----------|-----------|

31. İç çamaşırı değiştirme sıklığınız nedir?

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1) Günde bir kez | 3) Haftada bir kez |
| 2) İki günde bir kez | 4) Haftada iki kez |

32. Âdet gördünüz mü?

- | | |
|---------|----------|
| 1) Evet | 2) Hayır |
|---------|----------|

33. İlk âdeti (Menarşı) kaç yaşında gördünüz?

34. Âdetiniz başladığında ilk bilgiyi kimden aldınız?

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| 1) Anne | 5) Kardeş, abla |
| 2) Arkadaş | 6) Televizyon |
| 3) Öğretmen | 7) Gazete, dergi |
| 4) Akraba (Teyze, hala) | 8) Diğer Belirtiniz..... |
| | 9) Hiç kimseden bilgi almadım |

35. Âdet döneminde ne kullanıyorsunuz?

- | | |
|--------------|----------------------------|
| 1) Hazır ped | 3) Evde hazırlanmış bezler |
| 2) Pamuk | |

36. Ādet dōneminde gūnlük ortalama ped deęiřtirme sıklıęınız nedir?

Yoęun gūnlerinizde (gūnde..... tane ped), yoęunluęun azaldıęı/son gūnlerde (gūnde..... tane ped)

37. Ādet dōnemlerinizle ilgili bir sorununuz var mı?

- 1) Evet, ağrılı Ādet.
- 2) Evet, dūzensiz Ādet / Kaç gūnde bir:gūnde bir.
- 3) Evet, dūzensiz ve aęrılı Ādet / Kaç gūnde bir:gūnde bir.
- 4) Sorunum yok
- 5) Diğer Belirtiniz.....

38. Ādet dōncesi aşağıdakilerden hangilerini yoğun yaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- 1) Baş ağrısı,
- 2) Çok sinirli ve alıngan olma,
- 3) Gdęslerde dolgunluk, gerginlik, hassasiyet yaşama,
- 4) Vūcutta el, ayak vb. řiřkinlik (dēm) yařama,
- 5) İçe dōnük, depresif duygular yaşama.
- 6) Diğer Belirtiniz.....

39. Ādet dōneminizde hijyenik açıdan neler yaparsınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- 1) Çok dōzel bir şey yapmam normal zamanlardaki gibi davranırım,
- 2) Her gūn duř almaya ęalıřırım,
- 3) Yalnızca ağrım olduğunda ılık-sıcak duş alırım,

- 4) Ādetliiyken hiç duş almam, bitince alırım,
5) Genital bōlgemi her tuvalet sonrası yıkar ve kurularım,
6) Genelde el temizliğime dikkat ederim.
7) Diğer Belirtiniz.....

40. Genital bōlgede (Dıř ūreme organlarında) bir enfeksiyon geçirdiniz mi?

- 1) Hayır 2) Evet Belirtiniz.....

41. Vajinal akıntınız oluyor mu?

- 1) Hayır 2) Evet ise nasıl belirtiniz
a) Az miktarda, Sarı/Beyaz ve kokusuz d) Sarı-Yeřil kōpūklū
b) Beyaz sūt keřiđi řeklinde e) Diđer belirtiniz.....
c) Az miktarda Gri-Beyaz bayat balık kokulu

42. Akıntı řikāyeti ile aşağıdakilerden herhangi biri/birilerini yaşama durumunuz var mı?

- 1) Hayır 2) Evet
a) Kōtū koku c) Dıř ūreme organlarında řiřlik kızarıklık
b) Kaşıntı d) Yanma e) İdrar yaparken yanma

ŪREME SAđLIđINA YōNELİK KİŐİSEL SORULAR

43. Meme gelişiminiz ne zaman başladı?

- 1) 8 yařından ūnce 3) 13 yařından sonra
2) 8-13 yaş arası

44. Meme ile ilgili bir sorunuz oldu mu?

- 1) Hayır
- 2) Evet Belirtiniz.....

45. Üreme Sağlığı ile ilgili olarak bugüne kadar herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

- 1) Hayır
- 2) Evet Nasıl bir sorunla karşılaştın?.....
Sorunun çözümü için nereye başvurdu?.....
Sorunun halen devam ediyor mu?.....

46. Kendi ergenlik döneminizi nasıl değerlendirirsiniz (Fiziksel, psikolojik ve sosyal vb. anlamda). Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- 1) Büyüdüğümü hissettim/hissediyorum,
- 2) Kendimi daha çekici olduğumu düşündüm/ düşünüyorum,
- 3) Sorumluluklarımın arttığını düşünüyorum/ düşündüm,
- 4) Nelerle karşılaşacağımı bilmediğim için korkuyordum/korktum,
- 5) Bedenimdeki değişimlerden utandım/utanıyorum, ürktüm,
- 6) Bedenimdeki değişimler nedeniyle kendimi çirkin hissettim/ hissediyorum,
- 7) Kişilik olarak kendimi daha duygusal hissettim/ hissediyorum.
- 8) Diğer Belirtiniz.....

47. Şimdiye kadar hiç erkek arkadaşınız (flörtünüz) oldu mu?

- 1) Hayır
- 2) Evet

48. Kız erkek arkadaşlığına ailenizin tepkisi nasıldır?

- 1) Kız erkek arkadaşlığını olumlu karşılarlar.
- 2) Başkalarında olumlu bakarlar, bende kabul etmezler.
- 3) Kesinlikle karşıdırlar.

49. Aşağıdaki deneyimlerden herhangi birini yaşadınız mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Öpüşme
- 2) El ele tutuşma
- 3) Sarılma, Okşama
- 5) Hiç yaşamadım
- 6) Diğer Belirtiniz

50. Evlilik size neyi ifade ediyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Cinselliğin rahat, özgürce yaşanması,
- 2) Zorunluluk, geleneklerin dayatması,
- 3) İki kişinin ortak bir hayatı paylaşması,
- 4) Yaşamda önemli bir dönüm noktası,
- 5) Mutluluk, sevgi, aşk,
- 6) Çocuk sahibi olma, bir aile oluşturma,
- 7) Kadının sorumluluklarının artması,
- 8) Erkeğin sorumluluklarının artması,
- 9) Fikrim yok.
- 10) Diğer Belirtiniz

51. Evlilik öncesi cinsel ilişkiyi nasıl yorumlarsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Normaldir, olabilir.
- 2) Geleneklerimize aykırı.
- 3) Dini olarak yanlış.
- 4) Diğer belirtiniz

52. Size göre evli olmadan yaşanan bir cinsel ilişki sonunda, istenmeyen gebelik olduğunda ne yapılmalıdır?

- 1) Kürtaj (isteyerek düşük) yaptırılmalıdır.
- 2) Evlenilmesi gerekir.
- 3) İlişkinin bitirilmesi gerekir.
- 4) Her koşulda gebeliğin devam ettirilmesi gerekir.
- 5) Diğer belirtiniz.....

53. Şimdiye kadar size kötü muamele yapıldıysa hangisinin olduğunu işaretleyiniz. Bunu kim ne zaman yaptıysa karşısına yazınız (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz).

- | | |
|------------|--------------|
| 1) Yapıldı | 2) Yapılmadı |
|------------|--------------|
- a) Dayak,
 - b) Küfür azarlanma,
 - c) İtiştirme, çekiştirme, sıkıştırma,
 - d) Dışlama/ küsme /yoksun bırakma,
 - e) Harçlıktan kesme,
 - f) Cinsel organlarına dokunma,
 - g) Cinsel ilişki,
 - h) Sokakta laf atma.
 - i) Diğer belirtiniz.....

ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDA BİLGİ ALMA DURUMLARI VE BİLGİ KAYNAKLARINA YÖNELİK KİŞİSEL SORULAR

54. Üreme Sağlığı ile ilgili bir bilgi aldınız mı? Cevabınız 'Evet' ise, kimden aldınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1) Evet | 2) Hayır |
| a) Annemden | e) Arkadaşımdan |
| b) Babamdan | f) Akrabalarımın |
| c) Kardeşlerim (Abla/abi) | g) İletişim araçlarından |
| d) Öğretmenimden | h) Sağlık personelinin |
| | i) Diğer Belirtiniz..... |

55. Üreme Sağlığı bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?

- | | |
|---------|----------|
| 1) Evet | 2) Hayır |
|---------|----------|

56. Ailenizle Üreme Sağlığı ile ilgili konuşur/paylaşır mısınız/ kiminle paylaşsınız?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1) Annemle | 5) Yakın arkadaşlarımla |
| 2) Babamla | 6) Hiç paylaşmam |
| 3) Annem ve babamla | 7) Diğer Belirtiniz..... |
| 4) Kardeşlerim, ablam, ağabeyim, kuzenim, yakın akrabam vb. | |

57. Üreme Sağlığıyla ilgili olarak hangi konuları konuşuyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- 1) Üreme organlarının sağlığı ile ilgili,
- 2) Ergenlik dönemi problemleri,
- 3) Ādet dönemi,
- 4) Kızlık zarı/evliliğin ilk gecesi,
- 5) Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla ilgili,
- 6) Kendi bedeni ve cinselliğe ilişkin konular,
- 8) Bu konular hakkında konuşmam.
- 9) Diğer Belirtiniz.....

ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDA BEKLENTİLERİNE YÖNELİK SORULAR

58. Size göre Üreme Sağlığı hizmetleri nerelerde verilmelidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Hastanelerde
- 2) Aile Hekimliğinde
- 3) Okullarda
- 4) Sadece bu tür hizmet veren bağımsız, özel danışma merkezlerinde
- 5) Diğer Belirtiniz.....

59. Size göre Üreme Sağlığı ile ilgili bilgiler, ilk olarak ne zaman verilmeye başlanmalıdır?

- 1) İlkokul düzeyinde
- 2) Ortaokul Düzeyinde
- 3) Lise Düzeyinde
- 4) Üniversite Düzeyinde
- 5) Diğer Belirtiniz.....
- 6) Ortalama yaşlarında

60. Üreme Sağlığı ile ilgili hangi konularda hizmet almak istersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Kadın üreme organları hakkında bilgi (yer, yapı, fonksiyonları)
- 2) Erkek üreme organları hakkında bilgi (yer, yapı, fonksiyonları)
- 3) Kadın ve erkek üreme organlarına yönelik sorunlar/ problemler hakkında bilgi
- 4) Sağlıklı Cinsellik/ Üreme Sağlığına yönelik bilgi
- 5) Cinsellik/ Üreme Sağlığına yönelik danışmanlık merkezleri
- 6) İlk cinsel deneyim
- 7) Evlilik öncesi danışmanlık
- 8) Kızlık zarı
- 9) Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve yaratabileceği sorunlar
- 10) Korunmasız cinsel ilişkinin getireceği sorunlar ve başa çıkma yolları
- 11) Aile Planlaması ve gebelikten korunma yöntemleri
- 12) Gebelik oluşumu
- 13) Kadınlarda âdet oluşumu ve yumurtlama
- 14) Sağlıklı Cinsel Yaşam ve Üreme Sağlığına ilişkin doğru bilgiye ulaşabileceğim yazılı materyal (kitap, dergi, broşür vb.)
- 15) Diğer Belirtiniz.....

KATKILARINIZDAN DOLAYI TEŞEKKÜRLER...

EK - 3 Ön-Test Formu

ANKET FORMU NO:

1. Üreme Sağlığı ne demektir?

.....
.....
.....

2. Aşağıdakilerden hangisi Kadın Dış Üreme Organlarından biri değildir?

- a. Büyük Dudaklar
- b. Bızır (Klitoris)
- c. İdrar Kanalı
- d. Rahim (Uterus)

3. Aşağıdaki resimde numaralandırılmış Kadın İç Üreme Organlarını yazınız.

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....



4. Meme gelişimi ne zaman başlamalı?

- a. 8 yaşından önce
- b. 8-13 yaş arası
- c. 13 yaşından sonra
- d. 16 yaşına kadar

5. Kendi Kendine Meme Muayenesi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a. 18 yaşından sonra ayda bir kez yapılmalı.
- b. 18 yaşından sonra ayda iki kez yapılmalı.
- c. 18 yaşından sonra ara sıra yapılmalı.
- d. 18 yaşından sonra dört yılda bir yapılmalı.

6. Aşağıdakilerden hangisi Meme Kanserinin belirtilerinden biri değildir?

- a. Memenin yapısında ve şeklinde değişme.
- b. Memede portakal kabuğu görünümü.
- c. Memede hissedilen her türlü şişlik.
- d. Meme başında içe gömülme, kızarıklık ve akıntı.

7. İlk âdet (Menarş) kaç yaşında görülmelidir?

- a. 9 yaş öncesinde
- b. 9-16 yaş arasında
- c. 16 yaş sonrasında
- d. Herhangi bir yaş aralığı yok

8. Normal bir âdet düzeni nasıldır ve âdet kanaması kaç gün sürer?

- a. 15 günde bir 1-3 gün sürer.
- b. 28 günde bir 4-7 gün sürer.
- c. 20 günde bir 8-10 gün sürer.
- d. 30 günde bir 10-12 gün sürer.

9. Normal vajinal akıntının özelliği nasıl olmalıdır?

- a. Sarı-Kahverengi az miktarda
- b. Kokusuz renksiz az miktarda
- c. Peynirimsi kıvamda çok miktarda
- d. Sarı-Yeşilimsi bol miktarda

10. Aşağıda bazı cümleler verilmiştir. Bu cümlelerin doğru olduğunu düşünüyorsanız 'doğru' seçeneğini, yanlış olduğunu düşünüyorsanız 'yanlış' seçeneğini, yanıtını bilmiyorsanız bilmiyorum seçeneğini (X) işareti ile işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
Genital bölge (Dış üreme organları) temizliği önden arkaya doğru olmalıdır.			

Genital bölgeyi (Dış üreme organlarını) sadece su ile temizlemek yeterlidir.			
Kullanacağımız iç çamaşırı türümüz pamuklu olmalıdır.			
Kullanacağımız iç çamaşırı rengi beyaz olmalıdır.			
İç çamaşırı değiştirme sıklığımız haftada bir olmalıdır.			
~Adet bir hastalıktır.			
~Adetliyken 3-4 saatte bir pedlerimizi değiştirmeliyiz.			
~Adetliyken duş almamalıyız.			
~Adetliyken ağrımız varsa karnımızı ve ayaklarımızı sıcak tutup-masaj yapabiliriz.			
~Adetliyken ağrımız varsa annemizin verdiği ağrı kesicilerden içebiliriz.			
Bol köpüklü, yeşilimsi kötü kokulu akıntı enfeksiyon belirtisidir.			

11. Aşağıdakilerden hangisi kadınların aylık âdet düzeninde gebe kalma olasılığının en fazla olduğu dönemdir?

- a. ~Adet kanaması biter bitmez.
- b. ~Adet görülen günler içinde.
- c. ~Adet ortası, yumurtlama döneminde.
- d. Beklenen âdetten bir hafta önce.

12. Sağlıklı bir gebelik için, en uygun yaş aralığı aşağıdakilerden hangisidir?

- a. 10-15 yaş
- b. 15-20 yaş
- c. 20-30 yaş
- d. 20-34 yaş

13. Döllenmeden sonra yumurtanın yerleştiği ve gebelik süresince bebeğin büyüüp geliştiği üreme organı aşağıdakilerden hangisidir?

- a. Tubalar (Yumurta kanalları)
- b. Overler (Yumurtalıklar)
- c. Uterus (Rahim)
- d. Vajina (Hazne)

14. Normal bir gebelik süresi kaç haftadır?

- a. 20 hafta
- b. 25 hafta
- c. 30 hafta
- d. 40 hafta

15. ‘Ailelerin ana ve çocuk sağlığı açısından sorun oluşturmayacak şekilde istedikleri zaman, bakabilecekleri ve sevebilecekleri sayıda çocuğa sahip olmalarını ve çocuğu olmayanların ise çocuk sahibi olmaları için yardım alabilmelerini sağlama’ ifadesi aşağıdakilerden hangisini tanımlamaktadır?

- a. Doğurganlığın artırılması
- b. Doğurganlığın düzenlenmesi
- c. Aile planlaması
- d. Aile düzenlemesi

16. Kadınların kullandığı gebelikten korunma yöntemleri hangileridir?

.....
.....
.....

17. Erkeklerin kullandığı gebeliği önleme yöntemleri hangileridir?

.....
.....

18. Aşağıda bazı cümleler verilmiştir. Bu cümlelerin doğru olduğunu düşünüyorsanız 'doğru' seçeneğini, yanlış olduğunu düşünüyorsanız 'yanlış' seçeneğini, yanıtını bilmiyorsanız bilmiyorum seçeneğini (X) işareti ile işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
Hormonal haplar kadının yumurtalıklarından yumurta hücrelerinin gelişip atılmasını engeller.			
Rahim içi araç hem kadın hem erkek tarafından kullanılabilir.			
Kondom (prezervatif) hem Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkları hem de gebeliği önler.			
Hormonal haplar bırakıldığında gebe kalına bilinir.			
Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmasına gerek yoktur.			
Hormonal haplar her gün düzenli olarak alındığı takdirde gebelikten korur.			
Hormonal haplar rahim ve yumurtalık kanserine karşı koruyucudur.			
Rahim içi araç Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara karşı korumaz.			
Rahim içi araç uygulamasını takip eden ilk aylarda kasık ağrısı, lekelenme ve âdet miktarında artma veya âdet süresinde uzama olabilir.			
Hormonal haplar kadının âdet kanamaları sırasında kanamasını arttırabilir.			
Deri altı kapsülleri erkekler tarafından kullanılan gebeliği önleyici yöntemlerden biridir.			
Hormonal iğneler baş ağrısı, baş dönmesi, göğüslerde hassasiyet ve kilo artışına neden olabilir.			
Rahim içi araç uygulamasını eğitilen kadınlar kendi kendilerine uygulayabilirler.			

Diyaframı eğitilen kadınlar kendi kendilerine uygulaya bilirler.			
Kadının tubaları bağlansa bile kadının bir daha çocuğu olabilir.			
Kadında tubaların bağlanması kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.			
Korunmasız cinsel ilişki sonrasında ertesi gün hapı ilk 72 saat içinde alınmalıdır.			
Kadında tubaların bağlanması yöntemi ileri yaşta ve başka çocuk istemeyen kadınlarda uygun bir yöntem olabilir.			

19. Aşağıdakilerden hangisi Vazektomi (erkekte sperm kanallarının bağlanması) ile ilgili özelliklerden biri değildir?

- a. Kolay bir ameliyatla, erkeğin kadını gebe bırakması ömür boyu kesin bir şekilde engellenir.
- b. Koruyuculuk hemen başlar.
- c. Kalıcıdır, geri dönüşü zordur ve pahalıdır.
- d. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korumaz.

20. Acil Kontrasepsiyonun (Ertesi gün hapı) doğru kullanımı ile ilgili özelliklerden biri değildir?

- a. Korunmasız cinsel ilişkide
- b. Aile planlaması kullanımında hata olduğu durumlarda
- c. Tecavüze uğrayanlarda
- d. Her cinsel ilişkide

21. Bildiğiniz Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların isimlerini yazınız.

.....

.....

.....

22. Aşağıda bazı cümleler verilmiştir. Bu cümlelerin doğru olduğunu düşünüyorsanız 'doğru' seçeneğini, yanlış olduğunu düşünüyorsanız 'yanlış' seçeneğini, yanıtını bilmiyorsanız bilmiyorum seçeneğini (X) işareti ile işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
Tek eşlilik Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmada en önemli yollardan biridir.			
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar cinsel ilişki sırasında erkekten kadına bulaşır.			
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar cinsel ilişki sırasında kadından erkeğe bulaşır.			
Erkek ve kadın cinsel ilişki sırasında birbirlerine bulaştırabilirler.			
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar sadece seks işçilerinden ve bu kadınlarla ilişkiye giren erkeklerde bulunur.			
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar çoğu zaman toplumda belirti vermeden sessiz ve hızla yayılırlar.			
Cinsel yolla bulaş yolları; korunmasız cinsel ilişki, anneden bebeğe geçiş ve kontrol edilmemiş kan ve kan ürünleridir.			
Manikür, pedikür aletleri ve jilet gibi eşyaları ortak kullananlar Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar açısından riskli değildir.			
Birden çok kişiyle, korunmasız cinsel ilişkiye girenler Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar açısından risklidir.			
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların tedavisinde eşlerin birlikte tedavi görmesine gerek yoktur. Hastalıklı eşin tedavi görmesi yeterlidir.			
Güvenli cinsellik için eşine sadık kalınmalıdır.			

Tedavi edilmeyen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar kadında düşüğe ve dış gebeliğe neden olabilir.			
Tedavi edilmeyen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar kadında kısırlığa neden olur ama erkekte kısırlığa neden olmaz.			

23. Cinsel ilişki sırasında gebelikten, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak konusunda kim sorumlu olmalıdır?

- a. Erkek sorumludur.
- b. Kadın sorumludur.
- c. Her ikisi de sorumludur.
- d. Her ikisi de sorumlu değildir.

24. Aşağıdakilerden hangisi kadınlarda Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda görülen ortak belirtilerden biri değildir?

- a. Bulantı-kusma.
- b. İdrar yaparken yanma.
- c. Cinsel ilişki sırasında ağrı.
- d. Genital bölgede kızarıklık.

25. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a. Bir önlem almaya gerek yok, hastalığa yakalanınca tedavi olunur.
- b. Cinsel ilişkide kondom kullanılmalı ve tek eşli olunmalıdır.
- c. Rahim içi araç Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara karşı koruyucudur.
- d. Antibiyotikler Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korur.

26. Aşağıdakilerden hangisi aşıyla önlenebilen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardandır?

- a. AIDS
- b. Sifiliz
- c. Gonore
- d. Hepatit B

27. Aşağıda bazı cümleler verilmiştir. Bu cümlelerin doğru olduğunu düşünüyorsanız 'doğru' seçeneğini, yanlış olduğunu düşünüyorsanız 'yanlış' seçeneğini, yanıtını bilmiyorsanız bilmiyorum seçeneğini (X) işareti ile işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
Kadın ve erkek 17 yaşını doldurmadan evlenemez.			
Dini nikâhın tek başına hiçbir geçerliliği yoktur. Ayrıca resmi nikâh yapılmadan yapılması suçtur.			
Evliliğin birliğinin giderlerini eşler birlikte karşılamak durumundadır.			
18 yaşına gelmemiş bile olsa kadının istemediği bir kişiye hayır diyebilme hakkı vardır, kimse zorla evlendiremez.			
Kadın bir işe girerken eşinin iznini almalıdır.			
Oturulacak konuta ilişkin kullanma ve yararlanma hakkını etkileyen her türlü kanuni işlemlerde eşler birlikte karar vermelidir.			
Kadınlar istediği erkekle evlenme hakkına sahip değildir, aile büyüklerinin kararı geçerlidir.			
Başlık parasının kanunlar önünde geçerlidir.			
Kadın zorla evlendirildiğinde şikâyet ettiği takdirde evliliği iptal edilir.			

28. Şiddet ne demektir?

.....

.....

.....

29. Aşağıdaki eylemlerden hangileri Cinsel Şiddet eylemidir?

- Elle, gözle ve sözle yapılan taciz (sarkıntılık)
- Bir birliktelikte taraflardan biri istemeden cinsel ilişkiye zorlama

c. Cinsel ilişki sırasında dayak ve/veya tartaklama

d. Hepsi

30. Cinsel İstismar nedir?

.....

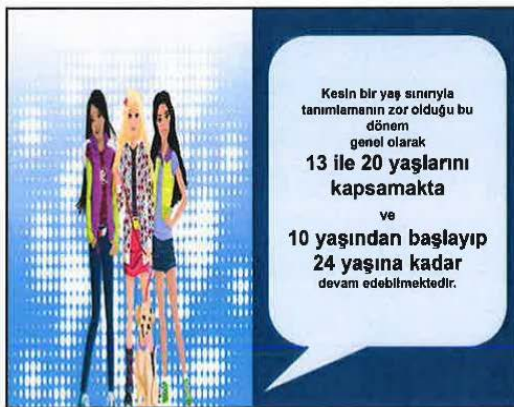
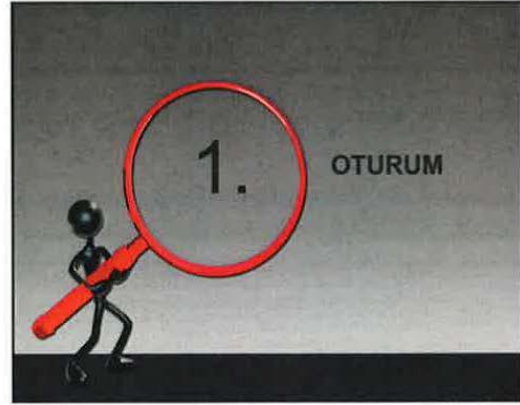
.....

.....

TEŞEKKÜRLER....



EK - 4 Gençlerde Üreme Sağlığı Eğitim Sunumu



Adölesan dönemde gerçekleşen fiziksel, cinsel, psikososyal büyüme ve gelişimde olan sorunların adölesan dönem sağlığını ve daha sonraki yaşamını etkilediği bilinmektedir.

Özellikle Adölesan üreme sağlığı sorunları gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tüm ülkelerde oldukça yaygın sağlık sorunları arasında yer almakta olup...

Bu dönem KIZ ADÖLESANLAR yani SİZLER için ise; DAHA FAZLA RİSK söz konusu olabilmektedir.

KENDİMİZİ TANIYALIM!!

DIŞ ÜREME ORGANLARI

Büyük Dudaklar

- ❖ Küçük dudakları, idrar deliğini ve vajina açıklığını koruyan iki deri kıvrımıdır.
- ❖ Ergenlikten sonra üzeri kıllarla kaplanır.

Küçük Dudaklar

- ❖ Küçük dudaklar, büyük dudakların iç kısmında uzanan ince iki deri kıvrımıdır.

Bızır (Klitoris)

- ❖ Kadının cinsellikten haz almasını sağlayan organdır.

DIŞ ÜREME ORGANLARI

Kızlık Zarı (Hymen):

- ❖ Vajina açıklığını kısmen örten, şekli kadından kadına değişiklik gösteren ince ve esnek bir yapıdır.
- ❖ Üzerinde adet kanının dışarı akmasını sağlayan küçük delikler bulunur.
- ❖ Genellikle ilk vajinal ilişkiyle gerilerek sınırlı. Bu sırada sızıntı şeklinde kanama olabilir.

TIPIK KIZLIK ZARLARI

ATİPİK KIZLIK ZARLARI

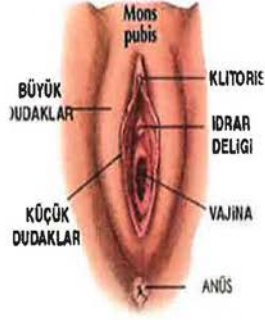
DIŞ ÜREME ORGANLARI

İdrar Kanalı (Üretra)

- ❖ Kadınlar idrarlarını erkekler gibi cinsel organlarından değil ayrı bir kanaldan yaparlar.

Makat (Anüs)

- ❖ Dışkılama işlevini gerçekleştirir.



İÇ ÜREME ORGANLARI

Hazne (Vajina)

- ❖ Cinsel ilişkinin gerçekleştiği,
- ❖ Adet kanını dışarı aktığı,
- ❖ Doğum sırasında bebeğin geçtiği organdır.

Rahim (Uterus)

- ❖ Her ay gebelik için hazırlanır
- ❖ Gebelik oluşmadığında iç yüzeyi soyularak adet kanı şeklinde dışarı atılır
- ❖ Gebelik oluştuğunda da bebek burada gelişir.



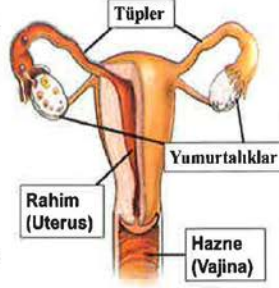
İÇ ÜREME ORGANLARI

Tüpler (Tuba Uterina)

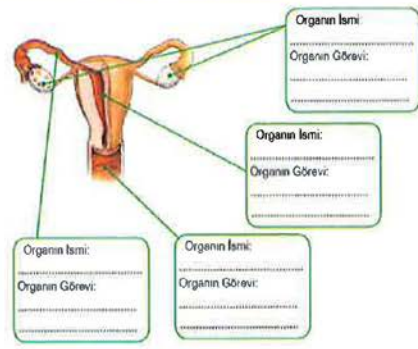
- ❖ Yumurtalıklardan çıkan yumurta hücrelerini yakalayıp rahmin içine doğru hareket etmesini sağlar.
- ❖ Erkek tohum hücresi kadının yumurta hücresini tüplerde döller.
- ❖ Döllenmiş yumurta, tüplerin hareketi ile rahme ulaşır.

Yumurtalıklar (Overler)

- ❖ Rahmin sağında ve solunda yerleşmiş badem büyüklüğünde iki adet organdır.
- ❖ Kadınlık hormonlarını ve kadın üreme hücresi olan yumurtayı üretirler.



Haydi Hatırlayalım!!



Kız çocukları, ortalama olarak 13 yaşlarından itibaren bazı değişimler geçirir.

- ❖ Boyda uzama,
- ❖ Vücudun belli bölgelerinde kilo alma,
- ❖ Tüylenme,
- ❖ Memelerin büyüme gibi.

Bu değişimler, vücudun üremeye hazır hale gelmesinin belirtileridir.

- ❖ 8-13 yaşlar arasında meme gelişimi başlar.
- ❖ 11 yaşta genital organda, 14 yaşta koltuk altında kıllar çıkmaya başlar.
- ❖ 9-16 yaşlar arasında ilk vajinal kanama (menarş) ilk adet başlar.

Aksi durumda bir jinekoloğa başvurulmalıdır

İLK ADET GÖRME (MENARŞ)

- İlk adet görme menarş, kız çocuklarının puberte gelişimi sırasında üreme çağına geçişin bir işareti olarak kabul edilir.
- Genel olarak 9-16 YAŞ arasında görülmeye başlanır.
- Bizim ülkemizde ortalama **MENARŞ YAŞI 12-13** yaş olarak kabul edilmiştir.

**Adet doğaldır!!!
Hastalık değildir!!!**



ADET GÖRME

Hormonlar, her ay rahmin iç tabakasını kalınlaştırıp yumuşatırlar. Böylece rahim, bebeğin yerleşip gelişmesi için hazır hâle gelir. Bir yandan da yumurtalık, doğuştan bulunan binlerce yumurta hücresinden bir tanesini büyütür. Yumurta hücresi yeterince olgunlaşınca yumurtalığın dışına atılır.



ADET GÖRME

Atılan yumurta hücresi tüp tarafından tutulur. Eğer gönderilen yumurta hücresi erkek tohum hücresi ile birleşip bir gebelik oluşmazsa rahmin iç tabakasının hazırlıkları boşa gider ve bu hazırlananlar dışarı atılır. Bu olaya adet görme-regli-renkli olma-aybaşı-ay hali-hastalanma denir.



Bir âdetin başlangıcından bir sonraki âdetin başlangıcına kadar geçen süreye **ÂDET DÖNEMİ** denir.

Bu süre ortalama olarak **28 gündür.** Ancak **21 ile 35 gün arasında** değişebilir. Kanama **4-7 gün** sürebilir, ortalama **1 çay bardağı** kadardır.



Eğer;

- ❖ Fazla miktarda ve uzamış adet kanamaları var ise,
- ❖ Normalden az miktarda adet kanaman var ise,
- ❖ Adet dışında kanama 21 günden sık aralarla adet görüyorsan,
- ❖ 35 günden uzun aralarla adet görüyorsan....

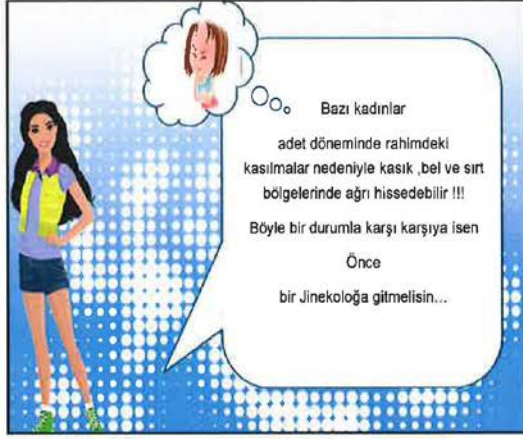
Bir jinekoloğa görünmelisin!!!



Âdet döneminde dikkat edilmesi gereken hususlar

- ❖ Dış üreme organlarınızın, iç çamaşırlarınızın ve kullandığınız pedlerin temiz olması gerekir.
- ❖ Tek kullanımlık pedler kullanmalısınız.
- ❖ Pedler 3-4 saatte değiştirmelisiniz.
- ❖ Pedleri değiştirmeden önce ve sonrasında ellerinizi yıkamalısınız.
- ❖ Âdetli dönemde banyo yapabilirsiniz.





Bazı kadınlar adet döneminde rahimdeki kasılmalar nedeniyle kasık ,bel ve sırt bölgelerinde ağrı hissedebilir !!!

Böyle bir durumla karşı karşıya isen

Önce bir Jinekoloğa gitmelisin...

Ağrı hafifletmek için...

- ✓ Adet görmenin doğal ve sağlıklı bir durum olduğunu kabul etmelisin
- ✓ Karn bölgesini ve ayaklarını sıcak tutup - masaj yapabilirsin
- ✓ Gevşek ve rahat kıyafetler giymelisin
- ✓ Düzenli spor yapmalısın mesela yürüyüş yapabilirsin

Ağrı hafifletmek için...

- ✓ Bol miktarda su içmelisin
- ✓ Beslenme dikkat etmelisin özellikle et, yumurta, kurubaklagil ve sütü unutmama! Çay, kahve ve asitli içecekleri azalt
- ✓ Yan yatıp dizlerini karnına çekip ya da yüzükoyun dinlenebilirsin....

Doktor önerisi olmadan ilaç kullanma!!!


Adet dönemi dışında vajinadan gelen ve normal kabul edilen akıntılar!

- ◆ Yumurtlama dönemi öncesinde ve sonrasında az miktarda açık sarı veya beyaz -gri renkli, iç çamaşırdı iz bırakan, yapışkan ve kokusuz akıntı...
- ◆ Yumurtlama döneminde su gibi akıcı, berrak, saydam ve uzama eğilimi gösteren, ıslaklık ve kayganlık hissi veren, kokusuz akıntı...

Eğer....

- ❖ Grimsi, beyaz, homojen ve balık kokusuna benzer bir akıntı,
- ❖ Beyaz, süt kesliğine benzer peynirimsi bir akıntı,
- ❖ Bol aşırı köpüklü, yeşilimsi, kötü kokulu akıntı,
- ❖ Sarı, prulan bol akıntı,
- ❖ Kaşıntı da söz konusu ise;

ENFEKSİYON BELİRTİSİDİR.



Bir sağlık kuruluşuna başvurmalısın!!!

Enfeksiyondan Nasıl Mı Korunacağız? Üreme Organlarını Temiz Tutarak...

Nasıl mı?





- ✓ Dış üreme organları temizliği önden-arkaya doğru yapılmalıdır.
- ✓ Dış üreme organları suyla temizlendikten sonra önden arkaya doğru tuvalet kağıdıyla kurulmalıdır.
- ✓ Dış üreme organlarının olduğu bölgeye pudra, sprey, deodorant ve parfüm kullanılmamalıdır.
- ✓ İç çamaşırların beyaz, pamuklu ve sana özel olmalıdır.



- ✓ İç çamaşırlarını düzenli olarak yıkanmalı, kaynatılmalı, ütülenmeli ve her gün değiştirilmelidir.
- ✓ Koltuk altı ve kasık bölgesindeki kıllarını temizlemelidir.
- ✓ Tuvalet temizliğinin öncesi ve sonrasında ellerini yıkanmalıdır.
- ✓ Dış üreme organlarında çizik ve sıyrıklar olabileceği için tırnakların kısa olmalıdır.
- ✓ Adet döneminde de hijyene dikkat edilmelidir....



- ❖ Meme gelişimi 8-13 yaşlar arasında başlamaktadır.
- ❖ Kızların çoğunda ergenlik göğüslerin büyümesi ile başlar ve meme uçlarının birisinin veya her ikisinin üzerinde küçük ve hassas bir kabarıklık meydana gelmesi ile fark edilir. Bu kabarıklık birkaç yıl içinde giderek büyüyecektir.
- ❖ Başlangıçta bir göğüs diğerinden daha büyük olabilir ve bu durum bazen göğüsler son şeklini alıncaya kadar sürebilir.



En geç 13 yaşına kadar meme gelişimi olmamışsa bir jinekoloğa görünmeli....


Ergenlik döneminde meme gelişim aşamaları aşağıda şematize edilmiştir.




- ❖ Kadınlarda en sık görülen kanser tipi **MEME KANSERİ'** dir.
- ❖ Ancak erken tanı ve tedavi hayat kurtarır.
- ❖ 18 yaşından sonra her kadın ayda bir kez adetini bitirdiği ilk hafta içinde tercihen banyo sırasında cilt kaygan ve nemliken Kendi Kendine Meme Muayenesi yapmalıdır.
- ❖ 50 yaşından sonra 2 yılda bir meme filmi (mamografi) çekilmelidir.

Meme kanserinin belirtileri


- Memenin yapısında ve şeklinde değişme
- Meme derisinde girintiler
- Memede portakal kabuğu görünümü
- Meme başında içe gömülme, kızarıklık ve akıntı
- Meme üzerindeki damarlarda belirginleşme,
- Koltuk altında şişlik



Her iki meme aynı büyüklükte değildir.

Endişelenmeden jinekoloğa görünmek gerekir.

Memede hissedilen her sertlik, şişlik, değişiklik kanser değildir.




KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ



Ayda üç defa Sdk kanserini yakaladık diye korkmayın!

2. OTURUM



Üreme Sağlığı;

İnsanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine ve bunun ne zaman ve nasıl olması gerektiğine karar verme özgürlüğüne sahip olmasıdır.



• Kadın ,ergenlik döneminden menopoz dönemine kadar düzenli olarak ayda bir defa yumurtlar.

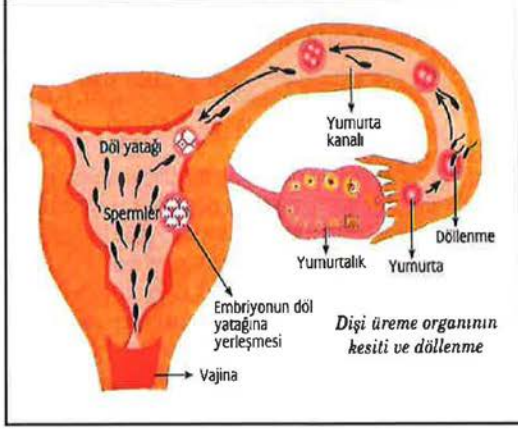
• Her ay hormonların etkisiyle rahmin iç yüzeyi kalınlaşarak gebelik için hazırlanır.

• Cinsel ilişki **kadının yumurtlama döneminde** gerçekleşirse, tüpteki yumurta erkek üreme hücresi sperm tarafından döllenir.

• Döllenmiş yumurta tüpte ilerleyerek rahmin hazırladığı tabakaya yerleşir ve gelişmeye başlar. Artık gebelik oluşmuştur.

• Bebekle birlikte su kesesi ve eş (plasenta) gelişmeye başlar.





HORMONAL HAPLAR

Yöntemin özellikleri

- Doğru kullanıldığında %99,9 etkilidir.
- Bırakıldığında tekrar gebe kalınabilir.
- Rahim ve yumurtalık kanserlerine karşı koruyucudur.
- Âdet ağrısını ve kansızlığı azaltır.

HORMONAL HAPLAR

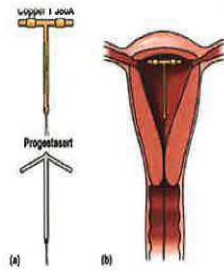
Yöntemin özellikleri

- Geçici olarak ilk 3 ayda bulantı, kilo artışı, baş ağrısı, âdet kanaması miktarında azalma, ara kanamalar ve lekelenme görülebilir.
- Anne sütünün kalitesinin bozar ve miktarını azaltır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz.

RAHİM İÇİ ARAÇ (RİA, ALET, SİRAL)

Nedir?-Rahim içine yerleştirilen küçük, plastik bir araçtır. Bakır ve hormon içeren tipleri vardır.

Nasıl Korur?-Erkek tohum hücresinin kadın yumurta hücresi ile birleşmesini engeller. Hormon içerenler, rahim ağzındaki salgıyı kalınlaştırarak spermelerin rahime geçişini engeller.



RAHİM İÇİ ARAÇ (RİA, Alet, Spiral)

Yöntemin Özellikleri

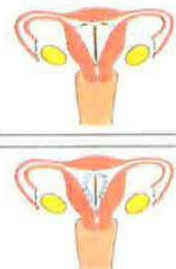
- %98 etkilidir. Uzun süre gebelikten korur.
- Bakırlı olanlar 5-10 yıl korur. Bir kere uygulanınca gebelikten korunmak için başka bir şey gerektirmez.
- Çıkarıldığında hemen gebe kalınabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.



RAHİM İÇİ ARAÇ (RİA, Alet, Spiral)

Yöntemin Özellikleri

- Mutlaka bir sağlık kuruluşunda uygulanması gereklidir.
- Uygulamayı takip eden ilk aylarda kasık ağrısı, lekelenme ve adet miktarında artma veya âdet süresinde uzama olabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz.



HORMONAL İĞNELER

Nedir?-Düzenli olarak ayda bir kez iğne şeklinde uygulanır ve kadınlık hormonlarını içerir.

Nasıl Korur?-Kadının yumurtlamasını engeller. Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahiminin içine geçmesini önler.



HORMONAL İĞNELER



Yöntemin Özellikleri

- Doğru uygulandığında %99 etkilidir.
- Kullanımı gizli kalabilir.
- Âdet düzeninde 3 aylık iğnelere göre daha az değişiklik yapar.
- İlk aylarda ara kanaması yapabilir.

HORMONAL İĞNELER

Yöntemin Özellikleri

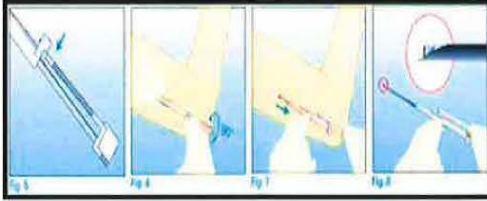
- Baş ağrısı, baş dönmesi, göğüslerde hassasiyet ve kilo artışına neden olabilir.
- Anne sütünün miktarını azaltıp, kalitesini bozabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz.



DERİ ALTI KAPSÜLLERİ (İMLANT)

Nedir?-Hormon salgılayan 4 cm uzunluğunda, 0,2 cm çapında, çubuk şeklinde, deri altına yerleştirilen ve 3 yıl süre ile koruyan tek çubuklu bir doğum kontrol yöntemidir.

Nasıl Korur?-Kadının yumurtlamasını engeller.



DERİ ALTI KAPSÜLLERİ (İMLANON)

Yöntemin Özellikleri

- Doğru uygulandığında %99,9 etkilidir.
- Günlük kullanım gerektirmez.
- 3 yıl korur.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- Yöntem bırakıldığında yumurtlama hızla geri döner.



DERİ ALTI KAPSÜLLERİ (İMLANON)

Yöntemin Özellikleri

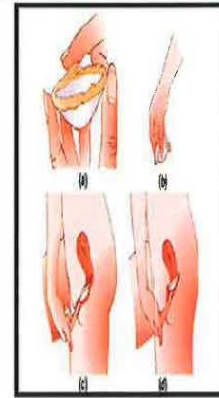
- Eğitilmiş personel gerekir.
- Küçük bir cerrahi işlem gerektirir.
- Derinin altında fark edilebilir.
- Kullanıcı yöntemi kendi kendine bırakamaz.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz.



BARİYER YÖNTEMLERLERDE N DİYAFRAM

Nedir?- İnce kauçuktan ya da silikondan yapılmış kubbe biçiminde, rahmin ağzını örten şapka şeklinde bir araçtır.

Nasıl Korur?-Erkek tohum hücrelerinin haznedan rahminin içine geçmesini engeller.



BARİYER YÖNTEMLERLERDEN DİYAFRAM

Yöntemin Özellikleri

- Doğru kullanıldığında %94 etkilidir.
- Uygulaması konusunda eğitilen kadınlar, kendi kendilerine uygulayabilirler.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı kısmen koruyucudur.
- Sadece cinsel ilişki sırasında kullanılması gerekir. 6 saat öncesinden yerleştirilebileceği için ilişkiyi kesintiye uğratmaz.



BARİYER YÖNTEMLERLERDEN DİYAFRAM

Yöntemin Özellikleri

- Emziren kadınlarda da kullanılabilir.
- Koruma etkisi RİA, hap, iğne, implant gibi modern yöntemlerden daha düşüktür.
- Önceden yerleştirilmediğinde cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Kadının parmaklarını haznesine sokması gerekir.



KADIN İÇİN BARİYER YÖNTEMLERDEN FİTİL, KÖPÜK, TABLET VE DİĞER SPERM ÖLDÜRÜCÜLER



Nedir?-Hazneye konularak uygulanan fitil, köpük ve tabletlerdir.

Nasıl Korur?-Erkek tohum hücrelerini hazne içinde öldürerek gebeliği önler.

KADIN İÇİN BARİYER YÖNTEMLERDEN FİTİL, KÖPÜK, TABLET VE DİĞER SPERM ÖLDÜRÜCÜLER



Yöntemin Özellikleri

- Doğru kullanıldığında %94 etkilidir.
- Kadın kendi kendine uygulayabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı kısmen koruyucudur.
- Önceden uygulandığında (en çok 1 saat) ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- Haznenin kayganlığını artırır.

KADIN İÇİN BARİYER YÖNTEMLERDEN FİTİL, KÖPÜK, TABLET VE DİĞER SPERM ÖLDÜRÜCÜLER



Yöntemin Özellikleri

- Emziren kadınlarda da kullanılabilir.
- Koruma etkisi RİA, hap, iğne, implant gibi modern yöntemlerden daha düşüktür.
- Önceden yerleştirilmediği takdirde cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Kadının parmaklarını haznesine sokması gerekir.
- Sıcak havada eriyebilir.

KADIN İÇİN BARİYER YÖNTEMLERDEN KADIN KONDOMU

Nedir?-İki değişik boyda halkası olan poliüretan bir kılıftır.

Nasıl Korur?-Erkek tohum hücrelerinin rahme geçmesini önleyerek korur.



Kadın kondomu

KADIN İÇİN BARIYER YÖNTEMLERDEN KADIN KONDUMU

Yöntemin Özellikleri

- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur.
- Kadın kendi kendine uygulayabilir.
- Emziren kadınlarda da kullanılabilir.
- Latex alerjisi olanlar da kullanılabilir.
- Âdetli dönemde de kullanılabilir.
- Doğru yerleştirme deneyim gerektirir.
- Fiyatı, erkek kondomuna göre daha pahalıdır.



Acil Kontrasepsiyon (ERTESİ GÜN HAPI)

Nedir?-Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde gebeliğin oluşmasını önlemek amacıyla kullanılır.

Nasıl Korur?-Yumurtlamayı geciktirerek, tüp hareketlerini azaltarak ve rahmin iç tabakasını etkileyerek döllenmiş yumurtanın rahim içine yerleşmesine engel olur.

ACIL KONTRASEPSİYON (ERTESİ GÜN HAPI)

Yöntemin Özellikleri

- İlk 72 saat içindeki uygulamada, iki saat içinde kusma olmaması durumunda %99 korur.
- Aile planlaması yöntemi kullanım hatalarında,
- Korunmasız cinsel ilişkide,
- Tecavüze uğrayanlarda, gebeliğin önlenmesi için kullanılır.

TÜPLERİN BAĞLANMASI (TÜP LİGASYONU)

Nedir?-Kadında yumurtayı taşıyan tüplerin ameliyatla bağlanmasıdır. Uygulandıktan sonra artık gebe kalmaz.

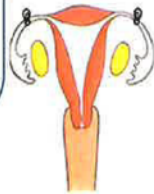
Nasıl Korur?-Tüplerin kapatılmasıyla kadınlarda yumurtalıktan atılan yumurta hücrelerinin erkek tohum hücresi ile birleşmesi engellendiği için döllenme olmaz.



TÜPLERİN BAĞLANMASI (TÜP LİGASYONU)

Yöntemin Özellikleri

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



TÜPLERİN BAĞLANMASI (TÜP LİGASYONU)

Yöntemin Özellikleri

- Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.
- Uygulanması için ameliyathane ve uzman gerektirir
- Kadında tüplerin bağlanması yöntemi ileri yaşta ve başka çocuk istemeyen kadınlarda uygun bir yöntem olabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir.



Erkeğe yönelik aile planlaması yöntemleri

- ❖ Erkek Kondomu
- ❖ Sperm Kanallarının Bağlanması (Vazektomi)

Erkek Kondomu (Prezervatif)

Nedir?
Erkekler tarafından kullanılan, bir çeşit kauçuktan yapılmış, çok ince ve esnek bir kılıftır.

Nasıl Korur?
Cinsel ilişki sırasında erkekten atılan meni içerisindeki erkek tohum hücrelerinin, kadının haznesine dökülmesini engelleyerek gebelikten korur.

Yöntemin Özellikleri

- Doğru kullanıldığında %97 etkilidir.
- Eşleri, cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıklardan (AIDS, frengi, bel soğukluğu gibi) korur.
- Erkeklerin aile planlamasına katılımını sağlar.
- Kullanmak için muayeneye gerek olmayıp reçetesiz olarak eczane ve büyük alışveriş merkezlerinde kolayca satın alınabilir.

Yöntemin Özellikleri

- Sağlığa hiçbir zararı yoktur, her yaşta erkek kullanabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirebilir.
- Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerekir.
- Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır.

SPERM KANALLARININ BAĞLANMASI (VAZEKTOMİ)

Nedir?
Erkeğin tohum kanallarının ameliyatla bağlanmasıdır. Uygulandıktan sonra erkek artık gebe bırakamaz.

Nasıl Korur?
• Erkeklerde hayalarda oluşan erkek tohum hücreleri, tohum kanalları bağlanıp kesildiği için, cinsel ilişki sırasında boşalan sıvıya (meniye) geçemez ve kadının yumurtasını döleyemez.

SPERM KANALLARININ BAĞLANMASI (VAZEKTOMİ)

Yöntemin Özellikleri

- Yaklaşık %100 etkilidir. Gebe bırakma olasılığı yok denecek kadar azdır.
- Kolay bir ameliyatla, erkeğin kadını gebe bırakması ömür boyu kesin bir şekilde engellenir.

SPERM KANALLARININ BAĞLANMASI (VAZEKTOMİ)

Yöntemin Özellikleri

- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.
- Koruyuculuğun başlaması hemen olmaz, zaman alır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumaz



Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar;

- ❖ Kondom kullanılmayan cinsel ilişkiyle,
- ❖ kan/kan ürünleriyle ve
- ❖ anneden çocuğa bulaşabilen, başta cinsel organlar olmak üzere diğer organları da etkileyebilen,
- ❖ çoğu vakada belirti göstermeden seyredilen hastalıklar grubudur.



Bugün için 40' dan fazla cinsel yolla bulaşan hastalık bilinmektedir.

En sık görülenler

- Kandidiazis,
- Trikomonas vaginalis,
- Bakteriyeel vaginosis,
- Klamidiya,
- Bel soğukluğu (Gonore),
- Frengi (Sifiliz),
- **Hepatit B-C sarılığı,**
- **HIV/AIDS,**
- Yumuşak çıban (yumuşak şankır),
- Cinsel organ sigilleri,
- Cinsel organ uçluğu,
- Bitlenme ve uyuz.



Unutmayın!

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Çoğu Zaman Toplumda Belirti Vermeden Sessiz Ve Hızla Yayılırlar.



Cinsel aktivite içerisinde olan ve korunmasız cinsel ilişkide bulunan herkes cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı risk altındadır.



ANNEDEN BEBEĞE GEÇİŞ

- ❖ GEBELİKTE,
- ❖ DOĞUMDA,
- ❖ DOĞUMDAN SONRA EMZİRME İLE BULAŞ SÖZ KONUSUDUR...



Kontrol edilmemiş kan ya da kan ürünleri

- Kan ve ürünleri ile doğrudan temas, kan nakli yaptırnanlar,
- Mikropsuz hâle getirilmemiş kulak delme, dövme, akupunktur, sünet, manikür, pedikür aletlerinden,
- Ortak kullanılan diş fırçasından, jilet ve traş bıçağı, enjektörlerden ,
- Mikropsuzlaştırılmamış tıbbi aletlerle tedavi yapılması (diş tedavisi vb.)durumunda,
- Damar içi uyuşturucu kullananların enjektörlerinden bulaş söz konusudur...



BELİRTİLERİ

- İdrar yaparken yanma, ağrı, sık sık idrara çıkma,
- Yaralar, kızartılar, sigiller ve içi su dolu kabarcıklar
- Kötü kokulu, renkli akıntı ,
- Kaşıntı,



BELİRTİLERİ

- Kasık lenf bezlerinde şişkinlikler ve bezeler,
- Karnın alt bölümünde veya kasıklarda ağrı ve duyarlılık,
- Cinsel ilişki sırasında acı duyma, ilişki sonrası kanama,
- Nedeni bilinmeyen düşüklükler, sık ölü doğumlar.



UNUTMAYIN!
BU BELİRTİLERDEN BİR
VEYA BİRKAÇINI
GÖRDÜĞÜNÜZDE
MUTLAKA SAĞLIK
KURULUŞUNA
BAŞVURUN.



Erken tanı çok önemlidir.

TEDAVİ EDİLMEDİĞİ TAKİRDE;

- ❖ - Kadın veya erkekte kısırlık,
- ❖ - Düşük, dış gebelik,
- ❖ - Yenidoğan bebeklerde görülen bazı enfeksiyonlar, sakatlıklar ve ölüm,
- ❖ - Rahim ağzı kanserleri,
- ❖ - Sosyal sorunlar (boşanma, ekonomik yük gibi) ortaya çıkabilir.

Hastanın tedavisi eşyle birlikte yapılmalıdır.

GÜVENLİ CİNSELLİK İÇİN;
GÜVENSİZ CİNSEL İLİŞKİDEN
KAÇINMALI
EŞE SADIK KALINMALI.
HER TÜR CİNSEL İLİŞKİDE
KONDOM KULLANILMALI







KADINA YÖNELİK ŞİDDET.

cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır.

Aile İçi ŞİDDET.

- Kişinin eşine çocuklarına, anne-babasına, kardeşlerine ve yakın akrabasına uyguladığı her türlü saldırgan davranıştır. Kaba kuvvet, tehdit, aşağılama, maddi özgürlüğünü kısıtlama.....



CİNSEL ŞİDDET:

Evliliği kişi bile olsa kadını istemediği yerde, zamanda ve biçimde cinsel ilişkiye zorlamak, başkalarıyla cinsel ilişkiye zorlamak, cinsel organlarına zarar vermek çocuk doğurmaya ve doğuramaya, kürtaja, enseste, fuhuşa zorlamak, zorla evlendirmek, telefonla mektupla veya sözlü olarak cinsel içerikli rahatsızlık verici davranışlarda bulunmak gibi eylemlerdir.

Kadını yönelik şiddet, kadının bedensel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit etmektedir.



Şiddet, kadına güçsüzlük, utanma, korku, suçluluk ve kızgınlık gibi iç içe geçmiş çelişkili duygular yaşatmaktadır.



- Şiddete maruz kaldığında 155 polisten yardım iste.
- Karakolu ve savolığa giderek şikayet tutanağının tutulmasını talep et.
- Karakolun yetkilendirmesi ile Adli Tıp'tan rapor al.
- Kadının şikayeti üzerine zavalik saldırıyı aleyhine dava açtır.
- Ayrıca başvuru üzerine koruma emri çıkartılarak, saldırganlerden 5 ay uzaklaştırılır.

- Sen istemediğin halde bir başkası sana dokunmaya ya da cinsel ilişki kurmaya çalışabilir.
- Bazen zorlayarak, bazen de sana hediyeler vererek bunu yapmaya çalışabilir.
- Tanıdığımız ya da tanımadığımız bir kişinin bizimle istemediğimiz halde yani zorla ilişkiye girmek istemesine **İSTİSMAR** denir.

Böyle bir duruma maruz kaldıysan ya da kalırsan sosyal hizmet uzmanı, psikolog veya doktora anlat ve yardım iste!!!!



Sen istemeden kimse sana dokunamaz!!!

KAYNAKLAR

- Akm, A., 2001, Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş, Aktüel Tıp Dergisi, 6(1):4-8s.
- Beck, WW., NMS-Obstetrics and gynecology, 1997, (Çev.: Asena, U.), Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti.,İstanbul, 4.
- Berek, JS., Novak's Gynecology, 1998, (Çev.:Erik, A.), Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul.
- Birleşmiş Milletler, Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı,1994, Kahire.

KAYNAKLAR

- Christie, D. and Viner, R., 2003, ABC of Adolescence adolescent development, Clinical review.
- Demirel, E., 2004, Spor yapan ve yapmayan genç kızlarda menarş yaşı ve bedensel kitle indekslerinin belirlenmesi, S.U. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Demirel, S. ve Terzioğlu, F., 2003, Gaziantep il Şahinbey ilçesi ilköğretim okullarında öğrenim gören 5. ve 6. sınıf kız öğrencilerin menstruasyon fizyolojisine ilişkin bilgilerinin belirlenmesi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, (2):47-60 s.

KAYNAKLAR

- Derya, A.Y., Adolesan dönem kadın üreme sağlığı sorunları, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 23-29 s.
- Devletküşü, C., Erdoğan N., Ögel K., 2007, Güç koşullardaki ergenlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında eğitimi projesi, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, İstanbul.
- Dündar, B., Anıl, H., Akyol, P., Eren, E. ve Dündar, N., 2008, Isparta'daki kız çocuklarında ortalama menarş yaşının ve menarş etkileyen etmenlerin saptanması, Türk Pediatri Arşivi, 43(2):50-54 s.
- Eğitimciler için eğitim rehberi üreme sağlığı modülleri, 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, İlkay Ofset Matbacılık, Ankara.

KAYNAKLAR

- Friedman, H.L., 1992, Changing patterns of adolescent sexual behavior: consequences for health and development, Journal of Adolescent Health, 13:345-350 p.
- İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı, 2000, Aşama Matbacılık Ltd.Şti., İstanbul.
- Özcebe, H. ve Dam A., 2005, Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri, katılımcı kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Pemoll, M.L., 2002, Handbook of obstetrics & gynecology (paperback), Palme Yayıncılık Ltd. Şti. , Ankara, 10.

KAYNAKLAR

- Potter, P.A. and Perry, A.G., 2005, Fundamentals of nursing, USA, 6: 205-213 p.
- Rocheblau, S., Erişkinlik psikolojisi, 1980, (Çev.: Onur, B.), Maya Matbacılık, Ankara.
- Türkiye'de Kadının Durumu, 2011, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara, 2-8 s.
- Ulusoy, M.F., Görgülü, R.S., 1997, Hemşirelik esasları temel kuram, Kavram İske ve Yöntemler, TDFO Ltd.Şti., Ankara, 35-71s.
- Ünlüce A., 2012, Haklarını öğreniyorum, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Kadın Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (ESKAM), Aralık, 1-14 s.



EK - 5 Son-Test Formu

ANKET FORMU NO:

1. Üreme Sağlığı ne demektir?

.....
.....
.....

2. Aşağıdakilerden hangisi Kadın Dış Üreme Organlarından biri değildir?

- a. Büyük Dudaklar
- b. Bızır (Klitoris)
- c. İdrar Kanalı
- d. Rahim (Uterus)

3. Aşağıdaki resimde numaralandırılmış Kadın İç Üreme Organlarını yazınız.

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....



4. Meme gelişimi ne zaman başlamalı?

- a. 8 yaşından önce
- b. 8-13 yaş arası
- c. 13 yaşından sonra
- d. 16 yaşına kadar

5. Kendi Kendine Meme Muayenesi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a. 18 yaşından sonra ayda bir kez yapılmalı.
- b. 18 yaşından sonra ayda iki kez yapılmalı.
- c. 18 yaşından sonra ara sıra yapılmalı.
- d. 18 yaşından sonra dört yılda bir yapılmalı.

6. Aşağıdakilerden hangisi Meme Kanserinin belirtilerinden biri değildir?

- a. Memenin yapısında ve şeklinde değişme.
- b. Memede portakal kabuğu görünümü.
- c. Memede hissedilen her türlü şişlik.
- d. Meme başında içe gömülme, kızarıklık ve akıntı.

7. İlk âdet (Menarş) kaç yaşında görülmelidir?

- a. 9 yaş öncesinde
- b. 9-16 yaş arasında
- c. 16 yaş sonrasında
- d. Herhangi bir yaş aralığı yok

8. Normal bir âdet düzeni nasıldır ve âdet kanaması kaç gün sürer?

- a. 15 günde bir 1-3 gün sürer.
- b. 28 günde bir 4-7 gün sürer.
- c. 20 günde bir 8-10 gün sürer.
- d. 30 günde bir 10-12 gün sürer.

9. Normal vajinal akıntının özelliği nasıl olmalıdır?

- a. Sarı-Kahverengi az miktarda
- b. Kokusuz renksiz az miktarda
- c. Peynirimsi kıvamda çok miktarda
- d. Sarı-Yeşilimsi bol miktarda

10. Aşağıda bazı cümleler verilmiştir. Bu cümlelerin doğru olduğunu düşünüyorsanız 'doğru' seçeneğini, yanlış olduğunu düşünüyorsanız 'yanlış' seçeneğini, yanıtı bilmiyorsanız bilmiyorum seçeneğini (X) işareti ile işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
Genital bölge (Dış üreme organları) temizliği önden arkaya doğru olmalıdır.			

Genital bölgeyi (Dış üreme organlarını) sadece su ile temizlemek yeterlidir.			
Kullanacağımız iç çamaşırı türümüz pamuklu olmalıdır.			
Kullanacağımız iç çamaşırı rengi beyaz olmalıdır.			
İç çamaşırı değiştirme sıklığımız haftada bir olmalıdır.			
Âdet bir hastalıktır.			
Âdetliyken 3-4 saatte bir pedlerimizi değiştirmeliyiz.			
Âdetliyken duş almamalıyız.			
Âdetliyken ağrımız varsa karnımızı ve ayaklarımızı sıcak tutup-masaj yapabiliriz.			
Âdetliyken ağrımız varsa annemizin verdiği ağrı kesicilerden içebiliriz.			
Bol köpüklü, yeşilimsi kötü kokulu akıntı enfeksiyon belirtisidir.			

11. Aşağıdakilerden hangisi kadınların aylık âdet düzeninde gebe kalma olasılığının en fazla olduğu dönemdir?

- a. Âdet kanaması biter bitmez.
- b. Âdet görülen günler içinde.
- c. Âdet ortası, yumurtlama döneminde.
- d. Beklenen âdetten bir hafta önce.

12. Sağlıklı bir gebelik için, en uygun yaş aralığı aşağıdakilerden hangisidir?

- a. 10-15 yaş
- b. 15-20 yaş
- c. 20-30 yaş
- d. 20-34 yaş

13. Döllenmeden sonra yumurtanın yerleştiği ve gebelik süresince bebeğin büyüüp geliştiği üreme organı aşağıdakilerden hangisidir?

- a. Tubalar (Yumurta kanalları)
- b. Overler (Yumurtalıklar)
- c. Uterus (Rahim)
- d. Vajina (Hazne)

14. Normal bir gebelik süresi kaç haftadır?

- a. 20 hafta
- b. 25 hafta
- c. 30 hafta
- d. 40 hafta

15. ‘Ailelerin ana ve çocuk sağlığı açısından sorun oluşturmayacak şekilde istedikleri zaman, bakabilecekleri ve sevebilecekleri sayıda çocuğa sahip olmalarını ve çocuğu olmayanların ise çocuk sahibi olmaları için yardım alabilmelerini sağlama’ ifadesi aşağıdakilerden hangisini tanımlamaktadır?

- a. Doğurganlığın artırılması
- b. Doğurganlığın düzenlenmesi
- c. Aile planlaması
- d. Aile düzenlemesi

16. Kadınların kullandığı gebelikten korunma yöntemleri hangileridir?

.....
.....
.....

17. Erkeklerin kullandığı gebeliği önleme yöntemleri hangileridir?

.....
.....

18. Aşağıda bazı cümleler verilmiştir. Bu cümlelerin doğru olduğunu düşünüyorsanız 'doğru' seçeneğini, yanlış olduğunu düşünüyorsanız 'yanlış' seçeneğini, yanıtı bilmiyorsanız bilmiyorum seçeneğini (X) işareti ile işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
Hormonal haplar kadının yumurtalıklarından yumurta hücrelerinin gelişip atılmasını engeller.			
Rahim içi araç hem kadın hem erkek tarafından kullanılabilir.			
Kondom (prezervatif) hem Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkları hem de gebeliği önler.			
Hormonal haplar bırakıldığında gebe kalına bilinir.			
Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmasına gerek yoktur.			
Hormonal haplar her gün düzenli olarak alındığı takdirde gebelikten korur.			
Hormonal haplar rahim ve yumurtalık kanserine karşı koruyucudur.			
Rahim içi araç Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara karşı korumaz.			
Rahim içi araç uygulamasını takip eden ilk aylarda kasık ağrısı, lekelenme ve âdet miktarında artma veya âdet süresinde uzama olabilir.			
Hormonal haplar kadının âdet kanamaları sırasında kanamasını arttırabilir.			
Deri altı kapsülleri erkekler tarafından kullanılan gebeliği önleyici yöntemlerden biridir.			
Hormonal iğneler baş ağrısı, baş dönmesi, göğüslerde hassasiyet ve kilo artışına neden olabilir.			
Rahim içi araç uygulamasını eğitilen kadınlar kendi kendilerine uygulayabilirler.			

Diyafraamı eğitilen kadınlar kendi kendilerine uygulaya bilirler.			
Kadının tubaları bağlansa bile kadının bir daha çocuğu olabilir.			
Kadında tubaların bağlanması kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.			
Korunmasız cinsel ilişki sonrasında ertesi gün hapı ilk 72 saat içinde alınmalıdır.			
Kadında tubaların bağlanması yöntemi ileri yaşta ve başka çocuk istemeyen kadınlarda uygun bir yöntem olabilir.			

19. Aşağıdakilerden hangisi Vazektomi (erkekke sperm kanallarının bağlanması) ile ilgili özelliklerden biri değildir?

- a. Kolay bir ameliyatla, erkeğin kadını gebe bırakması ömür boyu kesin bir şekilde engellenir.
- b. Koruyuculuk hemen başlar.
- c. Kalıcıdır, geri dönüşü zordur ve pahalıdır.
- d. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korumaz.

20. Acil Kontrasepsiyonun (Ertesi gün hapı) doğru kullanımı ile ilgili özelliklerden biri değildir?

- a. Korunmasız cinsel ilişkide
- b. Aile planlaması kullanımında hata olduğu durumlarda
- c. Tecavüze uğrayanlarda
- d. Her cinsel ilişkide

21. Bildiğiniz Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların isimlerini yazınız.

.....

.....

.....

22. Aşağıda bazı cümleler verilmiştir. Bu cümlelerin doğru olduğunu düşünüyorsanız 'doğru' seçeneğini, yanlış olduğunu düşünüyorsanız 'yanlış' seçeneğini, yanıtını bilmiyorsanız bilmiyorum seçeneğini (X) işareti ile işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
Tek eşlilik Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmada en önemli yollardan biridir.			
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar cinsel ilişki sırasında erkekten kadına bulaşır.			
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar cinsel ilişki sırasında kadından erkeğe bulaşır.			
Erkek ve kadın cinsel ilişki sırasında birbirlerine bulaştırabilirler.			
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar sadece seks işçilerinden ve bu kadınlarla ilişkiye giren erkeklerde bulunur.			
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar çoğu zaman toplumda belirti vermeden sessiz ve hızla yayılırlar.			
Cinsel yolla bulaş yolları; korunmasız cinsel ilişki, anneden bebeğe geçiş ve kontrol edilmemiş kan ve kan ürünleridir.			
Manikür, pedikür aletleri ve jilet gibi eşyaları ortak kullananlar Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar açısından riskli değildir.			
Birden çok kişiyle, korunmasız cinsel ilişkiye girenler Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar açısından risklidir.			
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların tedavisinde eşlerin birlikte tedavi görmesine gerek yoktur. Hastalıklı eşin tedavi görmesi yeterlidir.			
Güvenli cinsellik için eşine sadık kalınmalıdır.			

Tedavi edilmeyen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar kadında düşüğe ve dış gebeliğe neden olabilir.			
Tedavi edilmeyen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar kadında kısırlığa neden olur ama erkekte kısırlığa neden olmaz.			

23. Cinsel ilişki sırasında gebelikten, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak konusunda kim sorumlu olmalıdır?

- a. Erkek sorumludur.
- b. Kadın sorumludur.
- c. Her ikisi de sorumludur.
- d. Her ikisi de sorumlu değildir.

24. Aşağıdakilerden hangisi kadınlarda Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda görülen ortak belirtilerden biri değildir?

- a. Bulantı-kusma.
- b. İdrar yaparken yanma.
- c. Cinsel ilişki sırasında ağrı.
- d. Genital bölgede kızarıklık.

25. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a. Bir önlem almaya gerek yok, hastalığa yakalanınca tedavi olunur.
- b. Cinsel ilişkide kondom kullanılmalı ve tek eşli olunmalıdır.
- c. Rahim içi araç Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara karşı koruyucudur.
- d. Antibiyotikler Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korur.

26. Aşağıdakilerden hangisi aşıyla önlenebilen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardandır?

- a. AIDS
- b. Sifiliz
- c. Gonore
- d. Hepatit B

27. Aşağıda bazı cümleler verilmiştir. Bu cümlelerin doğru olduğunu düşünüyorsanız 'doğru' seçeneğini, yanlış olduğunu düşünüyorsanız 'yanlış' seçeneğini, yanıtını bilmiyorsanız bilmiyorum seçeneğini (X) işareti ile işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
Kadın ve erkek 17 yaşını doldurmadan evlenemez.			
Dini nikâhın tek başına hiçbir geçerliliği yoktur. Ayrıca resmi nikâh yapılmadan yapılması suçtur.			
Evliliğin birliğinin giderlerini eşler birlikte karşılamak durumundadır.			
18 yaşına gelmemiş bile olsa kadının istemediği bir kişiye hayır diyebilme hakkı vardır, kimse zorla evlendiremez.			
Kadın bir işe girerken eşinin iznini almalıdır.			
Oturulacak konuta ilişkin kullanma ve yararlanma hakkını etkileyen her türlü kanuni işlemlerde eşler birlikte karar vermelidir.			
Kadınlar istediği erkekle evlenme hakkına sahip değildir, aile büyüklerinin kararı geçerlidir.			
Başlık parasının kanunlar önünde geçerlidir.			
Kadın zorla evlendirildiğinde şikâyet ettiği takdirde evliliği iptal edilir.			

28. Şiddet ne demektir?

.....

.....

.....

29. Aşağıdaki eylemlerden hangileri Cinsel Şiddet eylemidir?

- Elle, gözle ve sözle yapılan taciz (sarkıntılık)
- Bir birliktelikte taraflardan biri istemeden cinsel ilişkiye zorlama

c. Cinsel ilişki sırasında dayak ve/veya tartaklama

d. Hepsi

30. Cinsel İstismar nedir?

.....

.....

.....

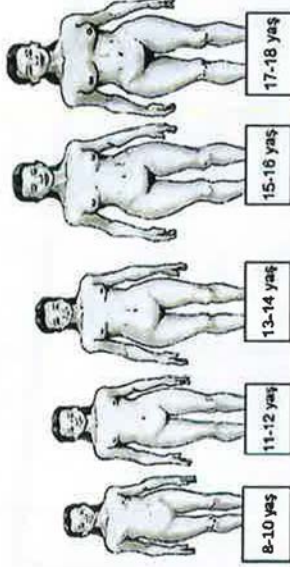
TEŞEKKÜRLER....



EK - 6 Gençlerde Üreme Sağlığı Eğitim Rehberi

İnsan yaşamı boyunca sürekli bir gelişim ve değişim içindedir. Bir-vey yaşamı boyunca çeşitli dönemlerden geçmektedir ve her dönemin kendine özgü özellikleri bulunmaktadır.

Adölesan Dönem; biyolojik, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan bir gelişme ve olgunlaşmanın meydana geldiği, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir.



Kesin bir yaş sınırlarıyla tanımlamanın zor olduğu bu dönem genel olarak **13 ile 20 yaşlarını kapsamakta ve 10 yaşından başlayıp 24 yaşına kadar devam edebilmektedir.**

Adölesanlar toplumun önemli bir kısmını oluşturmaktadır, fiziksel, ruhsal ve sosyal durumlarda daha fazla soruna karşılaşılabilen ve meydana gelen değişikliklerden daha fazla etkilenen bir gruptur.

Adölesan dönemde gerçekleşen fiziksel, cinsel, psiko-sosyal büyüme ve gelişimde olan sorunların adölesan dönem sağlığını ve daha sonraki yaşamları etkilediği bilinmektedir. Özellikle Adölesan üreme sağlığı sorunları gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tüm ülkelerde oldukça yaygın sağlık sorunları arasında yer almaktadır...

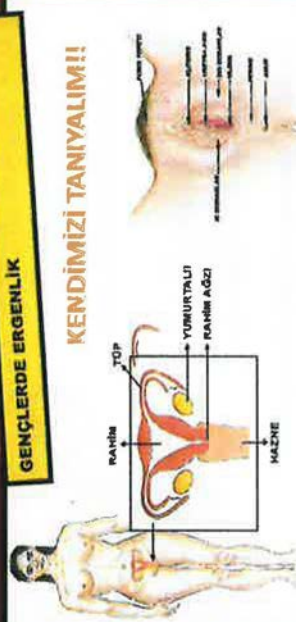
**Bu dönem KIZ ADÖLESANLAR YANI SİZLER İÇİN İSE;
DAHA FAZLA RISK
söz konusu olabilmektedir.**

Sayfa 2



GENÇLERDE ERGENLİK

KENDİMİZİ TANIYALIM!!



DIŞ ÜREME ORGANLARI

Büyük Dudaklar

- ◆ Küçük dudaklar, idrar deliğini ve vajina açıklığını koruyan iki deri kıvrımıdır.
- ◆ Ergenlikten sonra üzeri kıllarla kaplanır.

Küçük Dudaklar

- ◆ Küçük dudaklar, büyük dudakların iç kısmında uzanan ince iki deri kıvrımıdır.

Bızar (Klitoris)

- ◆ Kadının cinsellikten haz almasını sağlayan organdır.

Kızlık Zarı (Hymen):

- ◆ Vajina açıklığını kısmen örten, şekli kadından kadına değişiklik gösteren ince ve esnek bir yapıdır.
- ◆ Üzerinde adet kanının dışarı akmasını sağlayan küçük delikler bulunur.
- ◆ Genellikle ilk vajinal ilişkide gerilemek sıyrılır. Bu sırada sızıntı şeklinde kanama olabilir.

İdrar Kanalı (Üretra)

- ◆ Kadınlar idrarlarını erkekler gibi cinsel organlarından değil ayrı bir kanaldan yaparlar.

Makat (Anüs)



İÇ ÜREME ORGANLARI

Hazne (Vajina)

- ◆ Cinsel ilişkinin gerçekleştiği, Adet kanını dışarı aktığı, Doğum sırasında bebeğin geçtiği organdır.

Rahim (Uterus)

- ◆ Her ay gebelik için hazırlanır
- ◆ Gebelik oluşmadığında iç yüzeyi soyularak adet kanı şeklinde dışarı atılır

- ◆ Gebelik oluştuğunda da bebek burada gelişir.

Tüpler (Tuba Uterina)

- ◆ Yumurtalıklardan çıkan yumurta hücrelerini yakalayıp rahmin içine doğru hareket etmesini sağlar.
- ◆ Erkek tohum hücreleri kadının yumurta hücrelerini tüplerde döller.
- ◆ Döllenen yumurta, tüplerin hareketi ile rahme ulaşır.

Yumurtalıklar (Overler)

- ◆ Rahmin sağında ve solunda yerleşmiş badem büyüklüğünde iki adet organdır.
- ◆ Kadınlik hormonlarını ve kadın üreme hücreleri olan yumurtayı üretirler.

Kız çocukları, ortalama olarak 13 yaşlarından itibaren bazı değişimler geçirir.

- ◆ Boyda uzama,
- ◆ Vücudun belli bölgelerinde kilo alma,
- ◆ Tüylenme,
- ◆ Memelerde büyüme gibi.

Bu değişimler, vücudun üremeye hazır hale gelmesinin belirtisidir.

- ◆ 8-13 yaşlar arasında meme gelişimi başlar.
- ◆ 11 yaşta genital organda, 14 yaşta koltuk altındaki kıllar çıkmaya başlar.
- ◆ 9-16 yaşlar arasında ilk vajinal kanama (menarş) ilk adet başlar.

Aksı durumda bir jinekoloğa başvurulmalıdır!



İLK ADET GÖRME (MENARŞ)

- ◆ İlk adet görme menarş, kız çocuklarının puberte gelişimi sırasında üreme çağına geçişin bir işaretidir olarak kabul edilir.
- ◆ Genel olarak 9-16 YAŞ arasında görülmeye başlanır.
- ◆ Bizim ülkemizde ortalama menarş yaşı 12-13 yaş olarak kabul edilmiştir.

ADET DOĞALDIR!!! HASTALIK DEĞİLDİR!!!

ADET GÖRME

Hormonlar, her ay rahmin iç tabakasını kalınlaştırıp yumuşatırlar. Böylece rahim, bebeğin yerleşip gelişmesi için hazır hale gelir. Bir yandan da yumurtalık, doğuştan bulunan binlerce yumurta hücrelerinden bir tanesini büyütür. Yumurta hücresi yeterince olgunlaşınca yumurtalığın dışına atılır. Atılan yumurta hücresi tüp tarafından tutulur. Eğer gönderilen yumurta hücresi erkek tohum hücresi ile birleşip bir gebelik oluşmazsa rahmin iç tabakasının hazırlıkları boşa gider ve bu hazırlananlar dışarı atılır. Bu olaya adet görme-gehlenkli olma- aybaşı-ay hali-hastalanma denir. Bir adet döngüsünden bir sonraki adetin başlangıcına kadar geçen süreye **ADET DÖNEMİ** denir.

Bu süre ortalama olarak 28 gündür.

Ancak 21 ile 35 gün arasında değişebilir.

Kanamama 4-7 gün sürebilir, ortalama 1 çay bardağı kadardır.



Eğer;

- ◆ Fazla miktarda ve uzamış adet kanamalarının var ise,
- ◆ Normalden az miktarda adet kanamanın var ise,
- ◆ Adet dışında kanama 21 günden sık aralıklarla adet görüyorsanız,
- ◆ 35 günden uzun aralıklarla adet görüyorsanız....

Bir jinekoloğa görün.

Sayfa 3

Adet döneminde dikkat edilmesi gereken hususlar

- ◆ Dış üreme organlarınızın, iç çamaşırlarınızın ve kullandığınız pedlerin temiz olması gerekir.
- ◆ Tek kullanımlık pedler kullanmalısınız.
- ◆ Pedleri 3-4 saatte değiştirmelisiniz.
- ◆ Pedleri değiştirmeden önce ve sonrasında ellerinizi yıkamalısınız.
- ◆ Adetli dönemde banyo yapabilirsiniz.

Bazı kadınlar

adet döneminde rahimdeki kasılmalar nedeniyle kaskı, bel ve sırt bölgelerinde ağrı hissedebilir !!!

AĞRINI HAFİFLETMEK İÇİN;

- ◆ Adet görmenn doğal ve sağlıklı bir durum olduğunu kabul etmelisin.
- ◆ Karın bölgesini ve ayaklarını sıcak tutup - masaj yapabilirsin.
- ◆ Gevşek ve rahat kıyafetler giymelisin.
- ◆ Düzenli spor yapmalısın mesela yürüyüş yapabilirsin.
- ◆ Bol miktarda su içmelisin.
- ◆ Beslenmene dikkat etmelisin özellikle et, yumurta, kurubaklagil ve sütü unutma! Çay, kahve ve asitli içecekleri azalt.
- ◆ Yan yatıp dizlerini kamına çekip ya da yüzükoyun dinlenebilirsin....

DOKTOR ÖNERİSİ OLMADAN İLAÇ KULLANMA!!

Adet dönemi dışında vajinadan gelen ve normal kabul edilen akıntılar!

Yumurtlama dönemi öncesinde ve sonrasında az miktarda açık sarı veya beyaz -gri renkli, iç çamaşırdan iz bırakan, yapışkan ve kokusuz akıntı....

Yumurtlama döneminde su gibi akıcı, berrak, saydam ve uzama eğilimi gösteren, ıslaklık ve kayganlık hissi veren, kokusuz akıntı....

Sayfa 6

GENÇLERDE ERGENLİK

Eğer....

- ◆ Grimsi, beyaz, homojen ve balık kokusuna benzer bir akıntı,
- ◆ Beyaz, süt kesğine benzer peynirimsi bir akıntı,
- ◆ Bol aşırı köpüklü, yeşilimsi, kötü kokulu akıntı,
- ◆ Sarı, prulan bol akıntı,
- ◆ Kaşınıtı da söz konusu ise;

ENFEKSİYON BELİRTİSİDİR.



Bir

Enfeksiyondan Nasıl Mı Korunacağız? Üreme Organlarımızı Temiz Tutarak...NASIL MI?

- ◆ Dış üreme organların temizliği önden-arkaya doğru yapılmalıdır.
- ◆ Dış üreme organları suyla temizlendikten sonra önden arkaya doğru tuvalet kağıdıyla kurulmalıdır.
- ◆ Dış üreme organlarının olduğu bölgeye pudra, sprey, deodorant ve parfüm kullanmamalıdır.
- ◆ İç çamaşırların beyaz, pamuklu ve sana özel olmalıdır.
- ◆ İç çamaşırlarını düzenli olarak yıkanmalı, kaynatılmalı, ütülenmeli ve her gün değiştirilmelidir.
- ◆ Koltuk altı ve kasık bölgesindeki kollarını temizlemelisin.
- ◆ Tuvalet temizliğinin öncesi ve sonrasında ellerini yıkanmalısın.
- ◆ Dış üreme organlarında çizik ve sıyrıklar olabileceği için tırnakların kısa olmalıdır.
- ◆ Adet döneminde de hijyene dikkat edilmelisin....

MEME GELİŞİMİ

- ◆ Meme gelişimi 8-13 yaşlar arasında başlamaktadır.
- ◆ Kızların çoğunda ergenlik göğüslerin büyümesi ile başlar ve meme uçlarının birinin veya her ikisinin üzerinde küçük ve hassas bir kabarcıklık meydana gelmesi ile fark edilir. Bu kabarcıklık birkaç yıl içinde giderek büyüyecektir.
- ◆ Başlangıçta bir göğüs diğerinden daha büyük olabilir ve bu durum bazen göğüsler son şeklini alıncaya kadar sürebilir.

En geç 13 yaşına kadar meme gelişimi olmamışsa bir jinekoloğa Görünmeli!!...

Sayfa 7



Ergenlik döneminde meme gelişim aşamaları sol tarafta şematize edilmiştir.

Kadınlarda en sık görülen kanser tipi **MEME KANSERİ'** dir. Ancak erken tanı ve tedavi hayatı kurtarır. **18 yaşından sonra her kadın ayda bir kez adetini bitirdiği ilk hafta içinde tercihen banyo sırasında cilt kaygan ve nemliyken Kendi Kendine Meme Muayenesi yapmalıdır.** 50 yaşından sonra 2 yılda bir meme filmi (mamografi) çektirilmelidir.

Meme kanserinin belirtileri

- ◆ Memenin yapısında ve şeklinde değişme
- ◆ Meme derisinde girintiler
- ◆ Memede portakal kabuğu görünümü
- ◆ Meme başında içe gömülme, kızarıklık ve akıntı
- ◆ Meme üzerindeki damarlarda belirginleşme,
- ◆ Koltuk altında şişlik



Ayda bir defa Sdk kanseri önlemede erken teşhis önemlidir... Her iki meme aynı büyüklükte değildir. Memede hissedilen her sertlik, şişlik, değişiklik kanser değildir. Endişelenmeden jinekoloğa görün....

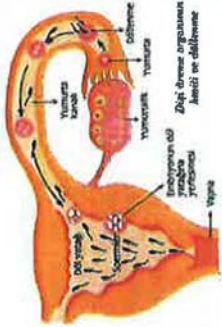
Sayfa 8

ÜREME SAĞLIĞI;

İnsanların tarmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine ve bunun ne zaman ve nasıl olması gerektiğine karar verme özgürlüğüne sahip olmasıdır.

GEBELİK

- Kadın ,ergenlik döneminden menopoza dönemine kadar düzenli olarak ayda bir defa yumurtlar.
- Her ay hormonların etkisiyle rahmin iç yüzeyi kalınlaşarak gebelik için hazırlanır.
- Cinsel ilişki kadının yumurtlama döneminde gerçekleşirse, tüpteki yumurta erkek üreme hücresi sperm tarafından döllenir.
- Döllenmiş yumurta tüpte ilerleyerek rahmin hazırladığı tabakaya yerleşir ve gelişmeye başlar. Artık gebelik oluşmuştur.
- Bebekle birlikte su kesesi ve eş (plasenta) gelişmeye başlar.



- Normal bir gebelik 40 hafta (9,5-10 ay) sürer.
- Sağlıklı bir gebelik için en uygun yaş aralığı 22-34 yaş arasındadır.
- 18 Yaşından Önce,
- 35 Yaşından Sonra,
- 2 Yıllık Kısa Aralıkta,
- 5 Ve Daha Fazla Saydaki gebelikler,

Anne Ve Bebek Sağlığı Açısından Tehlikeli Olabilir!!!

AİLE PLANLAMASI;

Ailelerin ana ve çocuk sağlığı açısından sorun oluşturmayacak şekilde istedikleri zaman, bakabilecekleri ve sevebilecekleri sayıda çocuğa sahip olmalarıdır. Çocuğu olmayanların ise çocuk sahibi olmaları için yardım alabilmeleridir.

**AİLE PLANLAMASININ AMACI**

- Ailenin sağlığını korumak ve onların mutlu yaşamalarını sağlamak.
- Çiftlere gebe kalmak ve doğum yapmak için en uygun koşulların neler olduğunu açıklamak.
- Gebelikler arasında en az 2 yıl bırakmak
- İstenmeyen gebeliklerin olmasını engellemek.
- Ailelerin bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarını sağlamak.
- Çocuk sahibi olmayan çiftlere yardım etmek.

KADINA YÖNELİK AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

- Gebeliği Önleyici Hormonal Haplar,
- Rahim İçi Araç,
- Aylık Ve Üç Aylık Hormonal İğneler,
- Deri Altı Kapsülleri (İmplant),
- Diyafram Kadın Kondomu
- Sperm Öldürücüler
- Ertesi Gün Hapları (Acil Kontrasepsiyon)
- Tüpülerin Bağlanması (Tüpligasyon)

**ERKEĞE AİT AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ**

- Erkek Kondomu
- Sperm Kanallarının Bağlanması (Vazektomi)

HORMONAL HAPLAR

Nedir?-Kadınlık hormonlarını

içeren haplardır. Her gün düzenli olarak alındığında gebelikten korur.
Nasıl korur?-Kadının yumurtalıklarından yumurta hücrelerinin gelişip atılmasını engeller. Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahmin içine geçmesini önler.

Yöntemin özellikleri

- ◆ Doğru kullanıldığında %99,9 etkilidir.
- ◆ Bırakıldığında tekrar gebe kalabilir.
- ◆ Rahim ve yumurtalık kanserlerine karşı koruyucudur.
- ◆ Âdet ağrısı ve kısırlığı azaltır.
- ◆ Geçici olarak ilk 3 ayda bulantı, kilo artışı, baş ağrısı, âdet kanaması miktarında azalma, ara kanamalar ve lekelenme görülebilir.
- ◆ Anne sütünün kalitesinin bozar ve miktarını azaltır.
- ◆ Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz.

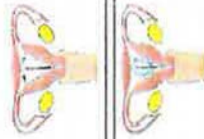
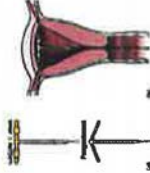
RAHİM İÇİ ARAÇ

Nedir?-Rahim içine yerleştirilen küçük, plastik bir araçtır. Bakır ve hormon içeren tipleri vardır.

Nasıl Korur?-Erkek tohum hücrelerinin kadın yumurta hücresi ile birleşmesini engeller. Hormon içerenler, rahim ağzındaki salgıyı kalınlaştırarak spermelerin rahime geçişini engeller.

Yöntemin özellikleri

- ◆ %98 etkilidir. Uzun süre gebelikten korur.
- ◆ Bakırlı olanlar 5-10 yıl korur. Bir kere uygulanınca gebelikten korunmak için başka bir şey gerektirmez.
- ◆ Çıkarıldığında hemen gebe kalabilir.
- ◆ Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- ◆ Mutlaka bir sağlık kuruluşunda uygulanması gerektirir.
- ◆ Uygulamayı takip eden ilk aylarda kasık ağrısı, lekelenme ve adet miktarında artma veya âdet süresinde uzama olabilir.
- ◆ Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz.

**HORMONAL İÇNELER**

Nedir?-Düzenli olarak ayda bir kez iğne şeklinde uygulanır ve kadınlık hormonlarını içerir.

Nasıl Korur?-Kadının yumurtlamasını engeller. Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahminin içine geçmesini önler.

Yöntemin özellikleri

- ◆ Doğru uygulandığında %99 etkilidir.
- ◆ Kullanımı gizli kalabilir.
- ◆ Âdet düzeninde 3 aylık iğnelere göre daha az değişiklik yapar.
- ◆ İlk aylarda ara kanaması yapabilir.
- ◆ Baş ağrısı, baş dönmesi, göğüslerde hassasiyet ve kilo artışına neden olabilir.
- ◆ Anne sütünün miktarını azaltır, kalitesini bozabilir.
- ◆ Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz.

DERİ ALTI KAPSÜLLERİ (İMLANT)

Nedir?-Hormon salgılayan 4 cm uzunluğunda, 0,2 cm çapında, çubuk şeklinde, deri altına yerleştirilen ve 3 yıl süre ile koruyan tek çubuklu bir doğum kontrol yöntemidir.

Nasıl Korur?-Kadının yumurtlamasını engeller.

Yöntemin özellikleri

- ◆ Doğru uygulandığında %99,9 etkilidir.
- ◆ Günlük kullanımı gerektirmez.
- ◆ 3 yıl korur.
- ◆ Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- ◆ Yöntem bırakıldığında yumurtlama hızla geri döner.
- ◆ Eğitilmiş personel gerekir.
- ◆ Küçük bir cerrahi işlem gerektirir.
- ◆ Derinin altında fark edilebilir.



**BARIYER YÖNTEMLERİNDEN
DIYAFRAM**

Nedir?- İnce kauçuktan ya da silikondan yapılmış kubbe biçiminde, rahmin ağzını örten şapka şeklinde bir araçtır.

Nasıl Korur?-Erkek tohum hücrelerinin hazneden rahminin içine geçmesini engeller.

Yöntemin Özellikleri

- Doğru kullanıldığında %94 etkilidir.
- Uygulanması konusunda eğitilen kadınlar, kendi kendilerine uygulayabilirler.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı kısmen koruyucudur.
- Sadece cinsel ilişki sırasında kullanılması gerekir.
- Saat öncesinden yerleştirilebileceği için ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- Emziren kadınlarda da kullanılabilir.
- Koruma etkisi RİA, hap, iğne, implant gibi modern yöntemlerden daha düşüktür.
- Önceden yerleştirilmediğinde cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Kadının parmaklarını haznesine sokması gerekir.

**BARIYER YÖNTEMLERDEN FİTİL, KÖPÜK, TABLET VE Dİ-
ĞER SPERM ÖLDÜRÜCÜLER**

Nedir?-Hazneye konularak uygulanan fişil, köpük ve tabletlerdir.

Nasıl Korur?-Erkek tohum hücrelerini hazne içinde öldürerek gebeliği önler.

Yöntemin Özellikleri

- Doğru kullanıldığında %94 etkilidir.
- Kadın kendi kendine uygulayabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı kısmen koruyucudur.
- Önceden uygulandığında (en çok 1 saat) ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- Haznenin kayganlığını artırur.
- Emziren kadınlarda da kullanılabilir.
- Koruma etkisi RİA, hap, iğne, implant gibi modern yöntemlerden daha düşüktür.
- Önceden yerleştirilmediği takdirde cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Kadının parmaklarını haznesine sokması gerekir.
- Sıcak havada eriyebilir.

BARIYER YÖNTEMLERDEN KADIN KONDOMU

Nedir?-İki değişik boyda halkası olan poliüretan bir kılıftır.

Nasıl Korur?-Erkek tohum hücrelerinin rahme geçmesini önleyerek korur.

Yöntemin Özellikleri

- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur.
- Kadın kendi kendine uygulayabilir.
- Emziren kadınlarda da kullanılabilir.
- Latex alerjisi olanlar da kullanabilir.
- Adetli dönemde de kullanılabilir.
- Doğru yerleştirme deneyimi gerektirir.
- Fiyatı, erkek kondomuna göre daha pahalıdır.

**Acil Kontrasepsiyon (ERTESİ GÜN HAPİ)**

Nedir?-Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk

72 saat içinde gebeliğin oluşmasını önlemek amacıyla kullanılır.

Nasıl Korur?-Yumurtlamayı geciktirerek, tüp hareketlerini azaltarak ve rahmin iç tabakasını etkileyerek döllenmiş yumurtanın rahim içine yerleşmesine engel olur.

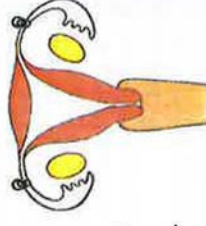
Yöntemin Özellikleri

- İlk 72 saat içindeki uygulamada, iki saat içinde kısıma olmaması durumunda %99 korur.
- Aile planlaması yöntemi kullanım hatalarında,
- Korunmasız cinsel ilişkide,
- Tecavüze uğrayanlarda, gebeliğin önlenmesi için kullanılır.

**TÜPLERİN BAĞLANMASI
(TÜP LİGASYONU)**

Nedir?-Kadında yumurtayı taşıyan tüplerin ameliyatla bağlanmasıdır. Uygulandıktan sonra artık gebe kalmaz.

Nasıl Korur?-Tüplerin kapatılmasıyla kadınlarda yumurtalıktan atılan yumurta hücrelerinin erkek tohum hücreleri ile birleşmesi engellenmiştir için döllenme olmaz.



GENÇLERDE ERGENLİK

Yöntemin Özellikleri

- Yaklaşık %100 etkilidir. Gebe kalma olasılığı yok denecek kadar azdır.
- Kolay bir ameliyatla, kadını ömür boyu gebelikten kesin bir şekilde korur.
- Anne sütüne zararlı etkisi yoktur.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.
- Uygulanması için ameliyathane ve uzman gerektirir
- Kadında tüplerin bağlanması yöntemi ileri yaşta ve başka çocuk istemeyen kadınlarda uygun bir yöntem olabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir.

ERKEK KONDOMU (PREZERVATİF)

Nedir?-Erkekler tarafından kullanılan, bir çeşit kauçuktan yapılmış, çok ince ve esnek bir kılıftır.

Nasıl Korur?-Cinsel ilişki sırasında erkekte atılan meni içerisindeki erkek tohum hücrelerinin, kadının haznesine dökülmesini engelleyerek gebelikten korur.

Yöntemin Özellikleri

- Doğru kullanıldığında %97 etkilidir.
- Eşleri, cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıklardan (AIDS, frengi, bel soğukluğu gibi) korur.
- Erkeklerin aile planlamasına katılımını sağlar.
- Kullanmak için muayeneye gerek olmayıp reçetesiz olarak eczane ve büyük alışveriş merkezlerinde kolayca satın alınabilir.
- Sağlığa hiçbir zararı yoktur, her yaşta erkek kullanılabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirebilir.
- Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerekir.
- Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır.



Sayfa 15

SPERM KANALLARININ BAĞLANMASI (VAZEKTOMİ)

Nedir?

Erkeğin tohum kanallarının ameliyatla bağlanmasıdır. Uygulandıktan sonra erkek artık gebe bırakamaz.

Nasıl Korur?

- Erkeklerde hayalatta oluşan erkek tohum hücreleri, tohum kanalları bağlanıp kesildiği için, cinsel ilişki sırasında boşalan sıvıya (meniye) geçmez ve kadının yumurtasını döleyemez.

Yöntemin Özellikleri

- Yaklaşık %100 etkilidir. Gebe bırakma olasılığı yok denecek kadar azdır.
- Kolay bir ameliyatla, erkeğin kadını gebe bırakması ömür boyu kesin bir şekilde engellenir
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.
- Koruyuculuğun başlaması hemen olmaz, zaman alır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumaz.



CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR

- Kondom kullanılmayan cinsel ilişkiyle,
- Kan/kan ürünleriyle ve
- Anneden çocuğa bulaşabilen, başta cinsel organlar olmak üzere diğer organları da etkileyebilen,
- Çöğü vakada beirti göstermeden seyredilen hastalıklar grubudur.

Buğün için 40' dan fazla cinsel yolla bulaşan hastalık bilinmektedir.

En sık görülenler

- Kandidiazis,
- Trikomonas vaginalis,
- Bakteriyel vaginozis,
- Klamidya,
- Bel soğukluğu (Gonore),
- Frengi (Sifiliz),
- HIV/AIDS,
- Yumuşak çıban (yumuşak şankır),
- Cinsel organ sigilleri,
- Cinsel organ uçuğu,

-Hepatit B-C sarılığı,

Sayfa 15

Unutmayın!

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Çoğu Zaman Toplumda Belirti Vermeden Sessiz Ve Hızla Yayılırlar.

Cinsel aktivite içerisinde olan ve korunmasız cinsel ilişkide bulunan herkes cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı risk almaktadır.

ANNEDEN BEBEĞE GEÇİŞ
-GEBELİKTE,
-DOĞUMDA,
-DOĞUMDAN SONRA EM-
ZİRME İLE
BULAŞ SOZ KONUSUDUR...

Kontrol edilmiş kan ya da kan ürünleri

- Kan ve ürünleri ile doğrudan temas, kan nakli yapıranlar,
- Mikropsuz hâle getirilmemiş kulak delme, dövme, akupunktur, sünet, manikür, pedikür aletlerinden,
- Ortak kullanılan diş fırçasından, jilet ve traş bıçağı, enjektörlerden,
- Mikropsuzlaştırılmamış tıbbi aletlerle tedavi yapılmış (diş tedavisi vb.)durumunda,
- Damar içi uyuşturucu kullananların enjektörlerinden bulaş söz konusudur...

BELİRTİLERİ

- İdrar yaparken yanma, ağrı, sık sık idrara çıkma,
- Yaralar, kızartılar, sigiller ve içi su dolu kabarcıklar
- Kötü kokulu, renkli akıntı,
- Kaşıntı,
- Kasık lenf bezlerinde şişkinlikler ve bezeler,
- Karnın alt bölümünde veya kasıklarda ağrı ve



UNUTMAYIN!

BU BELİRTİLERDEN BİR VEYA BİRKAÇINI GÖRDÜĞÜNÜZDE MUTLAKA SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURUN.

Erken tanı çok önemlidir.

TEDAVİ EDİLMEDİĞİ TAKDİRDE;

- Kadın veya erkekte kısırlık,
- Düşük, dış gebelik,
- Yenidoğan bebeklerde görülen bazı enfeksiyonlar, sakatlıklar ve ölüm,
- Rahim ağza kanserleri,
- Sosyal sorunlar (boşanma, ekonomik yük gibi) ortaya çıkabilir.

Hastanın tedavisi eşyle birlikte yapılmalıdır.

**GÜVENLİ CİNSELLİK İÇİN;
GÜVENSİZ CİNSEL İLİŞKİDEN KAÇINMALI
EŞE SADIK KALINMALI.**

HER TÜR CİNSEL İLİŞKİDE KONDOM KULLANILMALI

UNUTMAYIN!

**KONDOM HEM GEBELİK, HEM DE HASTALIKTAN KORUR.
HER TÜRÜ CİNSEL İLİŞKİDE KONDOM KULLANILMALI-
DIR**



HAYDİ!!! SEN DE AŞILAN!!!

UNUTMA KI...

Aşı ile hepatit B hastalığına karşı koruyuculuk sağla-

yabılırsın..



EVLİLİK

- Kadın ve erkek 17 yaşını doldurmadan evlenemez.
- Dini nikahın tek başına hiçbir geçerliliği yoktur.
- Ayrıca resmi nikah yapılmadan yapılmaması suçtur.
- Mesleğe ya da bir işe girenken eşin iznine gerek yoktur.
- Evliliğin birliğinin giderlerini eşler birlikte karşılamak durumundadır.
- Oturulacak konuta ilişkin kullanma ve yararlanma hakkını etkileyen her türlü kanuni işlemlerde eşler birlikte karar ver-

Zorla evlendirilmeye sende DUR de...Sende eşini kendin seç...



-Kadınlar istediği erkekle evlenme hakkına sahiptir.
-18 yaşına gelmemiş bile olsa kadının istemediği bir kişiye hayır diyebilme hakkı vardır, kimse zorla evlendiremez.

-Başlık parasının kanunlar önünde hiçbir geçerliliği yoktur bu nedenle başlık parası verilmiş bile olsa istemediği biriyle evlenmeye hayır deme hakkına sahiptir.

-Kadın zorla evlendirildiğinde şikâyet ettiği takdirde evliliği iptal edilir.



KADINA YÖNELİK ŞİDDET

cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır.



AİLE İÇİ ŞİDDET

•Kişinin eşine çocuklarına, anne-babasına, kardeşlerine ve yakın akrabasına uyguladığı her türlü saldırgan davranıştır. Kaba kuvvet, tehdit, aşağılama, maddi özgürlüğünü kısıtlama....



CİNSEL ŞİDDET

Evli olduğu kişi bile olsa kadını istemediği yerde, zamanda ve biçimde cinsel ilişkiye zorlamak, başkalarıyla cinsel ilişkiye zorlamak, cinsel organlarına zarar vermek çocuk doğurmaya ve doğurmamaya, kürtaja, enseste, fuhuşa zorlamak, zorla evlendirmek, telefonla mektupla veya sözlü olarak cinsel içerikli rahatsızlık verici davranışlarda bulunmak gibi eylemlerdir.

ŞİDDETE İZİN VERME...

-Şiddete maruz kaldığında 155 polisten yardım iste.
-Karakola ve savcılığa giderek şikâyet tutanağının tutulmasını sağla.

-Karakolun yönlendirmesi ile Adli tıptan rapor al.

-Kadının şikâyeti üzerine savcılık saldırgan aleyhine dava açar.

-Ayrıca başvuru üzerine koruma emri çıkartılarak, saldırgan evden işyerinde 6 ay uzaklaştırılır.



SEN İSTEMEDEN KİMSE SANA DOKUNMAZ...

-Sen istemediğin halde bir başkası sana dokunmaya ya da cinsel ilişki kurmaya çalışabilir.

-Bazen zorlayarak, bazen de sana hediyeler vererek bunu yapmaya çalışabilir.

-Tanıdığımız ya da tanımadığımız bir kişinin bizimle istemediğimiz halde yani zorla ilişkiye girmek istemesine **İSTİSMAR** denir.



Boyle bir duruma maruz kaldıysan ya da kalırsan sosyal hizmet uzmanı, psikolog veya doktora anlat ve yardım iste!!!



Kaynaklar:

- Devlebaşu, C., Erdoğan, N., Oğel, K., 2007. Güç köpüklerindeki ergenlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında eğitimi projesi, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, İstanbul.
- Eğitimsel için eğitim rehber üreme sağlığı modelleri, 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, İbnyay Ofset Matbaacılık, Ankara.
- Türkiye'de Kadının Durumu, 2011, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara, 2-8 s.
- Ünlüce A., 2012, Haklarını öğreniyorum, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Kadın Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (ESKAM), Aralık, 1-14 s.


EK - 7 Çocuk Değilim, Artık Gencim! Eğitim Broşürü

CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR!!!

Kan ve cinsel ilişki ile bulaşır!!

- HIV (AIDS)
- GONORE
- HEPATİT B
- GENİTAL HERPES
- SİFİLİZ
- MANTAR ENFEKSİYONU

SEN İSTEMEDEN KİMSE SANA DOKUNMAYI!!!




- Sen istemediğin halde bir başkası sana dokunmaya ya da cinsel ilişki kurmaya çalışabilir
- Bazen zorlayarak, bazen de sana hediyeler vererek bunu yapmaya çalışabilir.
- Tandüğümüz ya da tanımadığımız bir kişinin bizimle istemediğimiz halde yani zorla ilişkiye girmek istemesine **İSTİSMAR** denir.

Boyle bir duruma maruz kaldıysan ya da kalırsan sosyal hizmet uzmanı, psikolog veya doktora anlat ve yardım iste!!!!

AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

- RAHİMİÇİ ARAÇ (SİRAL)
- GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ (HAP AĞZDAN ALINAN)
- PREZERVATİF (KILIF, KONDOM)
- İĞNE (AYLIK, 3 AYLIK)
- KADININ TUPLERİNİN BAĞLANMASI (TUP LİGASYONU)

DÜŞÜN ... HAZIR MISIN???



Erken yaşta evliliğe
Erken yaşta gebeliğe
OZAMAN ...

SENDE DUR DE!

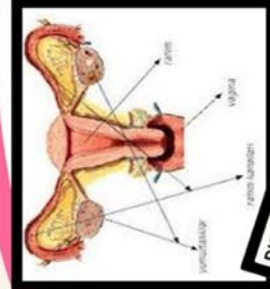
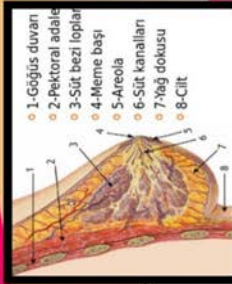
Çocuk değil artık GENCİM!

HAZIRLAYAN
ESOGÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ
SILA AVDAN

Kaynak: Eğitimciler için eğitim rehberi inenme sağlığı modülleri, 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, İlay Ofset Matbaacılık, Ankara.

222

Kendini tanıma zamanı!!!



DIŞ ÜREME ORGANLARI
 * BÜYÜK DUDAĞLAR
 * KÜÇÜK DUDAĞLAR
 * BIZIR (KLİTORİS)
 * İDRAR KANALI
 * MAKAT

İÇ ÜREME ORGANLARI
 * Hazne (Vajina)
 * Rahim
 * Tüpler (Tuba Uterina)
 * Yumurtalıklar (Overler)

Bana neler oluyor???



8-13 yaşlar arasında meme gelişimi başlar.
 11 yaşta genital organlara, 14 yaşta kottuk altında kıllar çıkmaya başlar.
 12-13 yaşlarında ilk vajinal kanama adet başlar.
 Aksi durumda doktora başvuru!

Adet bir hastalık değildir!
 Kızların yumurtalardan her ay bir yumurta döli yoluna düşer ve spermle döllenmeyen yumurta işlevini kaybederek vücuttan atılır. Normal olarak 28 günde bir görülür ve 2-7 gün sürer.

* Kadın üreme organlarının konumu, kapladığı alan ve dışarıya açıklığı hakkında daha fazla ENFEKSİYON kapmaya eğilimlidir.

- * Tuvaletten önce-sonra ellerini su ve sabunla yıka
- * Tuvalet sonrası dış üreme organlarını önden arkaya doğru su ile yıka ve tuvalet kağıdı ile kurula
- * Pamuklu ve beyaz iç çamaşır giy—her gün değiştir
- * Adet döneminde pedlerini 3-4 saatte bir değiştir.
- * Hazır pedler kullan
- * Adet döneminde ilk suyla ayakta dış al

Adet döneminde rahimdeki kasılmalar nedeniyle kısıt .bel ve sırt bölgelerinde ağrı hissedersen !!! Önce doktora gitmelisin

- Eğer her şey normale dönmeye başlamadıkça, ağrı hafifletmek için...
- Adet görmenin doğal ve sağlıklı bir durum olduğunu kabul et
- Karın bölgesini ve ayaklarını sıcak tut ve masaj yap
- Gevşek ve rahat kıyafetler giy
- Düzenli spor yap ve yürüyüş yap
- Bol miktarda su iç ve Beslenmene dikkat et ve et, yumurta, kurubaklagil ve sütünunması! Çay, kahve ve asitli içecekleri azalt
- Yan yat dizlerini kamama çekip ya da yatakoymun dinlen...

Doktor önerisi olmadan ilaç kullanma!!!

Adet dönemi dışında vajinadan gelen ve normal kabul edilen akıntılar!

- Yumurtlama dönemi öncesinde ve sonrasında az miktarda açık sarı veya beyaz—gri renkli, iç çamaşırda iz bırakan, ya-pışkan ve kokusuz akıntı
- Yumurtlama döneminde su gibi akıcı, berrak, saydam ve uzama eğilimi gösteren, ıslaklık ve kayganlık hissi veren, kokusuz akıntı

Eğer.....
 Sarı, yeşil veya beyaz renkli, süt/peynir kesigi gibi, fazla miktarda ve kötü kokuluysa, kaşıntıda varsa enfeksiyon belirtisidir.
 Bir sağlık kuruluşuna başvurmalsınız!!!

Biliyor muydun???

EK - 8 Etik Kurul Onay Belgesi



ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

21 Mart 2014

Prof. Dr.Selma METINTAŞ
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sayı: 80558721/34
Konu: Etik Kurul Kararı

Prof. Dr.Ömür ŞAYLIGİL
(Başkan Yrd.)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Ars.Gör.Dr.Nilüfer DEMİRSOY
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Prof. Dr.Yurdanur AKGÜN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr.Özkan ALATAŞ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Prof. Dr.Cengiz ÇETİN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Prof.Dr.Özcan BÖR
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr.Fatma Sultan KILIÇ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr.Nilüfer ERKASAP
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Fizyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bülent GÖRENEK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Birgül YELKEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı

Dr.Ecz.Gökçen YAZ GÜZEY
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Sağlık, Uyg. ve Arş Hst. Eczanesi

**Yrd.Doç.Dr. Ahmet Haluk
ATALAY**
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Başmüfettiş Mustafa TEZEL
TÜLOMSAŞ Genel Müdürlüğü


Varol Ümit ULUDAĞ
Eskişehir Yurt Müdürlüğü
Müdür Yardımcısı

Etik Kurul Sekreterliği
Aysun SERTTAŞ
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

Sayın, Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu

Tarafınızdan yürütülen,ekte olan "Ardahan il merkezindeki ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören kız öğrencilerin üreme sağlığı bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve geliştirilmesine yönelik bir çalışma" başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.


Prof.Dr.Selma METINTAŞ
Etik Kurul Başkanı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

KARAR FORMU

Karar Tarihi: 13 Mart 2014

Karar Sayısı: 04

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN (Yüksek Lisans Tez Danıőmanı) ve Ardahan Devlet Hastanesi Ebe Sıla AVDAN (Yüksek Lisans Tez Sahibi) tarafından yürütölen “*Ardahan il merkezindeki ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören kız öğrencilerin üreme sağlığı bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve geliştirilmesine yönelik bir çalışma*” başlıklı çalışmanın görüş ve öneriler doğrultusunda yapılmasının uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Çalıőmanızda baŐarılar dileriz.

ASLI GIBİDİR



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	<i>Ardahan il merkezindeki ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören kız öğrencilerin üreme sağlığı bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve geliştirilmesine yönelik bir çalışma</i>
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	06.11.2013 05.02.2014	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.11.2013 05.02.2014	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	06.11.2013 05.02.2014	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	1- Ön Test Formu 2- Gençlerde Üreme Sağlığı Rehberi 3- Son Test Formu 4- İyi Klinik Uygulamalar Taahhütnamesi (İmzalı) 5- Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (İmzalı) 6- Literatürler 7- Özgüçmiş Formları			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 04	Tarih: 13.03.2014			
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Selma METİN TAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Selma METİN TAŞ	Halk Sağlığı	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ömür ŞAYLIGİL	Tıp Tarihi ve Etik	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Arş.Gör.Dr.Nilüfer DEMİR SOY	Tıp Tarihi ve Etik	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yurdanur AKGÜN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Özkan ALATAŞ	Tıbbi Biyokimya	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Cengiz ÇETİN	Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Plastik Rek. ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Selma METİN TAŞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		<i>Ardahan il merkezindeki ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören kız öğrencilerin üreme sağlığı bilgi düzeyi, tutumlarının belirlenmesi ve geliştirilmesine yönelik bir çalışma</i>						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-						
Prof.Dr.Özcan BÖR	Çocuk Sağ. ve Hast.	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Fatma Sultan KILIÇ	Tıbbi Farmakoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Nilüfer ERKASAP	Fizyoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Bülent GÖRENEK	Kardiyoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof.Dr.Birgül YELKEN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Rean. Anabilim Dalı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr.Ecz.Gökçen YAZ GÜZEY	Farmakolog	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Sağlık, Uyg. ve Arş Hst. Eczanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd.Doç.Dr.Ahmet Haluk ATALAY	Hukuk	Anadolu Üniv. Hukuk Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Başmüfettiş Mustafa TEZEL	Maliye	TÜLOMSAŞ Genel Müdürlüğü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Müdür Yard. Varol Ümit ULUDAĞ	İşletme	KYK Eskişehir Yurdu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

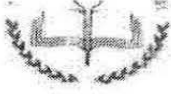
*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Selma METİNTAŞ
İmza:



Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK - 9 Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı



İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 56535761/300/3702621
Konu: Anket İzni Hakkında

05/12/2013

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ESKİŞEHİR

İlgi : Valilik Makamının 05/12/2013 tarih ve 3688877 sayılı yazısı.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Programına kayıtlı 522320120005 numaralı öğrenci Sıla AVDAN'ın " Ardahan İl Merkezindeki Ortaöğretim Kurumlarından Öğrenim gören Kız Öğrencilerin Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyi, Tutumlarının Belirlenmesi ve Geliştirilmesine Yönelik bir Çalışma" adlı tez çalışmasıyla ilgili anket yapmak için Valilik Makamında alınan onay ekte sunulmuştur.

Bilgilerimizi ve gereğini arz ederim.

T.Fikret ETEKER
Vali a.
Millî Eğitim Müdürü

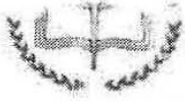
Eki :

1- Valilik Makam Onayı (1 Sayfa)

Millî Eğitim Müdürlüğü/ARDAHAN
Elektronik Ağ: www.meem.gov.tr

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereği
Evrak teyidi <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 0134-9184-2266-8

05.12.2013
- Öğretmenler
GELİLEN EVRAK
Geliş Tarihi: 05.12.2013
No : 908
14



II Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 56535761/300/3688877

05/12/2013

Konu: Anket İzni Hakkında

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 18/11/2013 tarih ve 553 sayılı yazısı.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Programına kayıtlı 522320120005 numaralı öğrenci Sıla AVDAN'ın "Ardahan İl Merkezindeki Ortaöğretim Kurumlarından Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Üreme Sağlığı Bilgi Düzeyi, Tutumlarının Belirlenmesi ve Geliştirilmesine Yönelik Bir Çalışma" adlı tez çalışmasının gelişimi için anket uygulaması yapmak istemektedir.

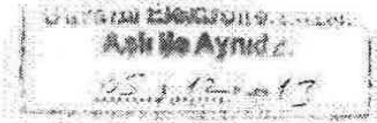
Müdürlüğümüze bağlı 80. Yıl Ardahan Anadolu Lisesi, Ardahan Anadolu İmam Hatip Lisesi, Ardahan Anadolu Lisesi, Ardahan Anadolu Öğretmen Lisesi, Ardahan Rekabet Kurumu Fen Lisesi, Ardahan Şehit Er Serhat Şanlı Ticaret Meslek Lisesi, Ardahan Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi, Kız Teknik ve Meslek Lisesi, Hoçvan Hasköy Çok Programlı Lisesi, Şehit Uz.Çvş. İbrahim Erdoğan Anadolu Sağlık Meslek Lisesi ve Yalnızçam Lisesi'nde gönüllülük esasına bağlı olarak kız öğrencilerine zorunlu olmamak kaydıyla anket yapılması müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

T. Fikret ETEKER
Millî Eğitim Müdürü

OLUR

Kadir Taner ESER
Vali a.
Vali Yardımcısı



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Evrak teyidi <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 4b14-b279-3409-8344-2cc5 kodu ile yapılabilir.

II Millî Eğitim Müdürlüğü-ARDAHAN
Elektronik Ağ: www.meb.gov.tr
Ardahanmem@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Cihan KILIÇ
Tel: (0 478) 2113065
Faks: (0 478) 2113551

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : SILA AVDAN
Doğum tarihi ve yeri : 03.06.1987/ ESKİŞEHİR
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Bekâr
İletişim adresleri : avdansila@gmail.com

Eğitim Durumu

1993-1996 : Gaziantep Ömer Humanızlı İlköğretim Okulu
1996-1998 : Eskişehir 23 Nisan İlköğretim Okulu
1998-2001 : Eskişehir Adalet İlköğretim Okulu
2001-2004 : Eskişehir Süleyman Çakır Lisesi
2004-2006 : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hazırlık
Bölümü (Yabancı Dil)
2006-2010 : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık
Yüksek Okulu-Ebelik Bölümü
2010-2016 : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Doğum ve
Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Mesleki Deneyim

2010-2012 : Eskişehir Özel Onvak Hastanesi-Genel Servis
2013-2015 : Ardahan Devlet Hastanesi-Doğumhane
2015-Günümüze : Ankara Nallıhan Devlet Hastanesi-Kadın
Doğum Servisi/ Doğumhane

Yayınlar

B. Ulusal ve Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler

B.1. Özerdoğan, N., Sayiner, D., Giray, S., & **Avdan, S.** "Eskişehir İl Merkezinde Çalışan Ebelerin İş Doyumunu ve Tükenmişlik Durumlarını Etkileyen Faktörler", 1.Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi, 5-7 Mayıs 2010, İzmir.

B.2. Ertürk, E., Özdem, N.B., Yaman, E., **Avdan, S.**, Aksakal, S., Açıkgoz, A., & Örsal, Ö. "Eskişehir'de bir köy ilköğretim okulunda ebelik öğrencileri tarafından verilen beslenme ve hijyen eğitiminin öğrencilerin bilgi düzeyine etkisi", 1.Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi, 5-7 Mayıs 2010, İzmir.

B.3. Sayiner, D., Özerdoğan, N., Giray, S., **Avdan, S.**, Mızrak, B., Özgün, F.N., Karaş, Ş., Karakuş, F., Cesur, G., & Doğan, Z. "Gebelikte Obezite", 4. Ulusal Ebelik Öğrencisi Kongresi, 02-04 Mayıs 2013, Samsun.



